

# Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten

STUDIEN  
BERICHT

---

# Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten

Grit Braeseke  
Claudia Pflug  
Elisabeth Beikirch

## **Abschlussbericht**

für das Bundesministerium für Gesundheit

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Berlin, Juni 2018

---

## **Autoren**

**Elisabeth Beikirch**  
**Dr. Grit Braeseke**  
**Claudia Pflug**  
IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b>	<b>15</b>
<b>1. Hintergrund und Ziel der Studie</b>	<b>20</b>
<b>2. Methodisches Vorgehen</b>	<b>23</b>
<b>3. Begriffsbestimmungen</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Koordinierung und Vernetzung</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Ableitung konkreter Handlungsfelder der Pflegestützpunkte</b>	<b>26</b>
<b>3.3 Qualitätssicherung</b>	<b>28</b>
<b>4. Überblick zur bundesweiten Entwicklung von Pflegestützpunkten und zur Situation in den einzelnen Bundesländern</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Bundesweiter Überblick zum Versorgungsgrad</b>	<b>34</b>
<b>4.2 Rahmenvertragliche Bestimmungen zu den Aufgaben der PSP im Überblick</b>	<b>36</b>
<b>4.3 Qualitätssicherung – Vorgaben der Rahmenverträge im Ländervergleich</b>	<b>39</b>
<b>4.4 Zur Situation in den einzelnen Bundesländern</b>	<b>48</b>
4.4.1 Baden-Württemberg	49
4.4.2 Bayern	52
4.4.3 Berlin	54
4.4.4 Brandenburg	58
4.4.5 Bremen	60
4.4.6 Hamburg	63
4.4.7 Hessen	65
4.4.8 Mecklenburg-Vorpommern	69
4.4.9 Niedersachsen	71
4.4.10 Nordrhein-Westfalen	73
4.4.11 Rheinland-Pfalz	76
4.4.12 Saarland	78
4.4.13 Schleswig-Holstein	81
4.4.14 Thüringen	84
<b>4.5 Fazit der Literaturrecherche zu Evaluationen der Pflegestützpunkte</b>	<b>87</b>
<b>5. Befragung der Pflegestützpunkte</b>	<b>92</b>
<b>5.1 Vorgehen bei der Fragebogenerstellung</b>	<b>92</b>
<b>5.2 Aufbau und Inhalte des Fragebogens</b>	<b>93</b>
5.2.1 Begriffsbestimmungen	94
5.2.2 Fragenblock: Strukturelle Angaben zum Pflegestützpunkt	95
5.2.3 Fragenblock: Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall	97
5.2.4 Fragenblock: Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren	98
5.2.5 Fragenblock: Maßnahmen zur Qualitätssicherung	99

---

---

5.2.6	Abschluss: Freitextfeld für Ergänzungen	100
<b>6.</b>	<b>Ergebnisse der Befragung der Pflegestützpunkte</b>	<b>102</b>
<b>6.1</b>	<b>Analyse allgemeiner Rahmenbedingungen und Strukturen der Pflegestützpunkte</b>	<b>105</b>
6.1.1	Nutzung vorhandener Strukturen beim Aufbau der Pflegestützpunkte	105
6.1.2	Trägerstruktur und vertragliche Kooperationen	108
6.1.3	Personalbesetzung und -struktur in den Pflegestützpunkten	110
6.1.4	Größe des Einzugsgebietes	117
6.1.5	Beratungsformen, Erreichbarkeit und Zugang der Pflegestützpunkte	119
6.1.6	Inanspruchnahme von Leistungen und Vermittlung durch externe Akteure	129
6.1.7	Öffentlichkeitsarbeit	132
6.1.8	Zusammenfassung Strukturmerkmale	133
<b>6.2</b>	<b>Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall</b>	<b>135</b>
6.2.1	Voraussetzungen zur Erstellung eines Versorgungsplans und dessen Inhalte	136
6.2.2	Rolle und Umsetzung des Fallmanagements in den Pflegestützpunkten	140
6.2.3	Konkrete Hilfestellungen im Einzelfall	144
6.2.4	Zusammenarbeit mit externen Akteuren bei der Koordinierung einzelner Beratungsfälle	146
<b>6.3</b>	<b>Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren</b>	<b>147</b>
6.3.1	Gestaltung der Zusammenarbeit mit externen Akteuren	148
6.3.2	Vernetzungstätigkeiten der PSP	151
6.3.3	PSP und regionale Netzwerke	156
6.3.4	Arbeitshilfen zur Vernetzung	160
6.3.5	Beitrag des PSP zur Entwicklung der regionalen Versorgung	162
6.3.6	Fazit zur Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren	164
<b>6.4</b>	<b>Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten</b>	<b>165</b>
6.4.1	Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung	165
6.4.2	Maßnahmen und Organisation der Qualitätssicherung	175
6.4.3	Personalkonzepte	183
6.4.4	Zusammenfassender Überblick zur Qualitätssicherung auf Ebene der Bundesländer	187
<b>6.5</b>	<b>Hinweise der Befragten zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte</b>	<b>188</b>
<b>6.6</b>	<b>Zusammenfassung der Befragungsergebnisse - Zwischenfazit</b>	<b>191</b>
6.6.1	Strukturen der Pflegestützpunkte	191
6.6.2	Koordinierung im Einzelfall	192
6.6.3	Kooperation und Vernetzung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	193
6.6.4	Qualitätssicherung	194
6.6.5	Hinweise der PSP zur künftigen Entwicklung	195

---

---

<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung der Erkenntnisse der Untersuchung und Einordnung in den aktuellen Kontext der Gesetzgebung</b>	<b>196</b>
7.1	Systematik zu den Ausprägungen der Stützpunktarbeit in den Bundesländern	196
7.2	Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	201
7.3	Personalausstattung der PSP	204
7.4	Stand der Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Bundesländern	207
7.5	Fazit	213
<b>8.</b>	<b>Handlungsempfehlungen</b>	<b>214</b>
<b>9.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>219</b>
<b>10.</b>	<b>Anhang</b>	<b>226</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>6</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>9</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>12</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Überblick zu Rahmenvorgaben für die Arbeit in den PSP	17
Abbildung 2:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg (Stand 2018)	50
Abbildung 3:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Bayern (Stand 2018)	53
Abbildung 4:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Berlin (Stand 2018)	55
Abbildung 5:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Brandenburg (Stand 2018)	58
Abbildung 6:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Bremen inklusive Bremerhaven (Stand 2018)	61
Abbildung 7:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Hamburg (Stand 2018)	63
Abbildung 8:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Hessen (Angabe nach Eröffnungsjahr) (Stand 2018)	66
Abbildung 9:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern (Stand 2018)	69
Abbildung 10:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Niedersachsen (Stand 2018)	72
Abbildung 11:	Regionale Verteilung und Trägerschaft der Pflegestützpunkte im Saarland (Stand 2018)	79
Abbildung 12:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein (Stand 2018)	82
Abbildung 13:	Verteilung der Pflegestützpunkte in Thüringen (Stand 2018)	85
Abbildung 14:	Netzwerkkarte des Pflegestützpunktes Jena	86
Abbildung 15:	Selektivfrage zur Trägerschaft der Pflegestützpunkte	95
Abbildung 16:	Beispiel Textboxfrage zu Öffnungszeiten des Pflegestützpunktes	96
Abbildung 17:	Textbox- und Selektionsfrage zur Personalstruktur und Zuständigkeit des Personals in den Pflegestützpunkten	96
Abbildung 18:	Fragebeispiele zum Thema Fallmanagement in den Pflegestützpunkten	98
Abbildung 19:	Beispiel einer kombinierten Selektions- und Schätzfrage aus der Kategorie Zusammenarbeit mit externen Akteuren	99
Abbildung 20:	Beispiel einer Selektionsfrage aus dem Bereich Dokumentation	100
Abbildung 21:	Beispiel einer Selektionsfrage aus dem Bereich Einarbeitung/Aus- und Fortbildung	100

---



---

Abbildung 22:	Textbox für Ergänzungen bzw. Anmerkungen zur Arbeit in den Pflegestützpunkten	100
Abbildung 23:	Rücklauf nach Bundesländern (n = 184) im Vergleich zur geplanten Stichprobe und zur Gesamtzahl der PSP im Bundesland (Stand: 01.04.2017) (absolute Häufigkeit)	102
Abbildung 24:	Rücklauf nach Siedlungsstrukturtypen in den einzelnen Bundesländern (absolute Häufigkeit)	105
Abbildung 25:	Anzahl der PSP mit Beratungsangebot vor Errichtung des PSP, das in PSP überführt wurde, nach Bundesland (n=108; absolute Häufigkeit)	106
Abbildung 26:	Der Pflegestützpunkt befindet sich in räumlicher Nähe zu ... (n = 163; Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)	108
Abbildung 27:	Formen der Trägerschaft von Pflegestützpunkten und deren Häufigkeit (n = 184; Angaben in %)	108
Abbildung 28:	Kooperationspartner von PSP mit vertraglichen Vereinbarungen (n = 184; Angaben in %)	109
Abbildung 29:	Regelungen zur Zusammenarbeit mit der privaten Kranken-/Pflegeversicherung (n = 184; absolute Häufigkeit)	109
Abbildung 30:	Durchschnittliche Anzahl Vollzeitstellen je PSP nach Bundesländern (auf Basis der Befragungsergebnisse)	112
Abbildung 31:	Zusammensetzung des Personals nach Qualifikation in den Pflegestützpunkten (Grundgesamtheit der Beschäftigten n = 592 aus n = 170 Pflegestützpunkten; 3,5 MA pro PSP)	114
Abbildung 32:	Entfernungen für Hausbesuche und Einwohner/VZ nach Bundesland (Durchschnittswerte je Bundesland)	119
Abbildung 33:	Übersicht der Beratungsarten/-formen der Pflegestützpunkte (n = 184; Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)	120
Abbildung 34:	Öffnungszeiten der PSP nach Tagen (n = 183, absolute Häufigkeit)	121
Abbildung 35:	Durchschnittliche Öffnungszeiten der PSP nach Bundesländern (in Stunden pro Woche)	123
Abbildung 36:	Telefonische Erreichbarkeit der Pflegestützpunkte an Wochentagen (n = 157, absolute Häufigkeit)	125
Abbildung 37:	Verteilung der PSP mit Außenstellen und Außensprechstunden nach Siedlungsstrukturtyp (Angaben in %)	127
Abbildung 38:	Pflegestützpunkte mit Außenstellen und/oder Außensprechstunden nach Bundesländern (n = 68; absolute Häufigkeit)	128

---

---

Abbildung 39: Übersicht der verschiedenen Zuständigkeiten für die Öffentlichkeitsarbeit in Pflegestützpunkten	132
Abbildung 40: Inhalte/Bestandteile von Versorgungsplänen (n = 18) im Vergleich	139
Abbildung 41: Die Funktion des Pflegestützpunktes im Rahmen des Fallmanagements (n = 184, Angaben in %)	141
Abbildung 42: Übersicht zu konkreten Hilfestellungen im Einzelfall nach Häufigkeit (n = 122; Schätzwerte in % bezogen auf alle Beratungsfälle; Mehrfachnennungen möglich)	145
Abbildung 43: Akteursgruppen, mit denen PSP häufig zusammenarbeiten (n = 120; jeweils in % bezogen auf alle Beratungsfälle)	146
Abbildung 44: Akteure, mit denen PSP <b>schriftliche Vereinbarungen</b> zur Zusammenarbeit getroffen haben (absolute Häufigkeit, > 5 Nennungen)	150
Abbildung 45: Inhalte der verbindlichen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit externen Partnern (Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich)	151
Abbildung 46: An welcher Stelle sind die Zuständigkeiten/Aufgaben der Pflegestützpunkte klar geregelt? (n = 130; absolute Häufigkeit)	152
Abbildung 47: Vernetzung regionaler Akteure - eine Aufgabe der Träger? (Angaben in %)	152
Abbildung 48: Einschätzung der Vernetzungsarbeit aus Sicht der Pflegestützpunkte (Angaben in %)	154
Abbildung 49: Übersicht der Ziele von Pflegestützpunkten bei den Netzwerktreffen Dritter (Angaben in %)	160
Abbildung 50: Nutzung von Arbeitshilfen/Datenbanken in den Pflegestützpunkten (Angaben in %)	160
Abbildung 51: Einschätzung der Entwicklungen seit Etablierung des Pflegestützpunktes in der Versorgungsregion (n = 184, Angaben in %)	162
Abbildung 52: Pflegestützpunkte mit gemeinsam eingesetzter Leitung nach Bundesländern (n = 184; absolute Häufigkeit)	168
Abbildung 53: Angaben zur einheitlichen Fachaufsicht nach Bundesländern (n = 184; absolute Häufigkeit)	169
Abbildung 54: Zuständigkeit für die Qualitätssicherung (n = 184; absolute Häufigkeit)	175

---

---

Abbildung 55:	Organisation der Zuständigkeit für einzelne Beratungsfälle (Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)	176
Abbildung 56:	Wer entwickelt die Beratungssoftware inhaltlich weiter? (n = 166; absolute Häufigkeit)	178
Abbildung 57:	Vorgaben zur Dokumentation der Beratungsfälle (n = 184, Angaben in %)	179
Abbildung 58:	In der Falldokumentation enthaltene Angaben (n = 184; Angaben in %)	180
Abbildung 59:	Zugriffsrechte auf die Dokumentation (n = 184, Anteil in %, Mehrfachnennungen möglich)	182
Abbildung 60:	Richtlinien für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter (absolute Häufigkeit)	183
Abbildung 61:	Organisation der Einarbeitung (absolute Häufigkeit; Mehrfachnennungen möglich)	184
Abbildung 62:	Regelmäßige Fortbildungen für Pflegestützpunkt-Beschäftigte (n = 184, Anteil in %)	185
Abbildung 63:	Zeitlicher Umfang von Fortbildungen (n = 41, absolute Häufigkeit)	185
Abbildung 64:	Überblick zu Elementen der Qualitätssicherung in den PSP (max. Punktzahl je PSP = 8, Durchschnittswerte je Bundesland)	188
Abbildung 65:	Übersicht zur Einbindung der Beratung gem. § 7 a SGB XI in die Arbeit der PSP nach Bundesländern	197
Abbildung 66:	Typologie der PSP nach Arbeitsschwerpunkten	198
Abbildung 67:	Dimensionen der Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-SV und Handlungsbedarf zur Überprüfung bestehender Regelungen im LRV und PSP Verträgen	211
Abbildung 68:	Überblick zu Rahmenvorgaben für die Arbeit in den PSP	213
 <b>Tabellen</b>		
Tabelle 1:	Qualitätsmerkmale in der Pflegeberatung	29
Tabelle 2:	Übersicht zur Anzahl der PSP und zum Versorgungsgrad nach Bundesländern (Stand 01. Juli 2017)	35
Tabelle 3:	Übersicht zu konkreten Regelungen bezgl. der Aufgaben, insb. zur Koordinierung und Vernetzung, in den Rahmenverträgen der Bundesländer	36

---

---

Tabelle 4:	Überblick zu Aspekten der Qualitätssicherung in den Rahmenverträgen der Bundesländer	40
Tabelle 5:	Bestimmungen zur Qualitätssicherung in den Landesrahmenverträgen nach Bundesländern	47
Tabelle 6:	Übersicht der Aufgabenverteilung zwischen den PSP und der Pflegeberatung	84
Tabelle 7:	Übersicht zu den Regelungen zur Durchführung der Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI nach Bundesländern	89
Tabelle 8:	Übersicht der Anzahl der PSP und Stichprobenumfang nach Bundesländern (Stand 01. April 2017)	93
Tabelle 9:	Übersicht zu den Beteiligungsquoten der PSP nach Bundesländern	103
Tabelle 10:	Rücklauf nach Siedlungsstrukturtypen (n = 184)	104
Tabelle 11:	Übersicht zur Personalausstattung in den PSP (SOLL gemäß Rahmenvertrag und IST anhand der Befragung)	111
Tabelle 12:	Versorgungsdichte Pflegeberatung auf Basis der durchschnittlichen Personalausstattung der PSP und ihrer jeweiligen Einzugsgebiete nach Bundesländern (Einwohner 2015 je VZ)	113
Tabelle 13:	Durchschnittliche Personalausstattung je PSP	113
Tabelle 14:	Personal in PSP nach Beratungsinhalten (n = 166)	114
Tabelle 15:	Angebotene Beratungsinhalte nach Bundesland (Anzahl der Nennungen)	115
Tabelle 16:	Daten zur Größe der Einzugsgebiete der PSP (Einwohner je VZ) – nach Siedlungsstrukturtypen	117
Tabelle 17:	Durchschnittliche Entfernungen für Hausbesuche und Anzahl Einwohner je VZ nach Bundesländern	118
Tabelle 18:	Übersicht der Öffnungszeiten der Pflegestützpunkte in den einzelnen Bundesländern (wochentags)	122
Tabelle 19:	Versorgungsdichte nach Bundesländern unter Berücksichtigung der Personalausstattung und der Öffnungszeiten der PSP	124
Tabelle 20:	Anzahl der Pflegestützpunkte mit Außenstellen und/oder Außensprechstunden (n= 68)	126
Tabelle 21:	Durchschnittliche Fallzahlen 2016 nach Bundesländern (n = 88)	130
Tabelle 22:	Häufigkeit von Empfehlungen anderer Akteure	131

---

---

Tabelle 23:	Aggregierte Rangfolge der Bundesländer anhand der Strukturmerkmale Vollzeitkräfte, Öffnungszeiten und Entfernungen für Hausbesuche	135
Tabelle 24:	Fälle, für die ein Versorgungsplan erstellt wird	136
Tabelle 25:	Anteil Fallmanagement nach Bundesländern (n = 150)	143
Tabelle 26:	Akteure, mit denen PSP zusammenarbeiten nach Häufigkeit der Nennungen (n > 120) und Anteil „gute Zusammenarbeit“ (in %)	149
Tabelle 27:	Vollzeitstellen je PSP und Anteil Vernetzungstätigkeit an der Arbeitszeit nach Bundesländern	155
Tabelle 28:	Beispiele für Initiativen der Träger der PSP zur Versorgungsoptimierung mittels verbindlicher Kooperationen	158
Tabelle 29:	Häufigkeit von Regelungen zur QS im PSP-Vertrag nach Bundesländern (n = 184, Anzahl der Nennungen)	166
Tabelle 30:	Gibt es eine von allen Trägern gemeinsam eingesetzte Leitung?	167
Tabelle 31:	Übersicht zu den Regelungen in den Rahmenverträgen der Bundesländer zur Dienst- und Fachaufsicht in den PSP	170
Tabelle 32:	PSP mit internem QM nach Bundesländern (n = 93, Anzahl)	171
Tabelle 33:	Antworten der PSP zu Formen des internen QM (Anzahl der Nennungen)	172
Tabelle 34:	Vorhandensein von Funktions- und Stellenbeschreibungen	173
Tabelle 35:	Funktions- und Stellenbeschreibung nach Bundesländern	174
Tabelle 36:	Häufig genannte Maßnahmen der PSP zur Qualitätssicherung (> 10 Nennungen, Anzahl)	176
Tabelle 37:	Organisation der Zuständigkeit für einzelne Beratungsfälle nach Bundesland	177
Tabelle 38:	Inhalte von Beratungsbögen (n = 8)	181
Tabelle 39:	Themen, zu denen geschult wird (absolute Häufigkeit)	186
Tabelle 40:	Ergänzende Anmerkungen zur Supervision (Freitexte) (n = 56)	187
Tabelle 41:	Kennzahlen zur Arbeitsweise der PSP nach Bundesländern (Umfrageergebnisse und Literatur)	200
Tabelle 42:	Gesamtüberblick zum Stand der Qualitätssicherung nach Bundesländern (Befragungsergebnisse Spalte 2, Analyse der RV Spalte 3)	208

---

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AST	Außenstelle
AV	Allgemeinverfügung
BeKo	Beratungs- und Koordinierungsstelle
BSG	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
CM	Case-Management
CrM	Care-Management
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management
E	Einwohner
FK	Fachkraft
FM	Fallmanagement
FQA	Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
IAV	Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle
IfaS	Institut für angewandte Sozialwissenschaften
IWAK	Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur
KIM	Klienten-Informations-Manager
KoNAP	Kompetenz-Netz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung
KoopV	Kooperationsvereinbarung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V.
LK	Landkreis

---

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
LPflegeASG	Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstrukturen (Rheinland-Pfalz)
LRV	Landesrahmenvertrag
MA	Mitarbeiter
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbundes Bund der Krankenkassen
MW	Mittelwert
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖA	Öffentlichkeitsarbeit
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008
PSG	Pflegestärkungsgesetz(e) (I bis III)
PSP	Pflegestützpunkt(e)
RH-Pf	Rheinland-Pfalz
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
RV	Rahmenvertrag/-vereinbarung
SGB	Sozialgesetzbuch
SH	Schleswig-Holstein
SoVD	Sozialverband Deutschland e. V.
SPN	Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen
SpT	Sprechtage
StG	Steuergremium
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum

---

---

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
VB	Vereinbarung über den Betrieb von Pflegestützpunkten gemäß § 8 des Landesrahmenvertrages nach § 92c Abs. 8 SGB XI zwischen den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen und den Trägern der Pflegestützpunkte Rheinland-Pfalz
vdek	Verband der Ersatzkassen e. V.
VP	Versorgungsplan
VZ	Vollzeitstelle/-kraft
WBVG	Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

---



## Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war es zu ermitteln, wie die in 14 Bundesländern ab 2008 entstandenen Pflegestützpunkte ihre gesetzlichen Aufgaben zur Koordinierung und Vernetzung regionaler, aufeinander abgestimmter Versorgungsangebote gem. § 7 c Abs. 2 SGB XI erfüllen, sowie eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Pflegestützpunkten vorzunehmen.

Die Untersuchung basiert auf umfangreichen Literaturrecherchen und -analysen, einer bundesweiten Online-Befragung der Pflegestützpunkte (November 2017 bis Januar 2018) und den Erkenntnissen aus zwei Workshops mit Vertretern von Trägern und Beschäftigten aus den Pflegestützpunkten verschiedener Bundesländer. Für die Befragung wurde eine repräsentative Stichprobe gezogen, die 399 von insgesamt 448 Pflegestützpunkten (Stand April 2017) enthielt. Die Teilnahmequote lag mit 184 PSP bei 46 % der Stichprobe.

Die Literaturanalyse umfasste sämtliche Rechtgrundlagen des Bundes und der Länder zur Errichtung von Pflegestützpunkten einschließlich der Rahmenverträge auf Länderebene sowie weiterer öffentlich zugänglicher Mustervereinbarungen, Konzepte und einzelner Stützpunktverträge. Weiterhin wurden alle verfügbaren Studien, Evaluations- und Jahresberichte der Bundesländer zur Thematik gesichtet und ausgewertet. Eine internationale systematische Literaturrecherche zu den Stichworten Pflegeberatung, Case- und Care-Management für pflegebedürftige Personen und Vernetzung von Versorgungsstrukturen hat angesichts des spezifischen deutschen Versorgungssystems keine übertragbaren Erkenntnisse erbracht.

Da die Umsetzung der Aufgaben zur Koordinierung der Versorgung im Einzelfall und zur Bündelung und Vernetzung der regional vorhandenen Angebote in den PSP nicht isoliert vom dritten Aufgabenbereich gem. § 7 c Abs. 2 Punkt 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) betrachtet werden können, wurde die Arbeit der PSP relativ breit untersucht. Die Analysen und Datenerhebungen berücksichtigten deshalb sowohl die Strukturen und Ressourcen der PSP als auch die Gestaltung der Prozesse, den Umfang von Beratungs- und weiteren Leistungen sowie die Bewertung bzw. Selbsteinschätzung zu deren Ergebnissen.

Die Erkenntnisse aus der Studie zeigen deutlich, dass sich die Heterogenität in der Errichtung der Pflegestützpunkte, die sich zunächst strukturell in der unterschiedlichen Anzahl von PSP je Bundesland (bzw. bezogen auf die Einwohnerzahl) sowie in der verschiedenen Einbindung bereits vorhandener Beratungsstellen offenbart, auf allen Ebenen fortsetzt. Jedes Bundesland hat seine eigene Lesart entwickelt, was sich bis in den Beratungsalltag hinein bemerkbar macht. Insofern kann keinesfalls davon ausgegangen werden, dass der Rechtsanspruch der Versicherten auf wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, in Pflegestützpunkten bundesweit aktuell in vergleichbarer Art und Weise eingelöst wird.

Der Versorgungsgrad, ermittelt für die 184 PSP, die an der Befragung teilgenommen haben, liegt zwischen 25.000 (Rheinland-Pfalz) und 123.000 (NRW) Einwohnern pro Vollzeitkraft in PSP. Eine Beraterin bzw. ein Berater bearbeitete 2016 zwischen 325 (Hamburg) und 1.500 Fälle (Bayern), wobei zu berücksichtigen ist, dass es keine einheitliche Definition eines „Beratungsfalls“ gibt. Die regulären Öffnungszeiten der PSP liegen zwischen 0 (nur nach Vereinbarung) und 43 Stunden pro Woche. Mittlerweile verfügen die PSP in vielen Bundesländern über ein landesweit einheitliches Erscheinungsbild und einen gemeinsamen Internetauftritt.

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich definiert. In einigen Bundesländern fungieren die Pflegestützpunkte vorrangig als allgemeine Informations- und Auskunftsstellen, als ergänzende, vorgelagerte Strukturen zur „eigentlichen“ Pflegeberatung, die die Versicherten bei einem Bedarf an umfassender Hilfestellung und Begleitung an die Pflegekasse und deren Berater verweisen (insb. Schleswig-Holstein, Thüringen und Niedersachsen).

In anderen Bundesländern dagegen bieten die PSP den Ratsuchenden weitreichende Fallsteuerung und längerfristige Unterstützung aus einer Hand und beraten auch in der Häuslichkeit der Klienten (u. a. in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz).

Der Auftrag der PSP, regionale Versorgungsangebote so zu vernetzen, „dass eine abgestimmte und wohnortnahe Versorgung pflegebedürftiger Personen und die Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzeptes der Versorgung pflegebedürftiger und älterer Menschen ermöglicht wird“ (Deutscher Bundestag 2007: 50) kann angesichts der Umfrageergebnisse und der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche noch nicht als weitgehend umgesetzt bewertet werden. Die Zusammenarbeit mit anderen, an der Versorgung beteiligten Akteuren findet eher einzelfallbezogen statt und basiert mehrheitlich auf mündlichen Absprachen und persönlichen Kontakten. Verbindliche, schriftlich fixierte Vereinbarungen zur Zusammenarbeit haben nur ein Drittel der befragten PSP geschlossen und dies auch mehrheitlich nur mit Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialämtern bzw. Sozialhilfeträgern. Die systematische Einbindung weiterer Akteure, wie Krankenhäuser, Ärzte, Ehrenamt, Selbsthilfe und Anbieter von Unterstützungsleistungen erfolgt nur in einzelnen Fällen.

Beim Thema Qualitätssicherung wurde ebenfalls deutlich, dass entsprechende Entwicklungen in den PSP noch relativ am Anfang stehen. Die in Rahmenverträgen und Kooperationsvereinbarungen der Länder zu findenden Vorgaben zur Qualitätssicherung beschränken sich auf grundlegende Strukturvorgaben zu Personalausstattung und -qualifikation, auf Dokumentationspflichten und Evaluationen. Darüber hinaus wird auf übergeordnete Gremien und deren Zuständigkeit für die Erarbeitung von Qualitätsstandards verwiesen. Die Hälfte der PSP, die sich an der Umfrage beteiligt haben, verfügt über kein internes Qualitätsmanagementsystem.

Die Vorgehensweise bei der Personalentwicklung (Einarbeitung, Fortbildung etc.) wird häufig in den PSP nicht einheitlich gehandhabt, sondern erfolgt meist trägerspezifisch, bis hin zur Festlegung der Fortbildungsthemen (in 40 % der PSP). Regelmäßige und zeitnahe Fortbildungen zu gesetzlichen Änderungen als Voraussetzung für eine hohe Qualität der Beratung sind nicht überall gewährleistet. Auch regelmäßige Supervision für die Beraterinnen und Berater ist eher eine Ausnahme und erfolgt meist auch nur für die Mitarbeiter einzelner Träger der PSP.

Die häufigsten Hinweise der befragten PSP zur Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen bestehen hinsichtlich der Erweiterung der Personalausstattung und des finanziellen Rahmens der PSP sowie der Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, für die es nach Ansicht der PSP-Vertreter besondere Anreize geben sollte. Darüber hinaus besteht bei den Beschäftigten der Wunsch nach Vereinheitlichung von Dokumentationen und Verfahren sowie ein dezidiertes Interesse an einem überregionalen fachlichen Austausch zur Stützpunktarbeit.

Im Zuge der Pflegestärkungsgesetze II und III (2016/2017) hat der Gesetzgeber eine Reihe von Regelungen und Klarstellungen vorgenommen, die die Arbeit der PSP unmittelbar tangieren und darauf abzielen, PSP konsequenter als bisher als integralen Bestandteil der Angebote von Pflegeberatung zu platzieren. Dazu gehören insbesondere die Erarbeitung verbindlicher Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7 a, die Klarstellung zur § 7 a Beratung in PSP, die Vereinbarung von Landesrahmenverträgen über die Zusammenarbeit in der Beratung sowie die Möglichkeit der finanziellen Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Überblick zu Rahmenvorgaben für die Arbeit in den PSP



Damit wurden einige der identifizierten Probleme und Hinweise zur notwendigen Weiterentwicklung der Arbeit der Pflegestützpunkte bereits aufgegriffen und werden nun sukzessive in der Praxis umgesetzt. Daher wird ein zusätzlicher Handlungsbedarf auf bundesgesetzlicher Ebene derzeit nicht gesehen. Die folgenden Handlungsempfehlungen richten sich deshalb an die Selbstverwaltung auf Bundesebene, an die Landesebene und an die Träger der PSP.

Aus den Erkenntnissen der Studie heraus wurden folgende acht Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte bundesweit abgeleitet, die, in Abhängigkeit des jeweiligen Entwicklungsstandes in den Ländern bzw. einzelnen PSP, einen ganz unterschiedlichen Handlungsbedarf auslösen werden:

### **Empfehlung 1**

Bundeseinheitliche Festlegung zu Art, Inhalt und Umfang von drei Beratungskategorien in Pflegestützpunkten zur Herausbildung eines gemeinsamen Grundverständnisses dieses Kernprozesses der Arbeit sowie zur vergleichbaren Erfassung der Beratungsleistungen der PSP

### **Empfehlung 2**

Analog zur Empfehlung 1 sollten auch die Kernprozesse Koordinierung und Vernetzung als zentrale Aufgaben der PSP grundlegend und bundesweit einheitlich definiert werden, um auch hier ein gemeinsames Grundverständnis zu erzeugen und die aktive Rolle sowie den gesetzlichen Auftrag der PSP gegenüber den anderen Akteuren in der regionalen Versorgung stärker zu verdeutlichen.

### **Empfehlung 3**

Weiterentwicklung der Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-SV: Etablierung eines bundesweit einheitlichen Erhebungsinstruments für die Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI und eines konkret ausformulierten Versorgungsplans als Anhang zur Richtlinie

### **Empfehlung 4**

Überprüfung der bisherigen Regelungen in den Landesrahmenverträgen im Abgleich mit den gesetzlichen Neuerungen, Richtlinien und Empfehlungen

### **Empfehlung 5**

Zur Durchführung einer Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI sollten sich alle Beteiligten konsequent an der Nutzerperspektive orientieren. Die Erbringung dieser Leistung sollte nicht durch interne Regelungen der Träger von PSP weiterhin auf die Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen beschränkt bleiben.

### **Empfehlung 6**

Auf Landesebene empirisch gestützt Orientierungsgrößen zur Personalausstattung von PSP entwickeln und dabei den Aufwand für Vernetzung berücksichtigen

**Empfehlung 7**

Vernetzung als Kernprozess strategisch und konzeptionell in den PSP verankern sowie personell absichern. Bei der Entwicklung der künftigen Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit in der Beratung gem. § 7 a Abs. 7 SGB XI müssen die PSP regelmäßig einbezogen und ihre spezifische Expertise genutzt werden.

**Empfehlung 8**

Implementierung ggf. Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements zur Qualitätssicherung der Arbeit in PSP auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene

---

## 1. Hintergrund und Ziel der Studie

Die Sozialversicherung gewährt ihren Versicherten eine Fülle von Leistungen, die jeweils mit Eintritt unterschiedlicher Voraussetzungen in Anspruch genommen werden können – wenn die Betroffenen davon Kenntnis haben bzw. erhalten. Mit den demografisch bedingt zunehmend komplexen Versorgungsbedarfen der Bevölkerung ist in den letzten Jahren auch ein Trend zu mehr Beratungsansprüchen in der Sozialversicherung zu verzeichnen. Die entsprechenden Beratungsstrukturen und -angebote haben sich in den einzelnen Bundesländern allerdings sehr unterschiedlich entwickelt.

Ein Schwerpunkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) 2008 war es, die Versicherten über das Angebot pflegerischer Leistungen und weiterer Hilfsangebote künftig besser zu informieren und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Um dies zu erreichen, wurden vor allem zwei Regelungen vorgenommen:

1. Die Einführung eines Anspruchs auf individuelle Pflegeberatung (§ 7 a SGB XI) und damit einhergehend die Verpflichtung der gesetzlichen Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen<sup>1</sup> zur Etablierung und Durchführung eines Fallmanagements (FM) (bzw. Case-Management (CM), beide Begriffe werden in dieser Studie synonym verwendet) sowie
2. die Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 92 c, seit 01.01.2016 § 7 c SGB XI) mit dem Ziel der Zusammenführung aller Hilfsangebote für ältere Menschen auf regionaler Ebene und der Umsetzung einer übergeordneten Versorgungssteuerung (Care-Management (CrM)) sowie der Einbindung der individuellen Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI.

Der Beratungsbedarf pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen ist unterschiedlich komplex und kann sowohl pflegerische als auch finanzielle, bauliche und rechtliche Aspekte umfassen. Daher ist eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlichen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten erforderlich. Diese wiederum setzt voraus, dass alle sozialrechtlichen Ansprüche sowie alle wohnortnah zur Verfügung stehenden Hilfsangebote und Leistungen identifiziert, koordiniert und miteinander vernetzt werden. Nur so können die Leistungserbringung optimiert und Brüche in der Versorgung vermieden werden.

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte bestehen daher gem. § 7 c (2) SGB XI in:

- ◆ der umfassenden und unabhängigen Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten sowie
- ◆ der Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen und

---

<sup>1</sup> Der Auftrag der Studie bezieht sich nicht auf die privaten Versicherungsunternehmen. In der Folge wird daher stets auf die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen Bezug genommen.

---

- ◆ der Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und der Betreuungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen.

Da die Errichtung der Pflegestützpunkte (PSP) nur erfolgt „sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt“ (§ 7 c (1) SGB XI) und vom Gesetzgeber keine abschließenden Regelungen zu Trägern, Arbeit und Finanzierung der PSP getroffen wurden, hat sich in den letzten Jahren eine sehr heterogene Struktur bezüglich der Umsetzung herausgebildet. Dies wird im Einzelnen im Kapitel 2 dargestellt.

Die Durchführung der individuellen Pflegeberatung (gem. § 7 a SGB XI) ist von den Pflegekassen ungeachtet der Entwicklungen bzgl. der PSP grundsätzlich sicherzustellen, so dass sich für die individuelle Fallsteuerung teilweise ergänzende Beratungsstrukturen unabhängig von den PSP entwickelt haben (GKV-Spitzenverband (GKV-SV) 2011).

Insgesamt ist daher festzustellen, dass die Umsetzung der erweiterten Pflegeberatung regional und kassenartenspezifisch sehr unterschiedlich und vielfältig ist. Deshalb ist es schwierig festzustellen, ob und in welchem Ausmaß die vom Gesetzgeber intendierte, und für die pflegerische Versorgung essentielle, wohnortnahe Verschränkung von Case- und Care-Management in der Praxis stattfindet.

Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung bei der Aufgabenerfüllung in den PSP gibt es erst seit Mai 2018 in Form der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI. Darüber hinaus existieren Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und -berater und -berater nach § 7a SGB XI aus dem Jahr 2008, auf die in einigen Fällen in den Landesrahmenverträgen Bezug genommen wird. Diese Empfehlungen wurden ebenfalls im Mai 2018 überarbeitet.

Die im September 2014 eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege hatte in ihren im Mai 2015 veröffentlichten Empfehlungen zum Thema „Beratung“ unter Punkt 3.1 „Verbesserung der Zusammenarbeit und der Transparenz“ empfohlen, die Aufgabenerfüllung der PSP in Bezug auf die Koordinierung und Vernetzung zwischen Kranken-, Pflegekassen, Kommunen und lokalen Akteuren untersuchen zu lassen. „Dabei sollen insbesondere Umfang und Intensität der Aufgabenwahrnehmung, personelle Ausrichtung und Ausstattung und dadurch erzielbare Synergieeffekte untersucht werden.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2015: 8). Diese Empfehlung hat das Bundesministerium für Gesundheit aufgegriffen und diese Untersuchung beauftragt.

Ziel dieser Studie war es deshalb, eine aktuelle Bestandsaufnahme in den bestehenden PSP vorrangig mittels empirischer Forschungsmethoden vorzunehmen und anschließend abzuleiten, ob und wie weitreichend die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben in der gegenwärtigen Arbeit der Pflegestützpunkte erfüllt und welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Praxis eingesetzt werden.

Dabei war u. a. zu untersuchen,

- ◆ wie die vorhandenen Strukturen und Prozesse der PSP die Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsfunktionen fördern bzw. hemmen,
- ◆ wie der Aufbau funktionierender Kooperationsbeziehungen und die Identifizierung relevanter Netzwerkpartner erfolgt und ob es ein Vernetzungskonzept gibt,
- ◆ wie die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Akteuren vor Ort organisiert ist und mit welchen Instrumenten sie unterstützt wird,
- ◆ wie das Wissensmanagement ausgestaltet ist (konkrete Regelungen zur Informationsweitergabe, Durchführung von Fallkonferenzen etc.),
- ◆ wie die Aufgabenteilung unter den verschiedenen Beschäftigten der PSP (Kranken- und Pflegekassen, Angestellte der Kommunen) geregelt ist und
- ◆ mit welchen Maßnahmen die Qualität der Beratung und Betreuung sichergestellt wird.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen wurden abschließend Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunktarbeit abgeleitet.

---



## 2. Methodisches Vorgehen

Das Vorgehen im Rahmen dieses Forschungsprojektes gliederte sich in drei Schritte:

1. Literaturrecherche und -analyse (national und international)
2. Bundesweite Befragung der Pflegestützpunkte
3. Datenanalyse und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Es wurde zunächst eine Recherche nach relevanten Veröffentlichungen zur Arbeit der Pflegestützpunkte, insb. hinsichtlich der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung, durchgeführt. Darüber hinaus wurden alle verfügbaren Landesbestimmungen, Rahmenverträge (RV) zwischen Ländern bzw. Kommunen und Pflegekassen sowie, falls zugänglich, Kooperations- und Einzelverträge zusammengetragen und bezüglich ihrer Festlegungen zur Ausgestaltung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben der Pflegestützpunkte sowie möglicher Vorgaben zur Qualitätssicherung analysiert. Die Ergebnisse sind im Abschnitt 4 dargestellt.

Ergänzend wurde eine systematische, internationale Literaturrecherche zur Identifikation von Studien und Modellen zur Pflegeberatung sowie zum Case- und Care-Management für ältere Menschen mit pflegerischem Versorgungsbedarf in der wissenschaftlichen Literaturdatenbank Pub-Med vorgenommen (dargestellt im Zwischenbericht). Da diese keine nennenswerten Ergebnisse für die in dieser Studie zu untersuchende Thematik erbrachte, wird im vorliegenden Bericht nicht darauf eingegangen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass es im internationalen Raum keine vergleichbaren Studien oder Erkenntnisse dazu gibt, wie die Arbeit von Patientenberatungsstellen die Ebene der Versorgungsstrukturen beeinflusst und deren Weiterentwicklung aktiv vorantreibt. Das liegt in erster Linie an der unterschiedlichen Ausgestaltung der Versorgungssysteme in anderen Ländern. Die (individuelle) Koordinierung und Versorgungssteuerung für Pflegebedürftige und Menschen mit besonders komplexen gesundheitlichen Bedarfen erfolgt häufig durch Case-Manager, die bei den Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten) angesiedelt sind. Beratung zur Inanspruchnahme von Hilfen bei Pflegebedürftigkeit liegt in anderen Ländern oft in der Hand der Kommunen, die gleichzeitig auch für die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen verantwortlich sind.

Im zweiten Schritt wurde eine bundesweite Befragung der Pflegestützpunkte zu den Strukturen, zur Wahrnehmung und Ausgestaltung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie zur Art und Weise der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt. Der Fragebogen wurde auf Basis der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche sowie aus einem Expertenworkshop mit Vertretern aus unterschiedlichen Bundesländern entwickelt und von zwei Pflegestützpunkten getestet (siehe dazu ausführlich Kapitel 5).

Drittens erfolgte nach einer ersten Sichtung der Befragungsergebnisse ein weiterer Austausch mit Vertretern aus der Beratungspraxis zur Interpretation der Daten

---

(Workshop). Die Befragungsergebnisse finden sich im Kapitel 6. Abschließend wurden auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse Handlungsempfehlungen erarbeitet (siehe Abschnitt 8).

---

### 3. Begriffsbestimmungen

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte umfassen gem. § 7 c Abs. 2 SGB XI:

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 einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Die unter 1. genannten Aufgaben „Auskunft und Beratung ... einschl. Pflegeberatung nach § 7 a“ und deren Erfüllungsgrad werden in der vorliegenden Untersuchung auftragsgemäß nicht explizit beleuchtet. Sie stehen jedoch in engem Zusammenhang mit den in 2. und 3. genannten Aufgaben der Koordinierung und Vernetzung, da insbesondere das Fallmanagement nach § 7 a Koordinationsleistungen erfordert und Leistungen nur wohnortnah in Anspruch genommen werden können, wenn entsprechende Angebote auch bekannt sind und zur Verfügung stehen.

„Der Gesetzgeber hat mit der Pflegeberatung gemäß § 7 a SGB XI eine auf Vernetzung und Kooperation hin ausgerichtete Arbeitsweise vorgegeben, die notwendigerweise auf die Überwindung partikularer und rein institutionsbezogener Interessen und Handlungslogiken und -routinen ausgerichtet ist.“ (GKV-SV 2012: 204)

#### 3.1 Koordinierung und Vernetzung

Welche Handlungsfelder der Pflegestützpunkte sind konkret mit den Begriffen „Koordinierung aller (...) Hilfs- und Unterstützungsangebote einschl. der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme“ (§ 7 c Abs. 2 Nr. 2) und „Vernetzung (...) pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ (§ 7 c Abs. 2 Nr. 3) angesprochen?

„Ziel der Regelung ist die Vernetzung von wohnortnahen Auskunfts-, Beratungs-, Koordinierungs- und Bereitstellungsangeboten rund um die Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedürfnisse der Menschen im wohnortnahen Bereich.“ hieß es in der Begründung zum Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom Dezember 2007 (Deutscher Bundestag 2007: 76).

Sowohl in § 7 c Abs. 2 Nr. 2 als auch in Nr. 3 sind die Aufgaben einer allgemeinen (d. h. vom Einzelfall unabhängigen) Versorgungssteuerung (Versorgungsinfrastruktur, Care-Management) enthalten. Im Zusammenhang mit § 12 Abs. 1 SGB XI, der den Pflegekassen den Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung überträgt, haben die Pflegekassen darüber hinaus die Aufgabe, auch an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung mitzuwirken (Satz 2) – insb. durch die Pflegestützpunkte, die daher die entsprechenden Versorgungs- und Betreuungsangebote vernetzen sollen (vgl. Baumeister 2016; Mickely 2016).

In der Gesetzesbegründung zum PFWG 2008 wurde hervorgehoben, dass nun erstmals die Möglichkeit für eine gemeinsame Koordinierung und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Versorgungsbereiche und Träger der Sozialversicherung, der öffentlichen Hand und der Leistungserbringer unter Einbindung sozialer und bürgerschaftlicher Initiativen sowie Selbsthilfegruppen geschaffen wurde.

Um den Versorgungsplan einer pflegebedürftigen Person umsetzen zu können, bedarf es der Vernetzung mit allen informellen und formellen Akteuren, die an der Versorgung zu beteiligen sind. Damit diese Vernetzung nicht in jedem einzelnen Fall erneut her- und sichergestellt werden muss, ist eine strukturelle Stabilisierung, die Beteiligung an regionalen Koordinierungsstrukturen, wie beispielsweise Gremien, und die Rückmeldung zu festgestellter Über-, Unter- und Fehlversorgung in der jeweiligen Versorgungsregion unabdingbar (GKV-SV 2012: 61).

Vernetzungspartner der Pflege- und Krankenkassen im Rahmen der Pflegeberatung sind die Kommunen mit ihren gesetzlichen Beratungsaufgaben gemäß §§ 11, 71 SGB XII. Zusätzlich gibt es regional ein sehr unterschiedliches Set von weiteren Beratungsstrukturen, die, je nach Förderprogrammen der Länder und Aktivitäten der Kommunen, von Beratungsangeboten, die von Wohlfahrtsverbänden getragen werden, bis zu Angeboten der Verbraucherzentralen reichen (ebd.: 127).

Der Aspekt der „Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“ (§ 7 c Abs. 2 Nr. 2) enthält darüber hinaus auch die Aufgabe der „Betreuung des Einzelfalls und somit eine Teilaufgabe des Fallmanagements“ (Case-Management) (Baumeister 2016: 47). Die PSP sollen über allgemeine Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben hinaus im Einzelfall bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen helfen. Diese Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfen ist auch Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 1 S. 1 SGB XI (ebd.).

### **3.2 Ableitung konkreter Handlungsfelder der Pflegestützpunkte**

Eine Pflegeberatung, die sich an der Arbeitsweise des Case-Managements orientiert, sich auf Kooperationen stützt und Informationsflüsse effizienter gestalten will, verlangt nach klaren operativen Abläufen: in Kooperationsvereinbarungen, in Zuständigkeiten, Prozessstandards, in datenschutzrechtlichen Regularien und der Verständigung auf kompatible Dokumentations- und EDV-Systeme (GKV - SV 2012: 204).

---

Daraus und aus den weiteren Bestimmungen des § 7 c Abs. 2 ergeben sich für die Pflegestützpunkte folgende konkrete Handlungsfelder:

1. Allgemeine Versorgungssteuerung im Hinblick auf eine wohnortnahe pflegerische, gesundheitliche und soziale Versorgungsinfrastruktur

Dies umfasst u. a.

- ◆ die Bestandsaufnahme der im Einzugsgebiet vorhandenen Hilfs- und Unterstützungsangebote und das Schließen von Kooperationsvereinbarungen,
- ◆ die Vernetzung der regionalen und der kommunalen Versorgungsstrukturen (insb. der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege gem. SGB XII) durch den Aufbau geeigneter Strukturen oder die Beteiligung an vorhandenen Netzwerken,
- ◆ die Einbindung sozialer und bürgerschaftlicher Initiativen sowie Selbsthilfegruppen,
- ◆ Identifizierung von Versorgungslücken und Initiierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung,
- ◆ die Kontaktpflege zu den Leistungserbringern,
- ◆ das Anwerben und Begleiten von Vertragspartnern, Vertragsmanagement,
- ◆ das Erstellen von Berichten sowie
- ◆ die Öffentlichkeitsarbeit.

Hinsichtlich der Erfassung der für die Klienten verfügbaren Unterstützungsangebote kann zwischen vertraglichen und formellen Anbietern (insbesondere den Erbringern von Leistungen auf der Grundlage von SGB V und XI) sowie den Anbietern informeller und niedrigschwelliger Hilfen unterschieden werden (z. B. Ehrenamtliche, Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen, Vereine) (GKV-SV 2012: 305).

Ziele der allgemeinen Versorgungssteuerung sind:

- ◆ Abbau von Schnittstellen,
  - ◆ gemeinsame Koordination und Steuerung von Leistungen unterschiedlicher Bereiche und Träger (Sozialversicherung, öffentliche Hand, Leistungserbringer und sonstige Anbieter),
  - ◆ systematische kontinuierliche Zusammenarbeit und Abstimmung von Pflegekassen und Sozialhilfeträgern bei der Verbesserung der Versorgungsstrukturen
  - ◆ Schaffung einer leistungsfähigen und bedarfsgerechten Infrastruktur an Hilfen für die Personen in einer Region, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind
-

## 2. Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen im Einzelfall (Fall- bzw. Case-Management)

Dazu gehört u. a.:

- ◆ Hilfestellung bei der Auswahl von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten
- ◆ Erstellung und Abstimmung eines individuellen Versorgungsplans
- ◆ Unterstützung bei der Beantragung von Sozialleistungen
- ◆ Kontaktaufnahme zu entsprechenden Leistungserbringern und Hilfen und deren Koordinierung
- ◆ Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsplans und ggf. Nachjustierung

Der Versorgungsplan ist den Pflegebedürftigen auszuhändigen.

### 3.3 Qualitätssicherung

Das Ziel der Qualitätssicherung (QS) in den Pflegestützpunkten ist es, einheitliche Standards und in Folge der Umsetzung dieser vergleichbare Organisations- und Arbeitsabläufe zu gewährleisten. Dafür bedarf es der regelmäßigen Überprüfung sowie der kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe und Standards, um den Bedarfen der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen bestmöglich gerecht zu werden.

Für die Umsetzung der Ziele der Qualitätssicherung in der Praxis sind Transparenz und Vergleichbarkeit der einzelnen Qualitätsaspekte notwendig. Diese Aspekte können in Form von Indikatoren, die die Qualitätsdimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (in Anlehnung an Donabedian) abbilden, konkretisiert werden und führen zu einer vereinfachten Überprüfbarkeit.

Nachfolgend soll kurz erläutert werden, welches inhaltliche Verständnis der einzelnen Dimensionen zu Grunde gelegt wird und welche Indikatoren bezogen auf die Organisation und Arbeit in den Pflegestützpunkten den jeweiligen Dimensionen zugeordnet werden.

Die Dimension **Strukturqualität** beinhaltet die Darstellung organisationspezifischer Rahmenbedingungen, zu der u. a. die Ausgestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation im Hinblick auf die zu erbringende Leistung zählt. Indikatoren, wie z. B. Angaben zur Leitungsstruktur, zur organisatorischen Anbindung, zum internen Support (Supervision) sowie zur personellen und sächlichen Ausstattung, charakterisieren diese Rahmenbedingungen (Kirchen-Peters *et al.* 2016: 12).

Unter der personellen Ausstattung werden beispielsweise das Vorhandensein von Stellen- und Funktionsbeschreibungen, die Qualifikationsstruktur der Beschäftigten inklusive Fort- und Weiterbildungsregelungen, Personalstellen sowie die Benennung von Verantwortlichen subsumiert.

---

Zur sächlichen Ausstattung gehören die zur Verfügung stehenden materiellen Ressourcen, wie z. B. Räumlichkeiten, Arbeitsplatzgestaltung und -materialien, technische Ausrüstung (Internet, E-Mail, gemeinsame Datenbank), barrierefreie Ausstattung/Gestaltung und die Zugänglichkeit (Joost und Metzenrath 2012: 56).

In der Dimension der **Prozessqualität** geht es um die Einschätzung des Vorgehens bei der Beratung (konzeptionell) sowie die Umsetzung festgelegter Verfahrensabläufe, die zur konkreten Leistungserstellung erforderlich sind. Die Kernprozesse der Pflegestützpunkte stellen Auskunft und Beratung, Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall und die Vernetzung pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Angebote in der Region, unabhängig vom Einzelfall, dar (ebd.).

Indikatoren, wie Standards im Bereich der Arbeitsorganisation/Arbeitsteilung, Prozessabläufe (Bestimmung eines konkreten Ablaufs eines Beratungsgesprächs), Zahl der Netzwerkpartner/Netzwerktreffen, Verbindlichkeit der Kooperationsabsprachen, Einbezug von Selbsthilfe und Ehrenamt, Impulse zur Verbesserung des regionalen Hilfeangebots, Öffentlichkeitsarbeit (ÖA) (Flyer, regelmäßige Veranstaltungen) als auch die Art und Weise der Dokumentation, liefern Anhaltspunkte zur Qualität der Umsetzung dieser Prozesse (Kirchen-Peters *et al.* 2016: 12).

Die Individualität von Beratungsprozessen einschließlich der erlebten Beratungsqualität und die notwendige Mitwirkung der zu Beratenden lassen nur begrenzt Standardisierungen zu (Joost und Metzenrath 2012: 54). Es ist jedoch möglich, übergreifende Standards zur Einschätzung und Beurteilung der Beratung zu formulieren. Auf Basis der Publikationen „Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege“ und „Gute Beratung zur Pflege ist...“ (herausgegeben vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)) können folgende Kriterien für eine gute Pflegeberatung zusammengetragen werden:

Tabelle 1: Qualitätsmerkmale in der Pflegeberatung

Qualitätsbereich	Indikatoren	Beispiele
Rahmenbedingungen und Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verfügbarkeit</li> <li>- Zugänglichkeit</li> <li>- Ergebnisorientierung</li> <li>- Unabhängigkeit</li> <li>- Organisation und Ausstattung</li> <li>- Vernetzung</li> </ul>	„Die Beratung kann, wenn nötig zeitnah – etwa 48 Stunden nach Anfrage – erfolgen. Telefonische Beratung oder ein Hausbesuch sind möglich. Auf Wunsch des Ratsuchenden kann eine andere Person teilnehmen.“
Theoretische und konzeptuelle Fundierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grundlegendes Beratungskonzept</li> <li>- Beratungsverständnis</li> <li>- Beratungsziel</li> </ul>	Entsprechende Konzepte enthalten inhaltliche Aussagen zu der Orientierung am Ratsuchenden, der Ergebnisoffenheit, der Berücksichtigung ethischer Grundsätze sowie weitere grundlegende Regelungen (Vernetzung, Datenschutz, etc.).

Qualitätsbereich	Indikatoren	Beispiele
Kompetenz und Qualifizierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachkompetenz</li> <li>- personale Kompetenz</li> </ul>	„Der Berater ist z. B. Pflegefachkraft, Sozialarbeiter oder Sozialversicherungsfachangestellter mit einer Weiterbildung für die Beratung. Er kennt sich mit den Unterstützungsstrukturen vor Ort aus, verfügt über Kontakte und nutzt sie.“
Beratungsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herangehensweisen variieren in Abhängigkeit des Auftrags (allgemeine bis konkrete Fragen)</li> </ul>	„Der Berater spricht zentrale Themen an, z. B. familiäre Situation, Finanzierung der Pflege, soziale Netzwerke, Entlastung pflegender Angehöriger. Er klärt über Rechte und Ansprüche auf, z. B. gegenüber der Pflegeversicherung und den Pflegeanbietern.“
Beratungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einvernehmlichkeit</li> <li>- Beratungshaltung</li> <li>- Anerkennung der Selbstbestimmung</li> <li>- Ausdrucksweise</li> <li>- Fokus auf die Bedürfnisse und den Kontext des Ratsuchenden</li> <li>- Transparenz des Prozesses und der Ergebnisse</li> <li>- Dokumentation</li> <li>- Datenschutzkonzept</li> <li>- Regelungen zum Umgang mit persönlichen Daten</li> <li>- Reflexion des Beratungsprozesses</li> <li>- Angebot von Fallbesprechungen und Supervision</li> <li>- Verweis auf Unterstützungsangebote im Umgang mit Krisen</li> <li>- Beratung folgt einem definiertem, strukturiertem Vorgehen</li> </ul>	<p>„Der Berater ist respektvoll, kooperativ, zugewandt und diskret. Er erläutert seine Arbeitsweise und stimmt den Beratungsablauf mit dem Ratsuchenden ab. Auf Wunsch des Ratsuchenden kann der Berater gewechselt werden.“</p> <p>„Die Beratung richtet sich nach der individuellen Situation, dem Umfeld und den Wertvorstellungen des Ratsuchenden. Der Berater stimmt die Ziele der Beratung mit dem Ratsuchenden ab.“</p> <p>„Der Berater unterstützt den Ratsuchenden dabei, alle Möglichkeiten zu nutzen, sich möglichst gut selbst bei der Bewältigung der Pflege helfen zu können.“</p> <p>„Der Berater schlägt verschiedene Handlungsmöglichkeiten vor. Er stellt dabei seine eigene Meinung zurück und unterstützt den Ratsuchenden eigene Entscheidungen zu treffen.“</p> <p>„Der Berater begleitet aktiv beim Zugang zu weiteren Hilfen, z. B. bei der Beantragung von Leistungen oder der Suche eines Leistungsanbieters.“</p> <p>„Der Berater hält Vereinbarungen ein. Wenn nötig erstellt er einen individuellen Versorgungsplan, in dem vereinbart ist, wer bis wann was erledigt.“</p> <p>„Die Beratung wird dokumentiert und ausgewertet. Der Ratsuchende kann die Dokumentation einsehen.“</p>

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von Daten aus Büscher *et al.* 2016; Zentrum für Qualität in der Pflege 2017)



Deutlich erkennbar sind in Tabelle 1 z. B. Schnittstellen der Qualitätsbereiche des Pflegeberatungsprozesses mit der Dimension der Strukturqualität (u. a. Rahmenbedingungen und Infrastruktur, Qualifikation). Dies begründet sich in der Einbettung des Beratungsprozesses in die institutionellen Gegebenheiten des Pflegestützpunktes.

Die dritte und letzte Qualitätsdimension ist die **Ergebnisqualität**. Sie umfasst die Resultate und Wirkungen, die durch die Leistungen des Pflegestützpunktes erzielt werden. Indikatoren zur Beurteilung dieser Resultate und Wirkungen sind beispielsweise die Bekanntheit und Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegestützpunkte, die Zufriedenheit der Kunden (i. d. R. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige) als auch der Beschäftigten sowie Auswertungs- und Evaluationsverfahren (Joost und Metzenrath 2012: 56).

Ergänzend zu den verschiedenen Qualitätsdimensionen spielt „die Entwicklung eines gemeinschaftlichen Verständnisses von Qualität innerhalb eines Pflegestützpunktes“ eine wichtige Rolle. Dies liegt in folgenden Aspekten begründet (vgl. beispielhaft dazu: Bobzien *et al.* 1996, Eversheim *et al.* 2000; Böckelmann 2003: 117ff.):

- ◆ starker handlungsleitender Charakter durch ideologisch-fachliche Fundierung der Beratenden und Lenkungsgruppenmitglieder jenseits von Qualitätsstandards,
- ◆ multiprofessionelle Besetzung der Pflegestützpunkte und damit eigenes professionelles Qualitätsverständnis (Joost und Metzenrath 2012: 57).

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde § 17 SGB XI „Richtlinien der Pflegekassen“ um einen Abschnitt 1 a ergänzt. Durch diese Neuregelung wurde dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) die Aufgabe übertragen, bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7 a (Pflegeberatungs-Richtlinien) zu erlassen, die für die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7 c unmittelbar verbindlich sind. Weiterhin wurde in § 7 a SGB XI „Pflegeberatung“ festgelegt, dass der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien ebenfalls bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und -beratern abgibt. Beides wurde im Mai 2018 vorgelegt bzw. beschlossen.

Die **Pflegeberatungs-Richtlinien** (GKV-SV 2018b) legen folgende Beratungsziele fest:

- ◆ Befähigung zur Entscheidung für die Inanspruchnahme von Leistungen und Hilfen entsprechend der individuellen Pflegesituation,
  - ◆ Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit,
  - ◆ Erfassung des Bedarfs,
-

- ◆ Bewältigung von Krisensituationen und Vorbeugung von Versorgungsdefiziten,
- ◆ Unterstützung pflegende Angehörige und Sicherstellung und Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings.

Als wesentlich für die Umsetzung dieser Ziele wird „eine gute Vernetzung der Pflegeberaterinnen und -berater und Pflegeberater mit den regionalen Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsanbietern“ genannt. Die strukturierte Zusammenarbeit mit Beratungsstellen vor Ort umfasst gegenseitige Information über Kontakt- und Ansprechpartner, Leistungen und Angebote, persönliche Sprech- und Beratungszeiten und weitere Aspekte (ebd.: 5f.).

Weiterhin werden folgende Schritte eines Beratungsprozesses definiert (ebd.: 7 ff):

1. Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs
2. Beratung
3. Erstellen eines individuellen Versorgungsplans
4. Hinwirken auf die erforderlichen Maßnahmen
5. Überwachung der Durchführung/Anpassung des Versorgungsplans
6. Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen
7. Beendigung der Pflegeberatung.

Die Durchführung der Pflegeberatung soll unter qualitätssichernden Aspekten evaluiert werden. Dafür herangezogen werden Fallbesprechungen, Supervisionen und Zufriedenheitsbewertungen durch die ratsuchende Person (ebd.: 15f.).

Die **Empfehlungen** des GKV-Spitzenverbandes zu Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und -berater (GKV-SV 2018a) geben u. a. Hinweise zu Faktoren zur Bemessung der Anzahl der Beraterinnen und Berater. Diese zielen darauf ab, „dass die Aufgaben der Pflegeberatung im Interesse der Anspruchsberechtigten gemäß § 7 a SGB XI zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können“ (ebd.: 3). Faktoren sind beispielsweise (§ 1):

- ◆ Dauer und Anzahl der Pflegeberatungen,
- ◆ kontinuierlich steigende Fallzahlen,
- ◆ individuelle Beratungsbedarfe (Variation der Erst- und Wiederholungsberatungen),
- ◆ Suche nach Versorgungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Infrastruktur, Aufwand für Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Pflegeberatung durchführen dürfen examinierte Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsangestellte sowie Sozialpädagogen und -arbeiter mit Weiterbildungen nach § 4 sowie durch ein Pflegepraktikum nach § 5 (§§ 2 und 3). Andere Personen mit sozialrechtlichem, -pädagogischem, pflegefachlichem oder heilpädagogischem Beruf oder Studium oder mit Erfahrung in der Beratung zu gesundheitlichen, sozialrechtlichen oder pflegefachlichen Themen bei einem Sozialversicherungsträger

sind ebenfalls geeignet (§ 2 Berufliche Grundqualifikation). Die Weiterbildung umfasst die Module Case Management (170 Stunden), Recht (130 Stunden) und Pflegefachwissen (100 Stunden) (§ 4 Weiterbildung), diese wird mit einem Qualifikationsnachweis bescheinigt (§ 7 Qualifikationsnachweis).

Die Fortbildung sollte „regelmäßig“ stattfinden und die Aktualisierung des Wissens der Module sowie die Reflexion der beruflichen Praxis umfassen. Themenspezifische Fortbildungen für die Beratung nach § 7 a SGB XI sind für die Weiterentwicklung der beruflichen Handlungsfähigkeit und Vertiefung der Kompetenzen dienlich. Die Bemessung des Umfangs der Fortbildungen soll anhand des Vorwissens der Teilnehmer erfolgen, die konkrete Ausgestaltung ist variabel (§ 9).

---

## 4. Überblick zur bundesweiten Entwicklung von Pflegestützpunkten und zur Situation in den einzelnen Bundesländern

### 4.1 Bundesweiter Überblick zum Versorgungsgrad

Wie bereits erwähnt haben sich in den einzelnen Bundesländern teilweise sehr unterschiedliche Strukturen zur Umsetzung der Pflegeberatung herausgebildet. Das betrifft sowohl die Anzahl der errichteten Pflegestützpunkte und die Versorgungsdichte als auch die jeweiligen vertraglichen Grundlagen, die personelle Ausstattung, die Aufgabenbereiche und die Arbeitsweise der PSP.

Mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt<sup>2</sup> haben alle Bundesländer (14) Pflegestützpunkte errichtet. Die folgende Tabelle 2 enthält einen Überblick über die Anzahl der pro Bundesland existierenden Pflegestützpunkte und den jeweiligen durchschnittlichen Versorgungsgrad bezogen auf die Zahl der Einwohner pro PSP.

Die Reihung der Bundesländer in Tabelle 2 erfolgte nach dem Kriterium der Versorgungsdichte beginnend mit dem Bundesland mit dem höchsten Versorgungsgrad. Rheinland-Pfalz verfügt über die meisten Pflegestützpunkte und weist mit einem PSP pro 30.000 Einwohner auch den höchsten Versorgungsgrad auf. Am Ende des Spektrums liegt Bayern mit mehr als 1,4 Mio. Einwohner pro PSP.

Formal erfüllt damit kein Bundesland das in der Gesetzesbegründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 genannte Versorgungsziel von einem Pflegestützpunkt pro 20.000 Einwohner, mit dem eine wohnortnahe Beratung der Versicherten gewährleistet werden soll. Rheinland-Pfalz hat allerdings das im Landesrahmenvertrag (LRV) vom 13. Oktober 2008 selbst gesteckte Ziel von durchschnittlich 30.000 Einwohnern je PSP erreicht, auch Berlin mit einer Vorgabe von 95.000 Einwohnern pro PSP. Da die Pflegeberatung jedoch auch unabhängig von den PSP durch die Pflegekassen in deren Räumlichkeiten oder zu Hause bei den Pflegebedürftigen oder in anderen Beratungsstellen erfolgt, lässt sich daraus nicht automatisch auf eine Unterversorgung in den anderen Bundesländern schließen. So verfügt Bayern beispielweise über rund 100 Beratungsstellen für pflegende Angehörige in allen Landkreisen und kreisfreien Städten, die ebenfalls die Zielgruppe beraten.

Der Versorgungsgrad wird nicht nur von der Zahl der Pflegestützpunkte, sondern auch von deren personeller Ausstattung bestimmt. Die aus den Rahmenverträgen der Bundesländer entnommenen Angaben zur „Soll“-Ausstattung der PSP in der

---

<sup>2</sup> Die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt setzten auf die Einbindung und den Ausbau der vorhandenen Pflege- und Sozialberatungsstellen und haben eine sog. „vernetzte Pflegeberatung“ aufgebaut. Da diese nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist, werden dazu keine weiteren Ausführungen für diese Bundesländer vorgenommen. Für Sachsen-Anhalt gibt es eine Evaluation der vernetzten Pflegeberatung vom Dezember 2013 (Böttcher *et al.* 2013).

rechten Spalte der Tabelle 2 zeigt, dass sich die Personalkapazitäten von einer Vollzeitkraft (VZ) bis zu drei VZ pro PSP nicht wesentlich unterscheiden und dass Bundesländer mit einer geringeren Versorgungsdichte bezogen auf die Zahl der PSP diese nicht durch eine deutlich höhere Personalausstattung ausgleichen. Saarland hat als Zielmarke im Landesrahmenvertrag mindestens drei Vollzeit-Beratungsstellen pro 100.000 Einwohner festgelegt, die derzeit mit 124.500 Einwohnern im Landesdurchschnitt noch nicht ganz erreicht wird.

Tabelle 2: Übersicht zur Anzahl der PSP und zum Versorgungsgrad nach Bundesländern (Stand 01. Juli 2017)

Bundesland	Anzahl PSP	Einwohner (2015) pro PSP	Personelle Ausstattung je PSP
Rheinland-Pfalz	135	30.021	1,75 VZ
Berlin	36	97.779	2,5 VZ
Mecklenburg-Vorpommern	15	107.490	2-3 VZ
Saarland	8	124.450	3 VZ zzgl. Verwaltung
Brandenburg	19	130.781	Ein/e Sozial- und ein/e PflegeberaterIn
Hamburg	9	198.601	3 VZ
Niedersachsen	39	203.246	mind. 1 VZ (2 MA mit je mind. 0,5 VZ)
Baden-Württemberg	52	209.223	mind. 1 FK durchgängig
Nordrhein-Westfalen	85	210.183	2 VZ
Schleswig-Holstein	13	219.901	2 VZ + 0,5 VZ Verwaltung
Bremen	3	223.830	2 VZ
Hessen	26	237.544	2 VZ
Thüringen	3	723.570	k. A.
Bayern	9	1.427.057	k. A.
Summe	452		

Quelle: Eigene Recherche und Zusammenstellung IGES (Daten Statistisches Bundesamt (Einwohner), Rahmenverträge der Bundesländer, div. Internetseiten der PSP je Bundesland).

## 4.2 Rahmenvertragliche Bestimmungen zu den Aufgaben der PSP im Überblick

Die Rahmenvereinbarungen der Länder zu den Pflegestützpunkten enthalten in der Regel auch Aussagen zu den Aufgaben, die dort wahrgenommen werden sollen. Ganz überwiegend wird dabei auf die vom Gesetzgeber definierten Aufgaben gem. § 92 c Abs. 2 SGB XI (jetzt § 7 c) verwiesen. Konkretisierungen bzw. weiterführende Vorgaben werden in erster Linie zur Thematik der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vorgenommen (ob diese zu den Aufgaben der PSP gehört oder nicht und wenn ja, welche Beschäftigten dafür zuständig sind).

Hinsichtlich der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, die in allen 14 Bundesländern explizit in den Zuständigkeitsbereich der PSP fallen, finden sich über den Gesetzestext gem. § 92 c Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB XI hinaus meist nur allgemeine Formulierungen, die die gesetzlichen Bestimmungen inhaltlich kaum präzisieren. Die einzelnen Passagen sind je Bundesland in der folgenden Tabelle 3 aufgelistet.

In allen Rahmenverträgen wird vorgegeben, dass in den Pflegestützpunkten keine Leistungsentscheidungen getroffen werden und dass die Beratung wettbewerbsneutral zu erbringen ist.

Tabelle 3: Übersicht zu konkreten Regelungen bezgl. der Aufgaben, insb. zur Koordinierung und Vernetzung, in den Rahmenverträgen der Bundesländer

Bundesland	Aufgabenbeschreibung	Koordinierung im Einzelfall	Vernetzung
Baden-Württemberg	Verweis auf § 92 c Abs. 2 SGB XI	PSP bieten „Informationen aus einer Hand“ (§ 1 Leitgedanken)	„PSP tragen zur Vernetzung bei“ (Präambel und § 1 Leitgedanken)
Bayern	gem. 92 c Abs. 2 SGB XI, weitere Aufgaben können dem PSP übertragen werden	k. A.	k. A.
Berlin	Verweis auf § 92 c Abs. 2 SGB XI, Weiterleitung von Anträgen Pflegeberatung nach § 7 a durch Pflegeberater der Pflegekassen bzw. in den ehemaligen Koordinierungsstellen „eine der Pflegeberatung nach § 7 a entsprechende Beratung“	Erstellung eines Versorgungsplans mit Anpassung bei verändertem Bedarf (Case-Management); Durchführung von Fallkonferenzen	MA verbessern und erweitern kontinuierlich die Koordinierung und Vernetzung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden (...) Angebote zur Unterstützung, Betreuung und Versorgung der Hilfesuchenden

Bundesland	Aufgabenbeschreibung	Koordinierung im Einzelfall	Vernetzung
Brandenburg Hier bestehen 16 Einzelfallregelungen	Verweis auf § 92 c Abs. 2 SGB XI	k. A.	Im Beispiel der Stadt Brandenburg a. d. Havel nicht durch den PSP, sondern Koordinierung der Strukturen durch Fachbereich Sozialplanung in enger Zusammenarbeit mit PSP
Bremen	Verweis auf § 92 c Abs. 2 SGB XI	k. A.	k. A.
Hamburg	Aufgaben gem. § 92 c Abs. 2 SGB XI Beratung nach § 7 a SGB XI durch Pflegeberater der Pflegekassen in enger Kooperation mit den für Altenhilfe und Hilfe zur Pflege zuständigen Bezirksamtern	gem. § 92 c SGB XI	Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote in der Region
Hessen	Information, Auskunft und Beratung Beratung nach § 7 a SGB XI und § 11 SGB XII kann zusätzlich in PSP erbracht werden, Beratung nach § 7 a SGB XI nur von Beratern der Pflegekassen	Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen	Erhebung aller Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsangebote, Vernetzung initiieren und fördern, PSP leisten Beitrag zur Abstimmung und Koordinierung der Angebote für eine wohnortnahe Versorgung, Einbindung von Selbsthilfe, bürgerschaftl. Engagement und weiteren Organisationen
Mecklenburg-Vorpommern	gem. § 92 c Abs. 2 SGB XI	„gemeinsame Beratung und Koordinierung aufeinander abstimmen“	Versorgungs- und Betreuungsangebote vernetzen und regionale Versorgungsstrukturen weiterentwickeln

Bundesland	Aufgabenbeschreibung	Koordinierung im Einzelfall	Vernetzung
Niedersachsen	gem. § 92 c Abs. 2 SGB XI, auf Initiative des PSP führen Pflegekassen Beratungen nach § 7 a durch (auch im PSP) und informieren die PSP darüber	Herstellung von Kontakten zum Pflegeberater nach § 7 a, Koordination und enge Zusammenarbeit mit den Diensten der Angebotslandkarte	Kranken- und Pflegekassen leiten den PSP regelmäßig Informationen zu regionalen Angebotsstrukturen einschl. Qualitätsangaben zu, Erstellen einer Angebotslandkarte der pfleg. und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote, Hinwirken auf Absprachen zur Koordination derjenigen Dienste, die für nahtlose Versorgung eng zusammenarbeiten müssen
Nordrhein-Westfalen	Verweis auf § 92 c Abs. 2 XI; Informieren, beraten und unterstützen; Vorbereitung und Weiteitung von Anträgen, keine Leistungsentscheidungen im PSP; Beratung § 7 a integraler Bestandteil	Fallkonferenzen können durchgeführt werden; enge Kooperation und Abstimmung mit Altenhilfe und Hilfe zur Pflege, Mitarbeiter mit fundierten Case- und Care-Management-Kenntnissen	Kooperationsvereinbarungen zw. PSP und anderen Beratungs-/Unterstützungsangeboten. Zusammenarbeit mit Krankenhaus-Sozialdiensten wird auf Landesebene vereinbart, enge Kooperation mit Demenz-Servicezentren
Rheinland-Pfalz	gem. § 7 c Abs. 2 Satz 1 SGB XI, auch Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI; Leistungen sind wettbewerbsneutral zu erbringen	k. A.	Ziel des Vertrages: Versorgungs- und Betreuungsangebote sowie eine gemeinsame Beratung und Koordination aufeinander abzustimmen, zu vernetzen und die kommunalen Versorgungsstrukturen weiter zu entwickeln
Saarland	gem. § 92 c Abs. 2 XI	k. A.	Zusammenführung der Beratungs- und Vernetzungsaufgaben der Sozialleistungsträger nach SGB V, XI und XII in den PSP (Präambel), aktiver Ausbau ehrenamtlicher Strukturen und Förderung von Selbsthilfeorganisationen



Bundesland	Aufgabenbeschreibung	Koordinierung im Einzelfall	Vernetzung
Schleswig-Holstein	gem. § 92 c Abs. 2 XI die Beratung nach § 7 a ist zu integrieren, Räumlichkeiten werden anlassbezogen zur Verfügung gestellt Case-Management erfolgt durch Pflegeberater (nicht PSP)	PSP hat u. a. die Aufgaben der Überleitung, Psychosoziale Betreuung, der Motivation des Klienten/des Umfeldes und Förderung der Compliance, Beschwerde- und Krisenmanagement	PSP: Grundlagenarbeit und Initiativen für das regionale Care-Management Einbindung Ehrenamt, Selbsthilfe
Thüringen (Allgemeinverfügung)	k. A.	k. A.	Ziel der PSP ist gemeinsame Koordinierung und Steuerung von Leistungen und Hilfsangeboten, um wohnortnahe Beratung und Betreuung und „ambulant vor stationär“ zu ermöglichen

Quelle: Eigene Zusammenstellung IGES (Informationen aus den Rahmenverträgen bzw. Allgemeinverfügungen zur Errichtung von PSP der Bundesländer).

### 4.3 Qualitätssicherung – Vorgaben der Rahmenverträge im Ländervergleich

Nach Sichtung der Rahmenverträge bzw. Kooperationsvereinbarungen (inkl. Anlagen) oder Allgemeinverfügungen der einzelnen Bundesländer entsteht ein heterogenes Bild hinsichtlich der darin enthaltenen Vorgaben zur Qualitätssicherung. Es kristallisieren sich bei den meisten Bundesländern fünf Instrumente zur Sicherstellung der Qualität heraus:

- Steuerung durch Gremien
- Qualifikationsanforderungen an die Beraterinnen und Berater
- Dokumentationssystem
- Berichterstattung
- Evaluation

Die folgende Tabelle 4 fokussiert zunächst auf die Fragestellung, zu welchen Themen und in welcher Regelungstiefe sich Anhaltspunkte zu QS der Arbeit in den PSP finden und wer für die Steuerung und Vorgaben von Standards auf der Landesebene zuständig ist. Die Angaben in der Tabelle folgen der Logik der jeweiligen Rahmenverträge der Länder (die zum Teil zeitlich sehr weit zurückliegen, nur die Länder Baden-Württemberg, Bremen und Rheinland-Pfalz haben in jüngster Zeit überarbeitete Verträge abgeschlossen), greift die dort verwandten Begrifflichkeiten, Definitionen und mitunter sehr detaillierten Vorgaben zu Regelung in puncto QS auf und ordnet sie den drei Aspekten „Steuerung“ „Anhaltspunkte zur QS“ sowie „Evaluation/Berichterstattung“ zu.

Tabelle 4: Überblick zu Aspekten der Qualitätssicherung in den Rahmenverträgen der Bundesländer

Bundesland (Datum des RV)	Steuerungsgremium und Zuständigkeit	Anhaltspunkte zur Qualitätssicherung	Evaluation/Berichterstattung
Baden-Württemberg (RV Stand 20.06.2018, in Kraft seit 01.07.2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommission Pflegestützpunkte mit zentraler Steuerungsfunktion und Geschäftsstelle (Kommune und Kassen; Sozialministerium beratende Stimme)</li> <li>• eine zentrale Stelle Qualitätssicherung und eine Arbeitsgruppe QS (RV Vertragspartner und Praxis)</li> <li>• Kommission zuständig für die gesamte Steuerung zur optimalen Umsetzung der Errichtung und des Betriebs von PSP einschließlich Berichterstattung; Auftragsvergabe an GS, AG QS und Stelle QS,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifikation des Personals gem. Richtlinie des GKV-SV (neu)</li> <li>• Orientierungsgröße (1 VK zu Anzahl EW) zur Personalausstattung pro PS ggf. Berücksichtigung der Sozialplanung, (Volumen Gesamtpersonalrahmen)</li> <li>• Definition der Beratungskategorien „Aufklärung und Auskunft“, „Beratung und Case-Management“ sowie der Aufgaben „Koordinierung“ und „Vernetzung“</li> <li>• Einführung eines einheitlichen, verbindlichen und digitalen Dokumentationsverfahren auf der Grundlage des RV</li> <li>• Entwicklung und Empfehlungen zu Instrumenten der QS in den PSP durch AG QS/Stelle QS</li> <li>• Verbindliche Vorgaben zum Inhalt der PSP Verträge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenschaftliche Evaluation der Arbeit der PSP incl. Pflegberatung gem. 7a SGB XI, einschl. Personal und Finanzierung</li> <li>• sowie Klärung (Definition) der Begriffe „Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit“ bis zum 31.12.2020</li> <li>• Regelmäßige Berichterstattung (noch nicht näher definiert) der PSP an die Kommission zur Transparenz ihrer Arbeit und den Auskunftspflichten gem. § 7 c Abs. 6 Satz 4 SGB XI</li> </ul>
Bayern (01. November 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein Steuerungsgremium</li> <li>• RV: Initiative zur Gründung eines PSP geht von den Pflege- und Krankenkassen aus. Ebenso die Koordination aller Beteiligten (Kassen/Träger der örtlichen Altenhilfe/ zuständige Träger der Hilfe zur Pflege gem. SGB XII) und das Management des Verfahrens</li> </ul>	<p><u>RV</u>: MA der PSP arbeiten nach einheitlichen Standards zur QS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kassen entsenden Pflegberater in die PSP</li> <li>• Vorgaben zu einheitlichem Logo</li> <li>• sehr differenzierte Standardformulare zur Dokumentation der Beratung</li> </ul> <p><u>Vertragsmuster PSP</u>: Träger PSP erarbeiten ein Konzept, u. a. zur QS und Dokumentation sowie Weiterentwicklung der Arbeit (Beratung/ Versorgungsangebote/Vernetzung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientierung an landesweiten Qualitäts-/QS-Standards</li> <li>• Bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildung der MA</li> <li>• <u>Anlage QS zum RV</u> enthält differenzierte Konkretisierungen zu landesweiten Qualitätsstandards für PSP (Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>RV</b>: Verpflichtung zur Dokumentation</li> <li>• <b>Anlage QS</b>: einheitliches System der Datenerfassung und Dokumentation der klientenorientierten Tätigkeit im PSP</li> <li>• <b>Vertragsmuster PSP</b>: Transparenz der Arbeit des PSP durch jährlichen Bericht</li> </ul>

Bundesland (Datum des RV)	Steuerungsgremium und Zuständigkeit	Anhaltspunkte zur Qualitätssicherung	Evaluation/Berichterstattung
Berlin (07. Mai 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landesweites Steuerungsgremium (StG) zur fachlichen Steuerung, QS und Weiterentwicklung des Angebots Beratung. Versorgung und Betreuung, Entwicklung von fachlichen, personellen u. organisatorischen Standards sowie Beteiligung Dritter, Analyse Gesamtbedarf und Datenerhebung</li> <li>Fachbeirat zur Unterstützung StG (paritätisch: Pflege- und KK, Land Berlin/ Pflegeeinrichtungen)</li> <li>Musterpflegestützpunktvertrag als Anlage</li> <li>Differenzierte Regelungen zur Zusammenarbeit zw. Land (Kommune) und Kassen (PSP „vorhandene Struktur und neu“)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>telef. Erreichbarkeit über landesweite Servicenummer</li> <li>Landesweit einheitliches Corporate Design und ÖA</li> <li>Regelungen zu einheitlichem Verständnis von CM</li> <li>Entwicklung von Standards zur QS durch StG und Unterstützung durch den Fachbeirat (Empfehlungen)</li> <li>Qualifikation der Pflegeberater gem. Empfehlung GKV-SV (ausschließlich MA Pflegekassen)</li> <li>Eckpunkte für ein abgestimmtes Assessment (Erhebungsverfahren) und den Versorgungsplan sowie zum CM Verfahren</li> <li>Der/Die Hilfesuchende erhält ein schriftliches Ergebnis der Beratung</li> </ul> <p><b>Anlage zum RV:</b> Verbindliches „Konzept Mindeststandards“ zu Strukturen und Prozessen in den PSP auf der Grundlage des RV</p> <p><b>PSP Mustervertrag:</b> Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI wird als persönliche Beratung in gemeinsamen Sprechzeiten, zusätzlich telefonisch und zugehend erbracht</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vertragsparteien berichten jährlich an das StG (Anzahl, Personal und Qualifikation)</li> <li>Regelmäßige Datenerhebung zur Erfüllung der Aufgaben (nicht näher ausgeführt)</li> </ul>
Brandenburg (keine Allgemeinverfügung, Land prüft einzelne PSP-Konzepte, kein RV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kein landesweites Steuergremium</li> <li>Jeder PSP hat ein durch die Träger gebildetes Lenkungsgremium</li> </ul>	<p><b>Muster-Stützpunktvertrag für PSP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>differenzierte fachliche und organisatorische Anforderungen u. a. zu den Aufgaben Sozial- und Pflegeberatung, Koordinierung/Netzwerkentwicklung</li> <li>inhaltliche Aufteilung der Aufgabenbereiche in Systemmanagement (Sozialberatung) und Fallmanagement (Pflegeberatung)</li> <li>Entsprechend ist die Qualifikation des Personals und gewünschte Kompetenz unterschiedlich vorgegeben für Sozialberater und Pflegeberater (= gem. Empfehlungen GKV-SV)</li> <li>Einheitliches Logo und ÖA</li> <li>Koordinierung der regelmäßig im Pflegestützpunkt Tätigen erfolgt über wöchentlichen Team-Meetings</li> </ul>	k. A.

Bundesland (Datum des RV)	Steuerungsgremium und Zuständigkeit	Anhaltspunkte zur Qualitätssicherung	Evaluation/Berichterstattung
Bremen (28. September 2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landesausschuss zur Steuerung, zuständig für die Bewertung der Entwicklung der PSP, Kostenverteilung und Verabschiedung Jahresbericht</li> <li>Steuerungsausschuss und Clearingstelle</li> <li>Koordinierung der betrieblichen Aufgaben der PSP im Land Bremen durch eine Koordinierungskraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fachkräfte mit erforderlichen Kompetenz für Pflegeberatung gem. Empfehlung GKV SV, Fortbildungsangebote bereichsübergreifend nutzbar</li> <li>Einheitliches Logo, Homepage und ÖA, mehrsprachige Flyer zum Leistungsspektrum von PSP, zentrale Marketing AG</li> </ul> <p><b>Einheitliches Fachkonzept</b> (Anlage 1 zum RV):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erfolgte Pflegeberatungen werden im Rahmen von Fall- und Dienstbesprechungen sowie Supervision evaluiert</li> <li>Inhalte des Assessment gem. CM beschrieben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inanspruchnahme der PSP wird elektronisch dokumentiert und ausgewertet und</li> <li>im Jahresbericht (Fach- und Finanzcontrolling Personalentwicklung) dem Steuerungs- und Landesausschuss zur Verfügung gestellt</li> </ul>
Hamburg (16. Januar 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Steuerungsgremium auf Landesebene zur fachlichen Arbeit und QS zuständig für fachliche, personelle und organisatorische Standards (Bedarfsentwicklung)</li> <li>ggf. Berufung eines Fachbeirats aus allen relevanten Akteuren</li> <li>Gremium zur inhaltlichen Koordination auf Bezirksebene (Stützpunktvertrag)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater gemäß Empfehlungen des GKV-SV, fundierte Kenntnisse u. a. in Case- und Care-Management Voraussetzung</li> <li>Entwicklung zur Umsetzung eines gemeinschaftlichen „Corporate-Designs“ und einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>Empfehlungen durch den Fachbeirat zu Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Angebotes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmäßige Berichterstattung</li> <li>Standards zur Datenerhebung für die Beurteilung, Sicherung und Weiterentwicklung der Aufgabenwahrnehmung</li> <li>Unabhängige wissenschaftliche Begleitung der Kennzahlenerwertung angestrebt</li> </ul>
Hessen (01. Mai 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landesweiter Steuerungsausschuss zuständig für fachl. und organisatorische Standards sowie Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung</li> <li>Lenkungsgremium zur Steuerung der PSP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vorgaben zu Anzahl und Mindestqualifikation der Pflegeberater (gemäß Hessen und GKV-SV)</li> <li>Alle PSP verwenden gemeinsames, einheitliches Dokumentationssystem (technisch auswertbar)</li> <li>Verpflichtung zum systematischem QM</li> <li>Entwicklung zur Umsetzung eines gemeinschaftlichen „Corporate-Designs“, gemeinsame ÖA</li> <li>Auswertungsmanual und -tool zur Kundenzufriedenheit sowie Leitfaden zur regionale Vernetzung (= Ergebnis aus Evaluationsauftrag)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kontinuierliche Begleitung und Evaluierung durch Steuerungsausschuss und</li> <li>umfassende jährliche Berichterstattung</li> <li>Regelmäßige Prüfung der Kundenzufriedenheit</li> </ul>

Bundesland (Datum des RV)	Steuerungsgremium und Zuständigkeit	Anhaltspunkte zur Qualitätssicherung	Evaluation/Berichterstattung
Mecklenburg-Vorpommern (01. Dezember 2010)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Steuerungsgremium (StG) zuständig für fachliche, personelle, finanzielle und organisatorische Ausstattung sowie</li> <li>Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung,</li> <li>ggf. Unterstützung des StG durch wissenschaftliche Beratung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl und Qualifikation der Fachkräfte gemäß den Empfehlungen des GKV-SV; fundierte Kenntnisse in Case- und Care MM</li> <li>Entwicklung zur Umsetzung eines gemeinschaftlichen „Corporate-Designs“ und gemeinsamer Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>Einheitliche Verfahren zur Sicherung der Struktur,- Prozess und Ergebniseben</li> <li>systematische Dokumentation des Beratungs- und Hilfeprozesses</li> <li>Einheitliche Software für alle PSP (technisch auswertbar für Berichterstattung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berichterstattung über Arbeit der PSP an das Steuerungsgremium</li> <li>Jährliche Berichterstattung des StG an den Landespflegeausschuss gemäß § 92 SGB XI</li> <li>PSP systematische Evaluation des Beratungs- und Hilfeprozesses</li> </ul>
Niedersachsen (28. Mai 2009)	Kein Steuerungsgremium	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualifikation geschulter Beraterinnen in den PSP orientiert an den Kriterien des § 7a Abs. 3 SGB XI</li> <li>Kontinuierliche Bereitstellung von Kontaktdaten der Kassen in der Region/ Kommune durch die Landesverbände</li> </ul>	Jährliche Berichterstattung an die Landesverbände zur Anzahl der Beratungen und Schwerpunkten, Angebotslandkarte und Einhaltung von Öffnungszeiten
Nordrhein-Westfalen (27. Februar 2009)	Landeszentrum für Pflegeberatung (wurde nicht etabliert)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl und Qualifikation der Fachkräfte gemäß den Empfehlungen des GKV-SV</li> </ul>	Evaluationsbericht nach Start- und Erprobungsphase (31.12.2010) durch Landeszentrum Pflegeberatung vorgesehen (nicht umgesetzt)

Bundesland (Datum des RV)	Steuerungsgremium und Zuständigkeit	Anhaltspunkte zur Qualitätssicherung	Evaluation/Berichterstattung
Rheinland-Pfalz (30. Mai 2016 einschl. Mustervereinbarung PSP und LPflege ASGDVO vom 14. Dezember 2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Landesarbeitsgemeinschaft PSP zur Sicherstellung einer landesweit einheitlichen Verfahrensweise für den laufenden Betrieb von PSP; Organe der LAG PSP: Steuerungsgruppe (StG) und Geschäftsstelle mit GF</li> <li>• Zuständigkeit StG: Festlegung landesweit gültiger Vorgaben für die Arbeit und Evaluation der PSP, gemeinsame ÖA, Internetauftritt, einheitliche Dokumentationssoftware</li> <li>• GF: Vertretung der LAG PSP nach außen und Sicherstellung der Umsetzung von Beschlüssen der LAG</li> <li>• Regionale Arbeitsgemeinschaft PSP (Regionale AG PSP) pro Landkreis/kreisfreie Stadt – Organ der AG: Kooperationsgemeinschaft gem. RV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemessung der Arbeit der PSP anhand von Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität</li> <li>• Landesweit einheitliches Dokumentationssystem</li> <li>• Verpflichtende Dokumentation von Beratung, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte im PSP</li> <li>• Fachkräfte der PSP benötigen „die jeweils erforderlichen Zusatzqualifikationen“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Berichterstattung der PSP an die Kooperationsgemeinschaft PSP</li> <li>• regelmäßige Berichterstattung über die Tätigkeit in den Pflegestützpunkten an Landespflegekonferenzen</li> </ul>
Saarland (19. Dezember 2008)	Führung der PSP durch Kooperationsausschuss (zuständig für Konzept Personal, Finanzen, ÖA, Geschäftsordnung und Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl/Qualifikation der Fachkräfte gemäß GKV-SV</li> <li>• Vereinbarung gemeinsame Verfahren zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität</li> <li>• Sicherstellung einer systematischen Dokumentation mit einheitlicher Software</li> <li>• Evaluation des Beratungs- und Hilfeprozesses.</li> </ul>	PSP sind verpflichtet, Daten für eine landesweite Auswertung zur Verfügung zu stellen sowie über die Tätigkeit einen jährlichen Bericht zu verfassen

Bundesland (Datum des RV)	Steuerungsgremium und Zuständigkeit	Anhaltspunkte zur Qualitätssicherung	Evaluation/Berichterstattung
Schleswig-Holstein (30. Juni 2009)	Kein Steuerungsgremium	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pflegeberatung im Sinne des § 7 a SGB XI bleibt von der Errichtung der Pflegestützpunkte unberührt. Sie ist von den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen in diesen Stützpunkten zu integrieren</li> <li>• Qualifikation der Mitarbeiter in den PSP: Sozialarbeit/Sozialpädagogik oder die Ausbildung zur Pflegefachkraft an</li> <li>• Pflege- und Krankenkassen richten bis Ende 2010 eine 0,5 Stelle zur Koordinierung mit folgenden Aufgaben ein: Unterstützung bei der Sicherstellung der einheitlichen Aufgabenbearbeitung, bei der Umsetzung von Vorgaben zur Qualitätssicherung; Information und Unterstützung der PSP in allen beratungsrelevanten Fragen, Verteilung der Finanzmittel, Prüfung der Kosten-, Personal- und Finanzpläne der Pflegestützpunkte, Entwicklung von Standards</li> <li>• In Anlage 1 detaillierte Darstellung der Aufgabenbereiche nach § 92 c und § 7 a SGB XI sowie Definition von Case- und Care-Management</li> </ul>	Keine Angaben im Rahmenvertrag
Thüringen	Kein Rahmenvertrag vorhanden (in der Allgemeinverfügung vom 24. März 2010 ist eine Evaluation vorgesehen)		

Quelle: Zusammenstellung IGES auf Basis der Landesrahmenverträge

Der Rahmenvertrag Bayern enthält als Anlage u. a. eine „erste Konkretisierung“ landesweiter Qualitätsstandards für PSP. Auch der RV Berlin enthält als Anlage ein Konzept mit Mindeststandards zur räumlichen Ausstattung, zu Öffnungszeiten, zur Qualifikation der Mitarbeiter, zum Beratungsprozess und zu gemeinsamen Sprechzeiten für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI sowie zur Öffentlichkeitsarbeit.

In Schleswig-Holstein umfasst der Rahmenvertrag eine Anlage zur konkreten Aufgabenteilung zwischen PSP (Anlauf- und Koordinierungsstelle, „Care-Management“) und der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI (Einzelfall- bzw. Case-Management) sowie eine weitere Anlage zur den Qualifikationsanforderungen an die im PSP tätigen Beraterinnen und Berater.

Die folgende Tabelle 5 listet noch einmal in kompakter Form auf, welche Elemente zur QS sich jeweils in den Rahmenverträgen der Bundesländer wiederfinden. Acht von 14 Bundesländern nehmen **Steuerungsgremien auf Landesebene** in die Verantwortung für die Erarbeitung von fachlichen, personellen und organisatorischen Standards. In Nordrhein-Westfalen war ein solches geplant (Landeszentrum für Pflegeberatung), aber nicht umgesetzt worden. In Berlin und Hamburg berät zusätzlich ein Fachbeirat das Steuerungsgremium. In Rheinland-Pfalz gibt es darüber hinaus regionale Arbeitsgemeinschaften auf Kreisebene.

Mit Ausnahme von Bayern und Thüringen finden sich in allen Rahmenverträgen Vorgaben zur **Qualifikation des Personals**, oft mit Verweis auf die entsprechenden Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern.

Sechs Bundesländer – Baden-Württemberg (neu im RV 2018), Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und das Saarland - bestimmen in ihren Rahmenverträgen die Verwendung eines **landesweit einheitlichen Dokumentationssystems**. Der Rahmenvertrag Bayern enthält als Anlage u. a. ein 17-seitiges Formular zur Dokumentation. Dieses gibt „Mindestinhalte für eine EDV-Erfassung“ vor, die nach Möglichkeit noch erweitert werden sollen, und umfasst auch einen Versorgungsplan und eine Datenschutzerklärung.

Insgesamt zehn Bundesländer, Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und das Saarland schreiben ihren PSP eine regelmäßige, meist **jährliche Berichterstattung** vor. Die Auskunft erfolgt an das jeweilig übergeordnete Gremium oder, im Fall Bayerns, an die Träger des PSP, in Niedersachsen an die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und in Rheinland-Pfalz berichtet das PSP-Gremium Kooperationsgemeinschaft an die regionale Pflegekonferenz.

Einer **Evaluation** bedienen sich sieben Bundesländer als Mittel zur Qualitätssicherung. Während Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland und Thüringen (in der Allgemeinverfügung) dieses Instrument ohne weitere Spezifizierung nennen, spricht Brandenburg z. B. in der Einzelverfügung des



Landkreises Prignitz von „regelmäßiger“ Evaluation und Hessen von einer „kontinuierlichen“ Evaluation. Nordrhein-Westfalen setzte sich im RV einen Evaluationszeitpunkt nach der Start- und Erprobungsphase der PSP. Das für die Durchführung vorgesehene Landeszentrum Pflegeberatung wurde jedoch nicht etabliert, so dass bisher auch keine Evaluation der PSP erfolgte.

Tabelle 5: Bestimmungen zur Qualitätssicherung in den Landesrahmenverträgen nach Bundesländern

Bundesland	Steuerung (Gremium)	Qualifikation des Personals	Dokumentation	Evaluation	Berichterstattung
Baden-Württemberg	x	x	x	x	x
Bayern	k. A.	k. A.	x	k. A.	x
Berlin	x	x	k. A.	k. A.	x
Brandenburg	x*	x	k. A.	x*	k. A.
Bremen	x	x	k. A.	k. A.	x
Hamburg	x	x	k. A.	x	x
Hessen	x	x	x	x	x
Mecklenburg-Vorpommern	x	x	x	x	x
Niedersachsen	k. A.	x	k. A.	k. A.	x
Nordrhein-Westfalen	x**	x	k. A.	x**	k. A.
Rheinland-Pfalz	x	x	x	k. A.	x
Saarland	x*	x	x	k. A.	x
Schleswig-Holstein	k. A.	x	k. A.	k. A.	k. A.
Thüringen	k. A.	k. A.	k. A.	x	k. A.

Quelle: Eigene Zusammenstellung IGES auf Basis der Rahmenverträge/Kooperationsvereinbarungen/Allgemeinverfügungen der einzelnen Bundesländer.

Anmerkung: \* jeweils auf Ebene der einzelnen PSP, nicht landesweit

\*\* In NRW ist das lt. RV vorgesehene „Landeszentrum Pflegeberatung“ nicht umgesetzt worden, infolge dessen auch nicht die Evaluation.

Insgesamt zeigt die Analyse der Rahmenverträge, dass die darin enthaltenen Hinweise zur Qualitätssicherung sehr heterogen sind. Zwar sind die identifizierten Grundelemente (Steuergremium, Berichterstattung, Qualifikation des Personals etc.) in fast allen Verträgen wiederzufinden, aber in der konkreten Ausgestaltung

gibt es große Unterschiede – von sehr umfangreichen, kleinteiligen Vorgaben bis hin zu lediglich allgemeinen Verweisen auf Zuständigkeiten. In der Gesamtschau wird deutlich, dass die Errichtung von Pflegestützpunkten in allen Bundesländern im historischen Kontext der damals regional sehr unterschiedlichen Beratungsstrukturen erfolgte und jedes Land im RV spezifische Schwerpunkte zur Weiterentwicklung setzte (z. B. Bayern mit bereits ausgearbeitetem Dokumentationskonzept und ersten Konkretisierungen zu Qualitätsstandards, Berlin mit der Parallelität von landesseitigen und kassenseitigen PSP-Standorten, Schleswig-Holstein mit der Trennung der Aufgaben der PSP (Care Management) und der Pflegekassen (Case Management)).

Inwieweit die vorgegebenen Regelungen tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden oder z. B. ihren Niederschlag in den einzelnen Verträgen der PSP finden, lässt sich selten oder nur indirekt ableiten. Deshalb wurden die Ergebnisse der Tabelle 4 im Zusammenhang mit den Befunden aus der Befragung zum Themenkomplex Qualitätssicherung betrachtet (vgl. Kapitel 7.4 ab S. 207). Ziel war es herauszufinden, ob eine bestimmte Schwerpunktsetzung in den Rahmenverträgen Hinweise auf begünstigende Faktoren für die Qualitätssicherung der Arbeit in den PSP auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene liefert. Dies bezieht sich sowohl auf die generellen Aufgaben der PSP (Beratung, Koordinierung und Vernetzung) als auch auf die Gestaltung des Beratungsprozesses im engeren Sinne.

#### **4.4 Zur Situation in den einzelnen Bundesländern**

Ergänzend zur Recherche der rechtlichen Rahmenbedingungen wurden die verfügbaren Studien und Evaluationsberichte zur Arbeit der Pflegestützpunkte der einzelnen Bundesländer ausgewertet. Die meisten Veröffentlichungen datieren aus den Jahren 2011 bis 2014, so dass die dort gewonnenen Erkenntnisse zwar erste Hinweise auf einzelne Aspekte der Arbeit in den PSP geben, daraus aber keine aktuell gültigen Aussagen abgeleitet werden können. Darüber hinaus gibt es eine ausführliche Evaluation zur Umsetzung der Pflegeberatung bundesweit, die vom GKV-Spitzenverband 2011 in Auftrag gegeben wurde (GKV-SV 2012). Diese enthält auch eine Fülle von Erkenntnissen zur Arbeit der Pflegestützpunkte in den einzelnen Bundesländern, die an geeigneter Stelle einbezogen wurden.

Die bundeslandspezifischen Darstellungen konzentrieren sich auf die in dieser Studie im Vordergrund stehenden Themen „Koordinierung und Vernetzung“ einerseits sowie Qualitätssicherung andererseits.

Zur bundeslandspezifischen Analyse der Maßnahmen der Qualitätssicherung wurden ebenfalls – sofern vorhanden - die jeweiligen Landesrahmenverträge bzw. Kooperationsvereinbarungen und Allgemeinverfügungen berücksichtigt. Entsprechende Besonderheiten in den einzelnen Bundesländern werden jeweils explizit dargestellt. Allgemeine, für alle Bundesländer gültige Erkenntnisse, werden bereits an dieser Stelle zusammengefasst:

- ◆ Alle Rahmenvereinbarungen enthalten Aussagen zur angestrebten Versorgungsdichte (zu errichtende Anzahl der PSP o. ä.).

- ◆ Grundsätzlich werden in Bezug auf die Qualitätssicherung überwiegend und in unterschiedlichem Ausmaß und Umfang strukturelle Kriterien beschrieben (personelle und sächliche Ausstattung) (in jedem Landesrahmenvertrag).
- ◆ Selten sind konkrete Angaben zum Beratungsprozess, zur Art der Dokumentation oder zur Verwendung von (einheitlicher) Software zu finden.
- ◆ Ebenfalls selten wird auf konkrete Zuständigkeiten sowie auf die Dienst- und Fachaufsicht für das Personal eingegangen.
- ◆ In Anlagen zu Rahmenvereinbarungen finden sich teilweise Musterstützpunktverträge und -konzepte, die ebenfalls analysiert wurden.
- ◆ Häufig wird beim Thema Qualität auf die Zuständigkeit übergeordneter Gremien verwiesen.
- ◆ Eine Pflicht zur Berichterstattung (jährlich) wird in ca. 30 % der Fälle erwähnt – Evaluationsverpflichtungen sind seltener vorgegeben.
- ◆ Fast alle Rahmenverträge datieren aus den Jahren 2008/2009, bis auf Rheinland-Pfalz, wo dieser 2016 erneuert wurde, und Baden-Württemberg sowie Bremen mit Verträgen aus 2018.

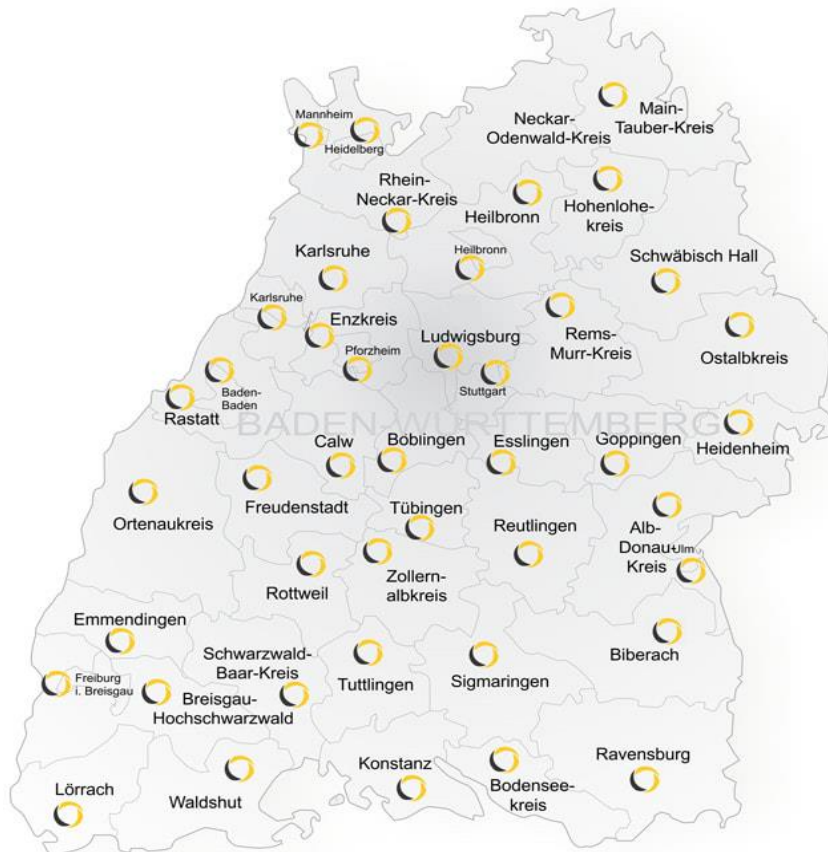
#### **4.4.1 Baden-Württemberg**

- ◆ Allgemeinverfügung (AV): 22.01.2010
- ◆ Rahmenvertrag: Kooperationsvereinbarung (KoopV) 15.12.2008 sowie Rahmenvertrag (01.07.2018)

In Baden-Württemberg gab es seit den 90er Jahren bereits Erfahrungen mit Beratungsstellen für ältere und behinderte Menschen sowie für Menschen mit Pflegebedarf in Form von Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV) (GKV-SV 2012: 77). Die Allgemeinverfügung bestimmte daher, vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig zu berücksichtigen.

Bisher wurden 52 Pflegestützpunkte errichtet (Stand Januar 2018). Die ursprünglich geplante Anzahl von mindestens 50 PSP (einer je Stadt- und Landkreis) wurde somit erreicht. Die Versorgungsdichte liegt damit aktuell bei 209.223 Einwohnern pro PSP (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1). Die Personalausstattung liegt landesweit einheitlich bei 1,5 Vollzeitstellen je PSP. Die Pflegestützpunkte verteilen sich innerhalb des Bundeslandes wie folgt (Abbildung 2):

Abbildung 2: Verteilung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg (Stand 2018)



Quelle: Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte e. V. (o. J.)

Träger der PSP in Baden-Württemberg sind die Pflege- und Krankenkassen und kommunale Träger (kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote).

Der Verein „**Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte e. V. (LAG)**“ fungiert seit Errichtung der Pflegestützpunkte als übergeordnetes Gremium mit dem Ziel der Bestimmung landesweit gültiger, einheitlicher Vorgaben im strukturellen Bereich (personelle und sächliche Ausstattung). Dazu zählen insbesondere bedarfsgerechte Standards. Die Gründung erfolgte durch die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit den Kommunalen Landesverbänden. Die Träger der PSP sind verpflichtet, dem Vorstand der LAG jährlich über die Arbeit zu berichten (§ 6 KoopV).

Die Arbeit der PSP in Baden-Württemberg wurde vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in den Jahren 2011 und 2012 evaluiert. Im Zuge dessen wurden die o. g. Standards konkretisiert und als Grundlage für die Stützpunktverträge festgehalten (Erreichbarkeit der PSP, Ausstattung, Qualifikation) (Mehnert und Tebest 2013: 10). Eine entsprechende Umsetzung der Standards in den Pflegestützpunkten wurde

durch die Evaluation bestätigt. Ein Kritikpunkt stellte das Fehlen einheitlicher Vorschriften zur Anerkennung von Qualifikationen wie z. B. im Bereich Case-Management oder im Bereich Vernetzung dar (ebd.: 68ff.).

Weitere erste Maßnahmen bezüglich der **Qualitätssicherung** in den PSP bestanden in der Überarbeitung eines Pflichtenheftes, in dem

- a) die drei Kernleistungen des PSP – Information, Beratung, Case-Management – definiert und voneinander abgegrenzt,
- b) Mindestanforderungen zur Implementierung eines Dokumentationssystems formuliert (jedoch noch keine einheitliche Lösung) und
- c) Standards zur Netzwerkarbeit entwickelt wurden.

Vorgaben zur Rolle der PSP bei der Erbringung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI fehlten vollständig, sodass von einer „gelebten Praxis“ gesprochen wurde. Dies beinhaltete, dass die Beschäftigten der PSP bei Bedarf auch Case-Management durchführten. Eine Einbindung der Kassen erfolgte nur, wenn Leistungsentscheidungen getroffen werden mussten (vgl. Mehnert und Tebest 2013).

Insgesamt existierte zum damaligen Zeitpunkt noch kein System der Qualitätssicherung. Der Aufbau war vorgesehen. Eine Studie zum Thema „Bausteine eines Qualitätssicherungskonzepts für die Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg“ wurde 2015 - 2016 durch die LAG in Auftrag gegeben und vom Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) durchgeführt. Die Ergebnisse sind nicht öffentlich zugänglich. Dementsprechend ist zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den PSP aktuell wenig bekannt.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Aufgabe der **Koordinierung und Vernetzung** ließ sich im Rahmen der Evaluation herausarbeiten, dass in Folge der Vorgabe maximal ein bis zwei Pflegestützpunkte pro Landkreis/kreisfreie Stadt errichten zu dürfen, sich fünf unterschiedliche Organisationsmodelle entwickelten:

1. Singuläre Pflegestützpunkte (an einem Standort)
2. Pflegestützpunkte mit Außenstellen
3. Pflegestützpunkte bestehend aus Teilpflegestützpunkten
4. Pflegestützpunkte mit kooperierenden Beratungsstellen
5. Mischformen

Die Formen 2. - 5. werden als dezentrale Standortmodelle bezeichnet (Mehnert und Tebest 2013: 58).

Diese unterschiedlichen Organisationsmodelle hatten nachweislich Einfluss auf die allgemeinen Koordinierungs- und Vernetzungstätigkeiten beispielsweise in Bezug auf die Netzwerkkontakte. Bei der dritten Form gestaltete sich z. B. die Häufigkeit nicht klientenbezogener Kontakte deutlich höher als bei anderen PSP (ebd.: 58).

---

Insgesamt wurde im Rahmen der Evaluationsergebnisse deutlich, dass die Verantwortlichen der Pflegestützpunkte bereits in der Errichtungsphase teilweise sehr präzise Vorstellungen über potentielle Vernetzungspartner hatten. Dies waren beispielsweise Partner außerhalb des SGB XI (u. a. Angebote der Palliativmedizin, Betreuungsbehörden, Therapeuten, Seniorenräte) (ebd.: 71). Mit diesen, aber auch den Kommunen, den Kranken- und Pflegekassen als auch Pflegeeinrichtungen wurden z. T. schriftliche Kooperationsvereinbarungen getroffen. Die Vernetzung mit niedergelassenen Ärzten gelang nur bei einem Drittel der damals 42 Pflegestützpunkte und dazu ohne schriftliche Vereinbarung. Der Aufbau von Kooperationen mit Akteuren bürgerschaftlichen Engagements entwickelte sich dagegen sehr gut (ebd.: 36).

Derzeit wird die quantitative und qualitative Weiterentwicklung der baden-württembergischen Pflegestützpunkte vorangetrieben. Ein neuer Rahmenvertrag zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7 c Abs. 6 SGB XI in Baden-Württemberg ist am 01. Juli 2018 in Kraft getreten. Hierin sind die Erfahrungen aus der Aufbauphase der PSP sowie die aktuellen bundesgesetzlichen Neuerungen und die entsprechenden Richtlinien/Rahmenempfehlungen des GKV-SV eingeflossen.

Der neue Rahmenvertrag sieht die Einrichtung einer Kommission Pflegestützpunkte mit einer Geschäftsstelle vor. Gleichzeitig werden eine Personalstelle zur Qualitätssicherung, die fachlich der Kommission unterstellt ist, und eine Arbeitsgruppe Qualitätssicherung eingerichtet. Weiterhin werden ausführlich die Inhalte der Tätigkeitsbereiche „Auskunft und Beratung“ sowie von Koordinierung und Vernetzung definiert. Für den weiteren personellen Ausbau der PSP wurden eine konkrete Orientierungsgröße von einer Vollzeitkraft pro 60.000 Einwohner sowie ein Kontingent von bis zu 203,55 VZ landesweit vereinbart (vgl. Rahmenvertrag Baden-Württemberg, 01.07.2018, sowie weitere Ausführungen im Kapitel 7.4 ab S. 207).

#### **4.4.2 Bayern**

- ◆ Allgemeinverfügung: 22.10.2009
- ◆ Rahmenvereinbarung: 30.10.2009

Auch in Bayern gab es vor 2009 bereits eine landesweite Beratungsinfrastruktur mit den kommunalen Angehörigen-Fachstellen und den Fachstellen Pflege (GKV-SV 2012: 80). Gemäß Rahmenvereinbarung soll die Initiative zur Gründung der PSP grundsätzlich von den Kranken- und Pflegekassen ausgehen (Punkt 1. Zweiter Spiegelstrich). Die vorhandenen Beratungsstrukturen sollen möglichst in die Arbeit der PSP eingebunden werden (Präambel).

Seit 2009 wurden von den geplanten 60 PSP in Bayern lediglich neun PSP errichtet (Stand Januar 2018). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt bei 1: 1.427.057 Mio. Einwohnern und ist somit im bundesweiten Vergleich am geringsten (vgl. Tabelle 2 im Abschnitt 4.1). Die Verteilung der PSP innerhalb des Bundeslandes ist anhand der folgenden Karte ersichtlich (vgl. Abbildung

3). Weiterhin gibt es in den 96 Landkreisen/kreisfreien Städten Bayerns über 100 Fachstellen für pflegende Angehörige, deren Aufgabe es ist, „durch psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastung zu verhindern, dass Sie als pflegende Angehörige durch die oft lang andauernde Pflege selbst erkranken und zum Pflegefall werden.“ ([www.stmgrp.bayern.de](http://www.stmgrp.bayern.de))

Abbildung 3: Verteilung der Pflegestützpunkte in Bayern (Stand 2018)



Quelle: IGES

Träger der PSP sind auch hier die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit kommunalen Gebietskörperschaften. Die Beteiligung der Kommunen am PSP erfolgt jedoch auf freiwilliger Basis, wobei sich mindestens der örtliche kommunale Träger schriftlich zur Beteiligung am PSP bereit erklären muss. Die Durchführung der Pflegeberatung (nach § 7 a/b SGB XI) erfolgt u. a. durch den Pflegeservice Bayern, der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Gesetzlichen Pflegekassen Bayerns betrieben wird.

Bisher wurde das im Rahmenvertrag anvisierte Ziel von bis zu 60 PSP (bis Ende 2010) bei weitem nicht erreicht. Begründet liegt dies insbesondere in Differenzen über die Finanzierung der PSP. „Nach dem bisherigen Finanzierungsmodell sollen die Sachkosten der Pflegestützpunkte zwischen Pflegekassen und Kommunen paritätisch aufgeteilt werden. Die Personalkosten sind vom jeweiligen Träger komplett selbst zu tragen. Angesichts ihrer prekären Haushaltslage haben sich bisher nur wenige Kommunen in Bayern an der Errichtung und Trägerschaft von Pflegestützpunkten beteiligt. Auch die Pflegekassen weigern sich, die alleinige Finanzierung der Pflegestützpunkte zu übernehmen.“ (Bayerischer Landtag 2014: 1).

Aus dem Jahresbericht des PSP in Nürnberg (Dietl 2016) geht hervor, dass dieser seine Aufgaben der allgemeinen **Koordinierung und Vernetzung** aktiv wahrgenommen hat. Mit den zuständigen Entscheidungsebenen erfolgte sowohl ein Informationsaustausch zur Versorgungsqualität und zu Versorgungslücken. Darüber hinaus trug der PSP maßgeblich zur Gründung des „Kompetenznetzwerk Wohnungsanpassungsberatung/KOWAB“ bei, in welchem er seitdem auch selbst als Koordinierungsstelle fungiert (ausgestattet mit zusätzliche Personalkapazitäten vom Seniorenamt) (ebd.). Weitere umfangreiche Aktivitäten im Bereich der Vernetzung mit potentiellen Akteuren der Region sind im Jahresbericht dokumentiert.

Die Rahmenvereinbarung Bayerns enthält in der Anlage eine „Erste Konkretisierung von **Qualitätsstandards** für Pflegestützpunkte“ sowie den Hinweis, dass die Bestimmung und Definition landesweit verbindlicher, einheitlicher Qualitätsstandards einen längeren Prozess erfordert. Ein „Arbeitskreis Qualitätssicherung der Pflegestützpunkte in Bayern“ hat 2015 für alle Pflegestützpunkte verbindlich geltende Qualitätsstandards für eine einheitliche Datenerfassung festgelegt (ebd.: 2). Weitere Informationen liegen dazu nicht vor.

Insgesamt wurden im Freistaat Bayern mit der Rahmenvereinbarung und den sehr detaillierten Anlagen (abgestimmter Erhebungsbogen einschl. Versorgungsplan und erste Hinweise zu landesweiten Qualitätsstandards) bereits gute Voraussetzungen zur Entwicklung eines einheitlichen Qualitätssicherungskonzepts in den PSP geschaffen. Zum aktuellen Stand der Umsetzung liegen jedoch kaum Informationen vor.

#### 4.4.3 Berlin

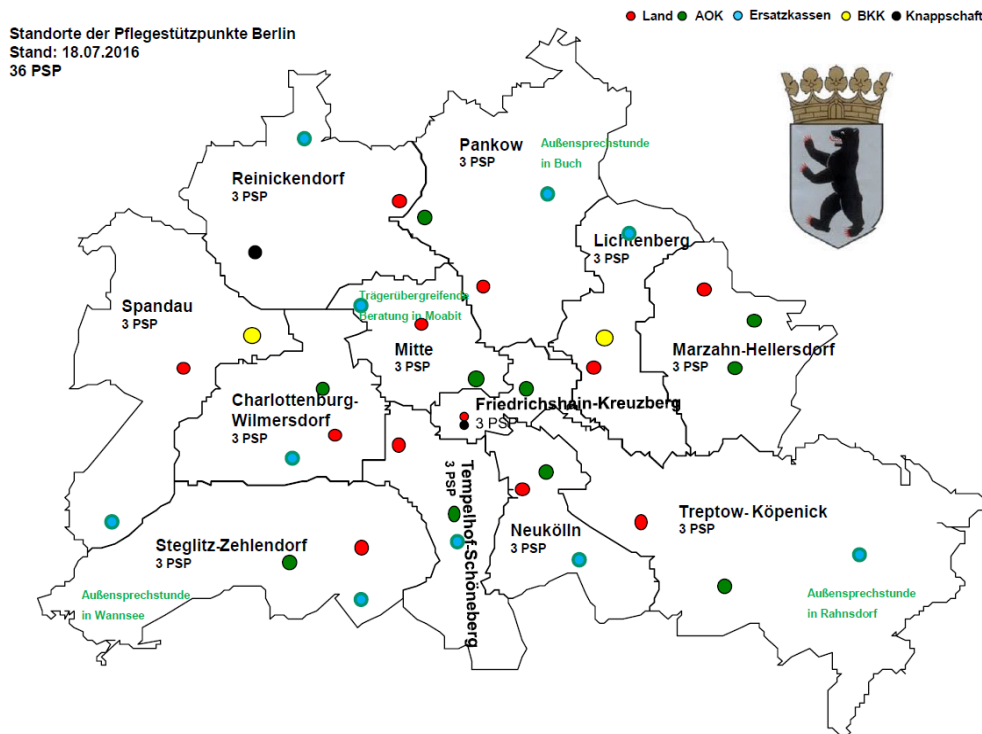
- ◆ Allgemeinverfügung: 12.12.2008
- ◆ Landesrahmenvertrag: 01.06.2009

Für eine flächendeckende Versorgung sah der Landesrahmenvertrag in Berlin insgesamt 36 Pflegestützpunkte als erforderlich an. Diese Vorgabe mit drei PSP je Bezirk wurde schließlich im Jahr 2018 erreicht. Die Versorgungsdichte der PSP pro Einwohner liegt nun bei 1: 97.779 (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1). Eine Übersicht der Verteilung der Pflegestützpunkte nach jeweiliger Trägerschaft ist der folgenden Abbildung 4 zu entnehmen.

---



Abbildung 4: Verteilung der Pflegestützpunkte in Berlin (Stand 2018)



Quelle: Heisterkamp 2017

Träger der Pflegestützpunkte Berlins sind die Pflege- und Krankenkassen und das Land Berlin, wobei beide Akteure unter dem gemeinsamen Dach der PSP die Zuständigkeiten entsprechend den gesetzlichen Aufgaben geteilt haben. Diese Entwicklung ist historisch bedingt und verleiht den PSP im Land Berlin eine zweigeteilte Struktur: 12 Stützpunkte sind aus den Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter hervorgegangen, die bereits seit 1999 Beratung und Case-Management für ältere Menschen und deren Angehörige mit dem Ziel durchführten, ein selbständiges und selbstbestimmtes Wohnen im Alter zu fördern. In diesen ist das Land Berlin geschäftsführender Träger und Finanzier. Die anderen 24 PSP werden von unterschiedlichen Kranken- und Pflegekassen geführt. Der jeweils koordinierende Ansprechpartner der Pflege- und Krankenkassen ist zugleich der geschäftsführende Träger.

Trägerübergreifende Aufgaben werden in Berlin durch ein **Steuerungsgremium** wahrgenommen, welches u. a. mit der Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung beauftragt ist (vgl. § 9 LRV Berlin). Zur Umsetzung und Bearbeitung dieser Aufgaben und weiterer Themen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Statistik) wurden spezielle Arbeitsgruppen, bestehend aus Beschäftigten der PSP, eingerichtet. Diese erarbeiten die jeweiligen Standards, welche dann vom Steuerungsgremium verabschiedet und von den PSP umgesetzt werden. Das Gremium wird jeweils zur Hälfte durch die Kassen und das Land Berlin besetzt (insgesamt 12 Mitglieder). Weitere

Schwerpunkte der Arbeit des Steuerungsgremiums umfassen die Entwicklung von Standards zur personellen, sachlichen und finanziellen Ausstattung der PSP sowie die Beobachtung und Analyse des Gesamtbedarfs an Beratungsleistungen (SenGesSoz 2016: 118f.).

Nach Aussagen der zuständigen Berliner Senatsverwaltung Gesundheit, Pflege und Gleichstellung bestehen die Ressourcen der Berliner PSP zur Erfüllung der Aufgabe der Koordinierung und Vernetzung in einer guten Infrastruktur vorhandener Entlastungsangebote und Spezialberatungsstellen sowie einer Trägervielfalt, die ein vielseitiges Potential an Beratungsansätzen offeriert. Quartiersnähe ist vorhanden, kann aber durch aufsuchende Angebote (Hausbesuche) noch verstärkt werden (SenGesSoz 2015: 19).

Andererseits variierten Art und Umfang der Beratungsleistungen zwischen den PSP aufgrund der Unterschiedlichkeit der Qualifikationen und Schwerpunkte der Beraterinnen. Als problematisch wurden der mangelnde Bekanntheitsgrad der Pflegeberatung bei wichtigen Multiplikatoren (z. B. Arztpraxen, Entlassungsmanagement der Krankenhäuser) als auch die bis dato eher nachrangige Berücksichtigung der Sozialraumorientierung und Quartiersnähe bei der Standortwahl der PSP empfunden. Hinzu kam, dass Menschen mit Migrationshintergrund zu wenig in ihrer Muttersprache erreicht wurden (ebd.: 20).

2013 wurde begonnen, die Probleme der PSP aufzuarbeiten, sodass im Sinne der Quartiersnähe seitdem Außensprechstunden angeboten werden (Kreuzberg, Tiergarten) sowie Standards für die Beratung, Vernetzung und die Einbindung von Ehrenamt und Selbsthilfe sowie für die Zusammenarbeit zwischen den Kontaktstellen PflegeEngagement eingeführt wurden. Für die Zielgruppe der Migranten startete das Modellprojekt „Brückenbauer/-innen für die interkulturelle Pflegeberatung“ (ebd.).

Zudem wird derzeit die Weiterentwicklung der **Beratungs- und Vernetzungstätigkeit** der PSP in einem Modellstützpunkt im Bezirk Marzahn-Hellersdorf erprobt. Erstmals sollen unterschiedliche Beratungskompetenzen an einem Ort vereint werden. Es arbeiten daher nicht nur mehrere Träger von Pflegeleistungen zusammen unter einem Dach, sondern es wird auch zu den unterschiedlichsten Themenfeldern beraten: von Sozialleistungen über die Anpassung von Wohnraum bis zu Beratungen von Menschen mit Behinderung. Geplant ist auch, dass die Seniorenvertretung ein Büro am Standort des PSP eröffnet, der direkt im Gesundheitszentrum am Unfallkrankenhaus Berlin angesiedelt ist. Das Modellprojekt fußt auf der Erfahrung, dass die Vernetzung unterschiedlicher, am Versorgungsprozess beteiligter Akteure überall dort gut gelingt, wo es eine örtliche Nähe gibt und sich die Beschäftigten der verschiedenen Institutionen auch persönlich kennen.

Die Datenbank „Hilfe-Lotse“ ist seit 1998 ein zentrales Beratungsinstrument, welches Zugang zu Informationen über primär pflegerische und soziale Dienstleistungsangebote und -anbieter ermöglicht und somit eine umfangreiche Grundlage zu Versorgungsangeboten im Bereich Altenhilfe und Altenpflege in Berlin bietet. In Folge der geteilten Trägerschaft der PSP in Berlin pflegen und bearbeiten jedoch

nur die landesseitigen PSP die Datenbank und verfügen über einen speziellen Zugang mit erweiterten Datenbeständen. Die PSP in der Trägerschaft der Pflegekassenverbände können dagegen nur die für die Öffentlichkeit zugängliche Version des Hilfe-Lotsen nutzen (SenGesSoz2016: 124).

Trotz dieser historisch bedingten „geteilten“ Struktur, wurde mittels des Landesrahmenvertrages einschließlich seiner Anlagen (Konzept für Mindeststandards in den PSP und Muster eines Pflegestützpunktvertrages) versucht, einheitliche Regelungen und Standards für ein gemeinsames Auftreten und die Arbeitsabläufe in den PSP zu schaffen. Auffallend ist, dass sich in diesen Regelungen keinerlei Vorgaben zur Ergebnisqualität und zur regionalen Vernetzung finden.

Als problematisch erwies sich in der Praxis, dass die Ausführung und Umsetzung von Maßnahmen und Standards in Abhängigkeit von der Qualifikation und Erfahrung der jeweiligen Beschäftigten in den PSP deutlich variierte. Dies betraf insbesondere Art und Umfang der Beratungsleistungen, welche sehr unterschiedlich in den PSP ausgeführt wurden (SenGesSoz 2015: 19). Die Entwicklung eines standardisierten Prozessmanagements inklusive detaillierter Ausführungen ist zwar im Landesrahmenvertrag (§ 8) festgeschrieben, der Stand der Umsetzung ist jedoch derzeit nicht bekannt. Die Zuständigkeiten der Pflegeberatung nach § 7 a als auch die Eckpunkte eines Case-Managements-Verfahrens werden aufgeführt.

Positiv hervorzuheben ist die Nutzung einer einheitlichen Beratungssoftware (syn-Case – Case-Management für Pflege- und Wohnberatung), auf deren Grundlage das Beratungsgeschehen in den PSP dokumentiert und transparent nachvollziehbar wird sowie statistische Auswertungen möglich sind sowie ein einheitliches Corporate Design der Berliner Pflegestützpunkte (z. B. Internetauftritt, Briefpapier, Beschilderungen, etc.).

Zur Ermittlung der Beratungsqualität wurde 2017 eine Befragung von Ratsuchenden in den Pflegestützpunkten durchgeführt. Diese hat ergeben, dass seitens der Nutzer eine hohe Zufriedenheit, z. B. in Bezug auf die räumliche und persönliche Erreichbarkeit, Wartezeit, ausreichend Zeit für Beratung, Fachkunde, Vermittlung passgenauer Informationen/Angebote sowie die Unabhängigkeit der Beratung, vorlag (SenGPG 2017). Aufgrund der steigenden Nachfrage und Inanspruchnahme wurden bzw. werden die 12 landesseitigen PSP 2018/19 um jeweils eine Vollzeitstelle – auf 3,5 Vollzeitstellen je Standort – aufgestockt. Dies soll u. a. die Intensivierung der Vernetzungsarbeit und die Ausweitung von Hausbesuchen ermöglichen.

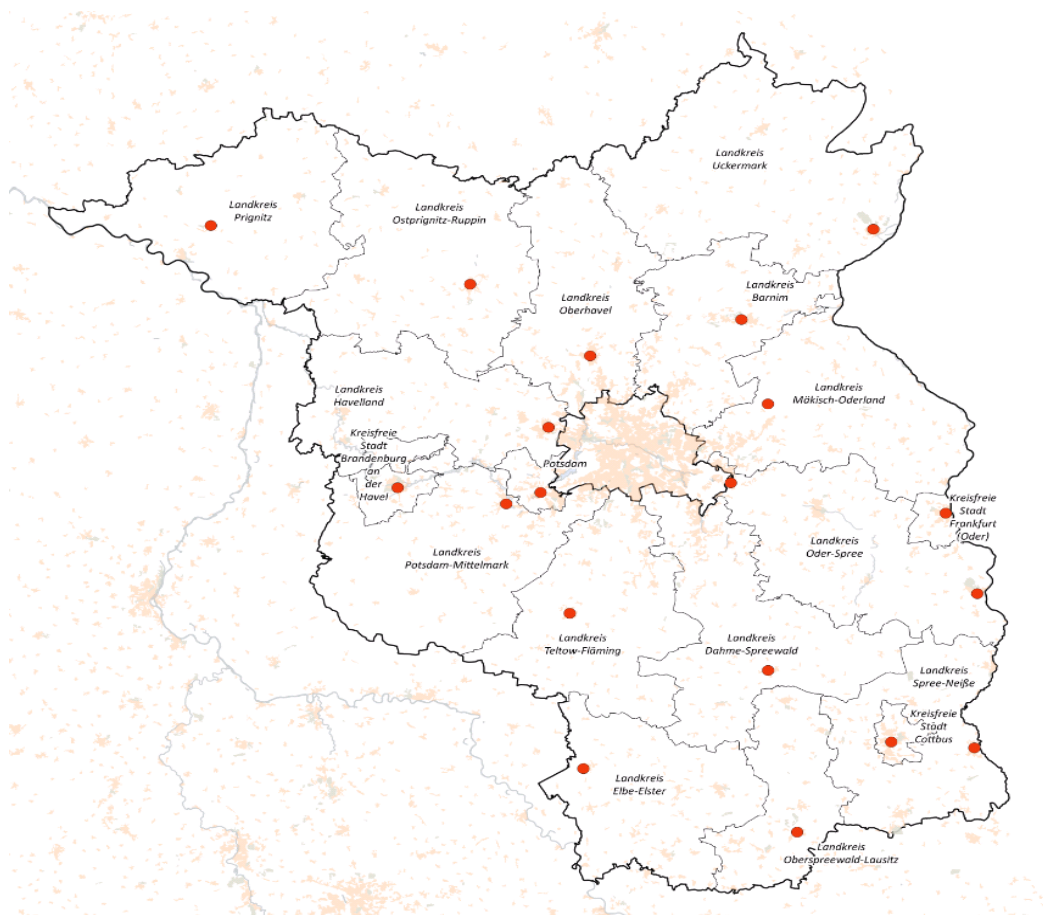
#### 4.4.4 Brandenburg

- ◆ Allgemeinverfügung: keine – die Einführung der PSP erfolgte im Rahmen einer Novellierung des Landespflegegesetzes (§ 5 Bestimmung von Pflegestützpunkten LPflegeG Brandenburg)
- ◆ Landesrahmenvertrag: liegt nicht vor, aber ein unter den Kranken- und Pflegekassen abgestimmtes Muster-Konzept (2009)

In Brandenburg prüft die zuständige oberste Landesbehörde (Ministerium) das von den Kranken- und Pflegekassen mit der jeweiligen Kommune für die Einrichtung eines PSP erstellte Konzept und bestimmt bei positiver Einschätzung die Errichtung im Einzelfall.

In Brandenburg wurden bislang 19 Pflegestützpunkte errichtet (Stand Januar 2018). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt damit bei 1: 130.781 (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1). Das Bundesland Brandenburg gehört zu den vorwiegend ländlichen Regionen und ist somit auch vergleichsweise dünn besiedelt. Die 19 PSP verteilen sich regional wie folgt (vgl. Abbildung 5):

Abbildung 5: Verteilung der Pflegestützpunkte in Brandenburg (Stand 2018)



Quelle: IGES

In Brandenburg wurde die Einführung der Pflegestützpunkte durch eine Novellierung des Landespflegegesetzes flankiert, das die Pflegestützpunkte in einen größeren Planungszusammenhang im Bereich der Pflege stellte. Dieser lässt sich wiederum als gute Voraussetzung für das mit den Pflegestützpunkten vorgesehene Care-Management ansehen (GKV-SV 2012: 147).

Die Pflegestützpunkte in Brandenburg stehen unter gemeinsamer Trägerschaft von Kranken-, Pflegekassen und dem jeweils zuständigen Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt. Die Verbände der Kranken- und Pflegekassen haben 2009 ein Muster-Konzept abgestimmt. Darin wurde einleitend ausgeführt, dass in der jeweiligen Region „den Bürgern für alle Belange bei Pflegebedürftigkeit eine Anlaufstelle zur Verfügung stehen soll, die bestehende Strukturen integriert.“ (Konzept S. 4) Aufgaben der PSP sind das „System-“ und das „Fallmanagement“. „Der Aufgabenbereich des Systemmanagements wird schwerpunktmäßig dem Stellentyp „Sozialberater“ zugeordnet, das Aufgabengebiet der Pflegeberatung schwerpunktmäßig dem Stellentyp „Fallmanager/Pflegeberater“. (Konzept S. 6) Des Weiteren werden die Bereiche einschließlich ihrer Überlappungen und Schnittstellen detailliert beschrieben.

Je PSP-Standort wurde eine Kasse benannt, die als „errichtungsbeauftragte Kasse“ die anderen Kranken- und Pflegekassen des Landes vertritt.

Ähnlich wie in Berlin war auch im Land Brandenburg die Bildung externer Steuerungsgremien vorgesehen. Gemäß den Einzelverfügungen wurden diese **Lenkungs-gremien** jedoch nur in vereinzelt Landkreisen (LK) (LK Oberspreewald-Lausitz; LK Potsdam-Mittelmark; LK Uckermark; Cottbus; LK Dahme-Spreewald; LK Oberhavel) eingerichtet, in Potsdam wurde dieses als Steuerungsgremium bezeichnet. Zum damaligen Zeitpunkt wurden noch keine klaren Aufgaben für die Gremien bestimmt. Die übrigen Landkreise verwiesen auf die Dienst- und Fachaufsicht, für die ebenfalls noch keine geregelten Verantwortlichkeiten vorlagen.

Aspekte der **Qualitätssicherung** finden sich wieder im Muster-Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit und sehr detailliert zu den Aufgaben des PSP – insbesondere zu den Begriffen System- und Fallmanagement sowie zur beruflichen Qualifizierung des Personals, getrennt nach Sozial- und Pflegeberatung.

In den Ergebnissen einer Evaluation der Brandenburger Pflegestützpunkte 2011 empfahl der Autor die Einführung eines Qualitätsmanagements (vgl. Ruschmeier 2011). Dies ergab sich u. a. aus der Tatsache, dass beispielsweise die im Konzept beschriebene klare Aufgabentrennung zwischen Pflege- und Sozialberatung in der Praxis kaum umgesetzt und Fallmanagement nur selten genutzt wurde, da die PSP vor allem die Erstberatung und Auskunftserteilung als ihre originäre Aufgabe betrachteten (ebd.: 4ff.). Weiterhin fehle es an Instrumenten der Qualitätssicherung der Beratungsprozesse. Weder Checklisten noch Leitfäden fanden im Beratungsgespräch Anwendung, da sie entweder nicht vorhanden oder von den Beraterinnen und Beratern abgelehnt wurden. Einheitlichen Standards zur Datenerfassung der lokalen Versorgungs- und Hilfestrukturen fehlten ebenfalls (ebd.: 37ff.).

Im Rahmen der Evaluation zeigte sich zwar, dass die Leistungen der PSP gut angenommen und seitens der Ratsuchenden als ebenso gut bewertet wurden. Da sich die PSP jedoch noch in der Aufbauphase befanden, gab es auch in Bezug auf die **Koordinierungs- und Vernetzungstätigkeiten** noch Verbesserungspotentiale. Dies betraf nicht nur die Vernetzung der PSP in Brandenburg untereinander, sondern auch die Intensivierung der Kooperationsstrukturen einschließlich der Einbindung von Ehrenamt und Selbsthilfe. So beruhte die Vernetzung noch zu stark auf informellen Kontakten und unregelmäßiger, in der Regel einzelfallbezogener Kontaktaufnahme. Auch hatten die PSP in den Arbeitskreisen noch keine aktive Rolle entwickelt und traten eher als passives Mitglied auf denn als Experte für die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Angehörigen. Die passive Rolle in den Vernetzungsgremien machte zudem deutlich, dass die Qualität der Koordinierungsbemühungen noch gering war. Häufig wurde dies durch knappe personelle Ressourcen begründet (vgl. Ruschmeier 2011).

Dort, wo jedoch auf umfangreiche Vorarbeiten und Vernetzungsaktivitäten von Vorgängerprojekten zurückgegriffen werden konnte, war die Qualität der Arbeit im Bereich der Vernetzung nach Ansicht der Evaluatoren sehr hoch. Inwieweit sich die Strukturen in den letzten Jahren weiterentwickelt haben, kann aufgrund einer fehlenden aktuellen Evaluation an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

#### 4.4.5 Bremen

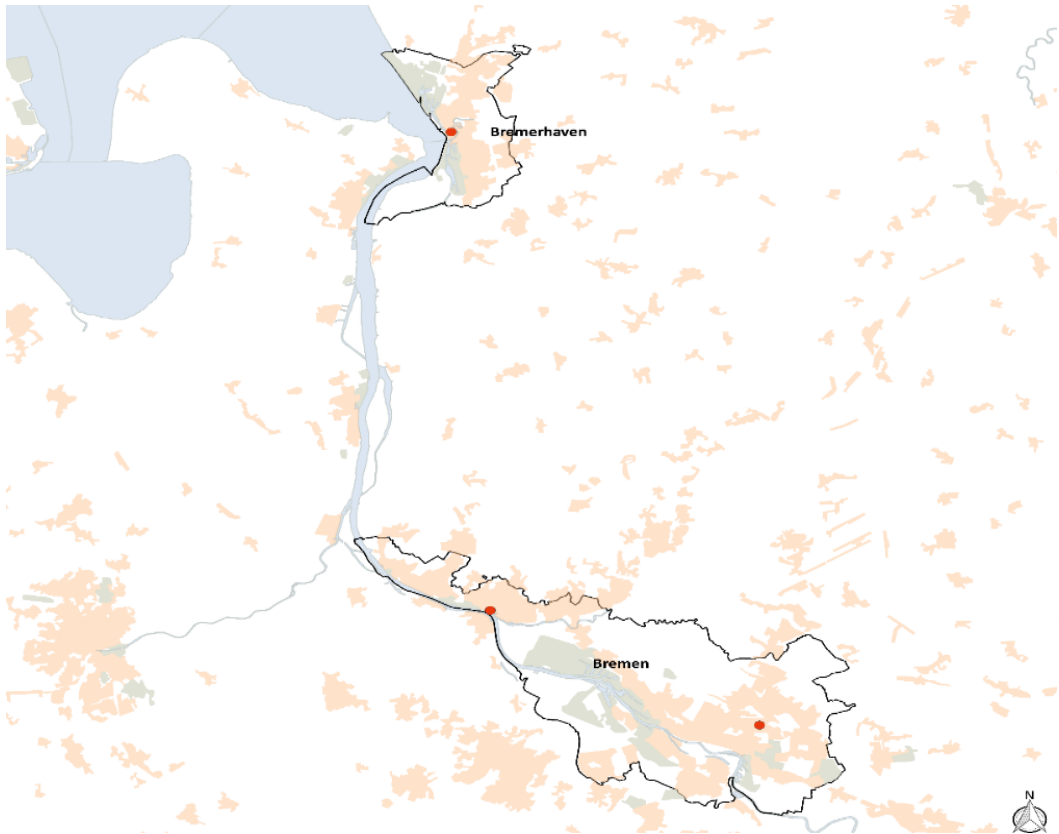
- ◆ Allgemeinverfügung: 25.09.2008
- ◆ Landesrahmenvertrag: 01.04.2009 sowie Entwurf vom 28.09.2018

Die geplanten drei PSP wurden durch die Pflege- und Krankenkassen und das Land Bremen bzw. die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven zu Beginn 2009 errichtet - zwei PSP in der Stadt Bremen und einen PSP in der Stadt Bremerhaven (Stand Januar 2018) (vgl. Abbildung 6). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt bei 1: 223.830 Einwohnern (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1).

Jeder PSP verfügt über einen gesonderten Vertrag auf Basis des Landesrahmenvertrages.

Übergeordnete Gremien in Bremen sind der **Steuerungs- sowie der Landesausschuss** der PSP (§§ 12,13 LRV Bremen 2018). Der Steuerungsausschuss besteht aus je einem Vertreter der Vertragsparteien und bestimmt u. a. die fachliche Leitung der PSP, entscheidet über die personelle Besetzung, stellt die Erfüllung der Aufgaben in den PSP sicher, besetzt die Clearingstelle (Klärung von Problemen betreff der Arbeit in den PSP) und bereitet die Sitzungen des Landesausschusses vor. Der Landesausschuss bewertet die Entwicklung in den PSP und entscheidet über die jährlichen Ausgaben. Er setzt sich aus je einem Vertreter des Landes Bremen, der Städte Bremen und Bremerhaven sowie fünf Vertretern der Pflege- und Krankenkassen zusammen.

Abbildung 6: Verteilung der Pflegestützpunkte in Bremen inklusive Bremerhaven (Stand 2018)



Quelle: IGES

Bereits vor Einführung der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte verfügte Bremen über eine vielfältige Beratungsstruktur: Sowohl in den Geschäftsstellen der Kranken- und Pflegekassen als auch in allen sechs Sozialzentren, im Sozial- und Gesundheitsamt Bremerhaven sowie 17 Dienstleistungszentren – angesiedelt bei freien Trägern – fand eine allgemeine Beratung im Umfeld von Pflege statt. Parallel dazu existieren bereits spezialisierte Beratungsstellen für Menschen mit Demenz sowie eine unabhängige Patienten- und Pflegeberatung (GKV-SV 2012: 151).

Zum Zeitpunkt der Evaluation 2012 konnten diese vielfältigen Beratungsstrukturen noch nicht zufriedenstellend in die **Vernetzungstätigkeiten** der Pflegestützpunkte integriert werden. Die Beschäftigten selbst bewerteten die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren zwar positiv, die Kontaktdatenauswertung konnte dies jedoch vorerst nicht bestätigen. Kontaktaufnahmen seitens der Leistungsanbieter, der niedergelassenen Ärzteschaft oder anderer Beratungseinrichtungen fielen im Berichtszeitraum eher gering aus, was sowohl auf einen niedrigen Bekanntheitsgrad als auch eine geringe Akzeptanz im Versorgungsnetzwerk in Bremen schließen ließ (Rothgang *et al.* 2012: 32). Auch Kontaktaufnahmen zu potentiellen Akteuren erfolgten vermehrt nur im Rahmen von konkreten Beratungstätigkeiten (ebd.: 102).

Aus dem Jahresbericht 2016 der PSP lässt sich jedoch eine positive Entwicklung ablesen, die sowohl den Aufbau von Kooperationen als auch eine verlässliche Zusammenarbeit u. a. mit den Kranken- und Pflegeversicherungen, dem Amt für Soziale Dienste, den Dienstleistungszentren, den Sozialdiensten der Kliniken als auch dem Gesundheitsamt Bremerhaven beinhaltet (Die Senatorin für Soziales 2017: 8).

Im Bereich der **Qualitätssicherung** konnten im (alten) Landesrahmenvertrag sowie in der Vereinbarung zur Errichtung des PSP in Bremerhaven kaum konkrete Vorgaben identifiziert werden (lediglich ein „gemeinsamer Erhebungsbogen“ als Anlage zum LRV). Rothgang *et al.* (2012) lieferten in ihrem Evaluationsbericht dagegen deutlich mehr Anhaltspunkte zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z. B. im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, in Bezug auf die Dokumentation (modifiziertes Dokumentationssystem aus dem Krankenhausbereich zur standardisierten Erhebung des Beratungs- und Unterstützungsbedarfs), die Durchführung von Fallbegleitung und den Einsatz von Versorgungsplänen sowie das Inanspruchnahmeverhalten. Grundsätzlich kritisierten sie jedoch das Fehlen einheitlicher Standards.

Seitens der Ratsuchenden wurde eine hohe Zufriedenheit festgestellt, verbunden mit einer gestiegenen Nachfrage, wobei noch große Potentiale in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit bestanden (Rothgang *et al.* 2012: 36). Unterdessen wurde im Auftrag des Steuerungsausschusses eine Marketing-AG zur Unterstützung der öffentlichen Präsenz der PSP eingerichtet (Die Senatorin für Soziales 2017: 12).

Für die Kontaktaufnahme sowie die Inanspruchnahme der Leistungen war die räumliche Nähe zu den Klienten entscheidend. Eine hohe Akzeptanz gab es dementsprechend zu Beginn von Nutzern aus der nächsten Umgebung der PSP, jedoch mit folgendem paradoxem Befund: Zum einen waren die Nutzungszahlen so gering, dass sich die Frage stellte, ob die PSP wirklich notwendig wären. Andererseits wies die räumliche Verteilung der Nutzer darauf hin, dass die Zahl der PSP sogar noch deutlich erhöht werden müsste, wenn ein flächendeckendes Beratungsangebot gewährleistet werden sollte (ebd.: 8). Mit der Verabschiedung des Konzepts „Mobile PSP“ durch den Landesausschuss der PSP wurde dieses Problem offensichtlich aufgegriffen. Seit 2015 ist es das Ziel, außerhalb der Räumlichkeiten der PSP in Stadtteilen mit geringerem Kundenzufluss vermehrt Vorträge und Veranstaltungen zu den Angeboten der Pflegestützpunkte und den Leistungen der Pflegeversicherung anzubieten. Das Angebot wurde zwar positiv angenommen, konnte jedoch aufgrund paralleler Vortragsanfragen anderer Institutionen und Kooperationspartnern noch nicht wie geplant ausgeschöpft werden (ebd.: 10).

Der aktuell verhandelte neue Rahmenvertrag des Landes Bremen stellt mit der Einführung eines Landes- und eines Steuerungsausschusses sowie weiteren Regelungen (vgl. Tabelle 5, S. 47) die Weichen zur systematischen Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Arbeit der PSP.



#### 4.4.6 Hamburg

- ◆ Allgemeinverfügung: 01.01.2009
- ◆ Landesrahmenvertrag: 16.01.2009

Seit 2009 wurde in jedem Bezirk mindestens ein PSP - in Wandsbek zwei PSP – errichtet. Zusätzlich gibt es einen speziellen Pflegestützpunkt für die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen (PSP K+J). Hamburg schafft mit diesen insgesamt neun PSP die Strukturen für ein flächendeckendes Beratungsangebot (Stand 2018) (vgl. Abbildung 7). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt bei 1: 198.601 Einwohnern (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1).

Abbildung 7: Verteilung der Pflegestützpunkte in Hamburg (Stand 2018)



Quelle: NDR 2018

Träger der Pflegestützpunkte sind die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit dem Land Hamburg. Zur fachlichen Steuerung und Qualitätssicherung auf Landesebene wurde ein **Steuerungsgremium** eingerichtet, dessen Aufgaben u. a. die Umsetzung einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit sowie die Berichterstattung über die Arbeit der PSP beinhaltet. Das Gremium legt einheitliche Qualitätsstandards fest und bestimmt Daten und Kennzahlen für die Berichterstattung. Anschließend erfolgt eine Auswertung zur Beurteilung, Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Aufgabenwahrnehmung (§ 10 LRV Hamburg). Auf der Bezirksebene wurde je ein Gremium zur inhaltlichen Koordinierung eingesetzt. Außerdem erfolgte die Gründung eines Fachbeirats zur Beratung der Träger der PSP im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Beratungstätigkeit und deren Qualitätssicherung.

Die bereits zuvor etablierten Beratungsangebote für Senioren und Menschen mit Behinderung wurden in einige PSP (teilweise oder vollständig) integriert, in anderen PSP erfolgte eine klare Trennung dieser beiden Institutionen. Diese uneinheitlichen Strukturen beeinträchtigten die Aufbauphase der PSP nachhaltig. So identifizierten Döhner *et al.* (2011) in ihrem Evaluationsbericht drei unterschiedliche Kooperationstypen:

- ◆ Typ 1: Gut funktionierende Zusammenarbeit
- ◆ Typ 2: Gut funktionierende Zusammenarbeit, leichte Einschränkungen
- ◆ Typ 3: Problematische Zusammenarbeit, offener Widerstand

In Abhängigkeit des Typs entwickelten sich unterschiedliche Stützpunktkonzepte sowie **Qualitätssicherungsmaßnahmen**. Beispielsweise wurden in gut funktionierenden kooperativen Strukturen die vorhandenen Qualifikationen der verschiedenen Beschäftigten wesentlich effizienter genutzt, was sich auch entsprechend positiv auf die Qualität der Beratung auswirkte (Döhner *et al.* 2011: 13).

In den PSP, wo die Seniorenberatung nur teilweise integriert war, fiel den Beschäftigten der Seniorenberatung mit ihren geringen Stundenanteilen eine Identifikation mit der Einrichtung „PSP“ schwer, weswegen alte Gewohnheiten und Strukturen vorerst beibehalten wurden. Dort wurde der eigentlich zusätzliche Nutzen – das Know-how der Pflegeberatung (SGB XI) – „(...) als Nachteil ausgewiesen und die Inhalte und Konzeption der Pflegestützpunkte als „Seniorenberatung unter neuem Namen“ (ebd.: 86f.) bezeichnet.

Die größten Schwierigkeiten ergaben sich bei der Falldokumentation. Trotz Schulung wurde die Falldokumentation entweder nicht korrekt ausgefüllt oder durch andere (eigene) Systeme ergänzt oder ersetzt (ebd.: 74). In der Folge wurden zwei Systeme gleichzeitig geführt, was dazu führte, dass ein im Team gemeinsamer Zugriff nicht möglich war (ebd.: 88).

Um diesen Problemen entgegen zu wirken und die Zusammenarbeit zwischen den Beschäftigten der PSP und der Seniorenberatung zu fördern, wurden erste (einheitliche) Instrumente, wie beispielsweise ein Erstkontaktbogen, ein Falldokumentationsbogen (detaillierte Informationen der Ratsuchenden, wird als elektronische Akte nur für komplexere Beratungsfälle verwendet) sowie eine Prozesslandkarte (Entscheidungsgrundlage, ab wann ein Fall in elektronischer Form in der Falldokumentation erfasst werden soll) eingeführt (ebd.: 28f.).

Die Hälfte der im Rahmen der Evaluation befragten Personen berichtete noch nie von einem PSP gehört zu haben (ebd.: 117). Die Evaluatoren bestätigten, dass die **Kooperationsstrukturen und die Vernetzungsarbeit** der PSP zu dem Zeitpunkt noch nicht sehr weit fortgeschritten waren (ebd.: 12). Begründet war dies z. T. in anfänglicher Skepsis und Ablehnung seitens ambulanter Pflegedienste sowie der Sozialdienste der Krankenhäuser. Einigen PSP gelang es durch Öffentlichkeitsarbeit und Kontaktaufnahmen diese abzubauen, anderen wiederum nicht. Aus diesem

Grund gestaltete sich die Zusammenarbeit sehr unterschiedlich. Besonders schwierig war zu Beginn der Kontakt zu Hausärzten (ebd.: 78).

Andererseits waren die PSP sehr gut in regionale Pflegenetzwerke eingebunden und pflegten auch lockere Kontakte zu vielen Einrichtungen, allerdings agierten sie nicht selbst als Knotenpunkte für die Vernetzung (ebd.: 80). Ähnlich verhielt sich dies mit der Einbindung des Ehrenamts. Hier fehlte es an der Ausarbeitung von Konzepten zur Einbindung des Ehrenamts als auch an der Zeit für diese Vernetzung. Obwohl die PSP an Veranstaltungen und bei Arbeitskreisen teilnahmen, wurde auch hier keine Koordinationsrolle übernommen, da Unklarheiten hinsichtlich der Erwartungen von Seiten der Verantwortlichen sowie zu Absprachen mit den potenziellen Kooperationspartnern bestanden.

Über den Evaluationsbericht hinaus liegen nur wenige Informationen zur Weiterentwicklung der Strukturen und Vernetzungstätigkeiten vor. Laut der Rahmenplanung 2020 der pflegerischen Versorgungsstruktur in Hamburg haben sich die PSP in Zusammenarbeit mit der Seniorenberatung jedoch bewährt und verzeichnen eine stetige Zunahme von Beratungsanfragen. Für den Steuerungsausschuss sind die Weiterentwicklung der Angebote sowie die Verbesserungsmöglichkeiten ein ständiges Thema, sodass insbesondere auch Aktivitäten zum Ausbau der Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund stattfinden und das Thema Demenz weiter verstärkt bearbeitet wird. Offensichtlich haben sich die Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten zu anderen themenspezifischen Beratungsangeboten in Hamburg ebenfalls weiterentwickelt (Freie und Hansestadt Hamburg 2015: 25ff.).

#### 4.4.7 Hessen

- ◆ Allgemeinverfügung: 01.01.2009
- ◆ Rahmenvertrag: 01.05.2009

Zum Jahresende 2017 wurde, wie im Rahmenvertrag vorgesehen, in allen 21 Landkreisen und in den fünf kreisfreien Städten je ein Pflegestützpunkt eingerichtet (insgesamt 26) (Stand Januar 2018) (vgl. Abbildung 8). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt damit bei 1:237.544 Einwohnern (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1).

In der Mehrzahl der hessischen Kommunen wurden in den 1990er Jahren bereits Beratungsstrukturen für ältere Menschen etabliert und gefördert. Mit dem Ende der Finanzierung durch die Landesregierung (Ende 90er) mussten einige dieser Beratungsstellen jedoch schließen, andere wurden wiederum selbstfinanziert weiterbetrieben. Im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes musste die Landesregierung jedoch erneut in diesem Themenbereich aktiv werden, da bei der Errichtung der PSP vorhandene Strukturen berücksichtigt werden sollten. Entgegen den Erwartungen stieß die Einführung der PSP bei den beteiligten Akteuren auf Widerstand und Skepsis, sodass der Aufbau der PSP eher schleppend voranging (Joost und Metzenrath 2012: 10 f.).



Der Steuerungsausschuss ist verantwortlich für die Evaluation der PSP. Diese wurde in der Aufbauphase durch eine wissenschaftliche Begleitforschung von Joost und Metzenrath (2012) ergänzt.

Der ursprüngliche Auftrag der wissenschaftlichen Begleitforschung beabsichtigte die partizipative Entwicklung von **Qualitätsstandards**. Mit der Begründung des Steuerungsausschusses, dass dies nicht mehr notwendig wäre, da „die Standards (...) bereits über Rahmenvertrag, Stützpunktverträge und die Arbeitsverträge mit den Mitarbeiter/innen geregelt [seien] und (...) entsprechend umgesetzt [würden]“ (Joost und Metzenrath 2012: 52), wurde der Auftrag geändert und umfasste in Bezug auf die Qualitätssicherung ausschließlich die Entwicklung eines Konzepts für die Erfassung der Kundenzufriedenheit.

Eine schriftliche Kundenzufriedenheitsbefragung der Forscher diente zur Messung der Ergebnisqualität der PSP in Hessen. Die Befragung im Rahmen der Evaluation war nicht repräsentativ, jedoch fühlten sich die Ratsuchenden gut aufgehoben und informiert. „Die meisten Probanden waren Angehörige, die zumeist eine ausführliche Beratung und keine § 7 a-Beratung wünschten. Zur Hälfte fand die Beratung im PSP statt, zu einem Drittel in der Häuslichkeit.“ (ebd.: 91)

Ende 2011 sprach sich der Steuerungsausschuss für eine Empfehlung der freiwilligen Nutzung der Kundenzufriedenheitsbefragungen für die PSP aus. Für eine einfache Handhabung erstellte das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Frankfurt am Main, ein Auswertungstool, eine Kurzanleitung für seine Nutzung sowie ein kurzes Auswertungsmanual. Zum Abschluss der wissenschaftlichen Begleitung erhielt jeder PSP ein „KuZu-Starterpaket“ (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) (ebd.: 92).

Hinsichtlich der Beratungsleistung wurden von den Forschern Qualitätsstandards für übergreifende Merkmale von Beratung und für die vier Beratungstypen (Sondierungsgespräch, Auskunft/Einzelinformation, Beratung im PSP, zugehende Beratung) herausgearbeitet. Interviews mit PSP-Mitarbeitern ergaben, dass „sich die meisten Pflegestützpunkte mit dem Thema „Qualität“ nicht bewusst und umfassend auseinandersetzen“ (ebd.: 58). Nach einigen Monaten konnten zwar punktuelle Ansätze für die Definition von Struktur- und Prozessmerkmalen erkannt werden, jedoch fand keine systematische Entwicklung eines Qualitätsverständnisses statt (ebd.: 59).

Hessen war im Bundesvergleich das einzige Bundesland, welches das Thema der Qualitätssicherung so explizit in der Aufbauphase vorantrieb. Durch die wissenschaftliche Begleitforschung wurde ein großer Beitrag geleistet, gleichzeitig wurde jedoch die Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses nicht konsequent bis zu Ende verfolgt. Neben dem Instrument zur Kundenzufriedenheitsbefragung wurde zusätzlich ein Leitfaden zur regionalen Vernetzung erarbeitet, um den PSP eine Reflexion ihres jeweils aktuellen Vernetzungsstatus zu ermöglichen.

---

In diesem wurden, ähnlich wie in Baden-Württemberg, zunächst unterschiedliche PSP-Typen identifiziert:

- ◆ Typ 1: Pflegestützpunkt als Folgeinstitution vorhandener kommunaler Beratungsstellen
- ◆ Typ 2: Pflegestützpunkt als Pionier (Neugründung)
- ◆ Typ 3: Pflegestützpunkt als komplementäre Struktur (in Ergänzung zu vorhandenen kommunalen Beratungsstrukturen).

Diese Typen unterschieden sich entsprechend der Einbettungsstrukturen und Historien in Hinblick auf den Stand der Vernetzungsarbeit deutlich. Der Leitfaden sollte daher eine Struktur und Arbeitshilfe für die systematische Weiterplanung der regionalen Vernetzungsaktivitäten bieten (Joost und Metzenrath 2012: 105f.).

Grundlegende Kooperationsbeziehungen zu potentiellen Akteuren konnten im Rahmen der Evaluation der Pflegeberatung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes 2011 identifiziert werden. Der jeweilige Landkreis, in dem sich ein PSP befand, wurde zum Aufbau eines regionalisierten Netzwerks von Unterstützungsleistungen, in fünf Regionen aufgeteilt. Beschäftigte der örtlichen Kommunalverwaltung waren dort jeweils als Ansprechpartner benannt. Die beiden kommunalen Beschäftigten des PSP waren arbeitsteilig für bestimmte Regionen zuständig, der/die entsandte Beschäftigte der Pflegekasse dagegen für alle fünf Regionen. Jährlich fanden in allen Regionen je zwei Netzwerkkonferenzen statt (GKV-SV 2012: 309 f.).

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass sich die PSP in Hessen, trotz eines teilweise schwierigen Starts, als zentrale Anlaufstellen für alle Fragen rund um die Pflege etabliert haben. Es ist eine stetig zunehmende Nachfrage zu verzeichnen, „(...) sodass sich die Pflegestützpunkte heute in deren Kapazitäten als voll ausgelastet sehen. (...) Aufgrund der großen Nachfrage aus der Bevölkerung haben in der jüngeren Vergangenheit mehrere Landkreise nunmehr Initiativen zum Ausbau ihrer Pflegestützpunkte gestartet. Hierbei gibt es Pläne einerseits zum Ausbau der bestehenden Pflegestützpunkte und andererseits zum Aufbau von Pflegestützpunkten an weiteren Standorten. Diese Initiativen werden derzeit vor Ort auch unter Einbindung der Städte und Gemeinden diskutiert. Daran anknüpfend wird im landesweiten Steuerungsausschuss beraten und anhand konkreter Bedarfswahlen und Konzeptionen über diese Ausbauinitiativen entschieden. Bereits positiv entschieden wurde der Antrag des Landkreises Marburg-Biedenkopf, der auch unlängst vom Hessischen Sozialministerium „grünes Licht“ für den Ausbau erhalten hat. Im Jahr 2018 stehen weitere Entscheidungen über Ausbauinitiativen an.“ (Hilgardt 2018).

#### 4.4.8 Mecklenburg-Vorpommern

- ◆ Allgemeinverfügung: 09.10.2010
- ◆ Rahmenvertrag: 01.12.2010

Gemäß § 1 des Rahmenvertrages war die Errichtung von mindestens einem PSP pro Landkreis/kreisfreie Stadt vorgesehen (insgesamt 18), bisher wurden 15 PSP im gesamten Bundesland realisiert (Stand Januar 2018). Wie anhand der folgenden Abbildung 9 ersichtlich ist, gibt es neben diesen 15 Standorten noch weitere Orte, an denen regelmäßig Pflegeberatung in Form von Sprechtagen (SpT) angeboten wird. Darüber hinaus betreibt der PSP Rostock eine Außenstelle (AST). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt bei 1: 107.490 Einwohnern (vgl. Tabelle 2 im Abschnitt 4.1).

Abbildung 9: Verteilung der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern (Stand 2018)



Quelle: Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern 2018b

In Mecklenburg-Vorpommern sind die Pflege- und Krankenkassen bzw. ihre Verbände sowie die einzelnen Kommunen gemeinsame Träger der PSP. Ein **Steuerungsgremium** wurde zur Begleitung des laufenden Betriebes eingesetzt und ist

für die fachliche Steuerung sowie die Entwicklung von Qualitätsstandards zuständig. Weitere Aufgaben umfassen die Sicherstellung und Anwendung eines einheitlichen Dokumentationssystems, die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinschaftlichen Corporate Designs sowie die Berichterstattung. Einmal jährlich unterrichtet der Steuerungsausschuss den Landespflegeausschuss.

Im Landesrahmenvertrag wurde das Thema Qualitätssicherung explizit ausgeführt. Für alle PSP sollen „gemeinsame Verfahren zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ vereinbart und eine systematische Dokumentation sichergestellt werden (§ 8 RV Mecklenburg-Vorpommern).

Aus dem Evaluationsbericht von Schmidt und Kraehmer (2016) wurde deutlich, dass es bis dato an standardisierten Vorgaben fehlte. Besonders deutlich wurde dies bezüglich der im Landesrahmenvertrag (Pflegeberater) als auch im Stützpunktvertrag (Sozialberater) festgelegten qualifikatorischen Voraussetzungen: Für die Pflegeberater umfasste dies lediglich „Kenntnisse“ im pflegerischen, sozialfachlichen oder verwaltungsrechtlichen Bereich (§ 4 RV Mecklenburg-Vorpommern), aber keine Anforderungen an berufliche Abschlüsse. In der Praxis verfügten nur sehr wenige Berater beispielsweise über eine pflegerische/sozialfachliche Ausbildung, andererseits konnten sie aber unterschiedliche Berufserfahrungen in Kliniken, bei Sozialhilfeträgern oder Gesundheitsämtern nachweisen. Etwaige Einflüsse der unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen auf die Qualität der Beratung wurden nicht untersucht (Schmidt und Kraehmer 2016).

Ebenso fehlte es an standardisierten Vorgaben bei den Aktivitäten der **Vernetzung und Kooperationen**. Im Rahmen von Interviews mit direkt oder indirekt beteiligten Personen am PSP wurde die Netzwerkarbeit zwar als notwendig erachtet, aber der PSP nicht als „Lotse“ im Versorgungssystem gesehen. Zeitintensität und mangelnde Erreichbarkeit wurden als häufige Hemmnisse genannt. Deutlich wurden auch die Wissenslücken seitens der externen Akteure über die eigentliche Aufgabe der PSP, sodass die Vernetzungstätigkeiten auf diese Weise an ihre Grenzen stießen. Als hilfreich erwiesen sich gemeinsame Absprachen und Zielvereinbarungen bei den Akteuren, die bereits Kontakte zu PSP pflegten. Andere Akteure mit wenigen Erfahrungen sahen dagegen weniger den Nutzen von schriftlichen Regelungen und verbindlichen Absprachen (ebd.).

Auch eine Zusammenarbeit des PSP mit externen Akteuren im Sinne des Case-Managements wurde von Seiten der externen Akteure nicht (bewusst) wahrgenommen. Eine aktive Einbindung zur Abstimmung von „am Fall“ beteiligten Akteuren fand laut Aussagen der externen Akteure nicht statt. Auf der anderen Seite bestätigte der geringe Anteil an Case-Management-Fällen im Erhebungszeitraum die unzureichende Umsetzung dieser Interventionsform. Die Autoren stellten daher fest, dass „das Potenzial gemeinsamer Versorgungsangebote“ nicht ausgeschöpft wird. Zudem fehle es an einer klaren Übernahme und Transparenz bezüglich der Verantwortung und Koordination für den entsprechenden „Fall“ (ebd.).

---



Den Evaluationsergebnissen zufolge bestehen noch erhebliche Potenziale in der Umsetzung der Aufgabe der Koordinierung und Vernetzung. Aktuelle Informationen liegen nicht vor. Insgesamt sind die Kontaktaufnahmen gestiegen, jedoch hat die Zahl der Case-Management-Fälle im Jahr 2015 noch weiter abgenommen, wohingegen der Bedarf an allgemeinen Informationen gestiegen ist (ebd.).

#### 4.4.9 Niedersachsen

- ◆ Allgemeinverfügung: keine
- ◆ Rahmenvereinbarung: 28.05.2009

Mit der Einführung einer neuen seniorenpolitischen Beratungsstruktur im Jahr 2014 wurde begonnen Doppelstrukturen aufzulösen. Es folgte eine Zusammenführung der bereits seit 2008 existierenden Seniorenservicebüros mit den Pflegestützpunkten. Die Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN) vereinen nun das Beratungsangebot beider Stellen und erbringen eine Beratung „aus einer Hand“, wobei die Pflegeberatung weitestgehend unverändert erhalten blieb (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung o. J. (a)). Ausgehend von einer flächendeckenden Errichtung der PSP/SPN - ein PSP je Landkreis/kreisfreie Stadt – wurde das Ziel bisher noch nicht erreicht. Aktuell gibt es in Niedersachsen 41 PSP (Stand April 2018) (vgl. Abbildung 10). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt bei 1: 233.246 Einwohnern (vgl. Tabelle 2 im Abschnitt 4.1).

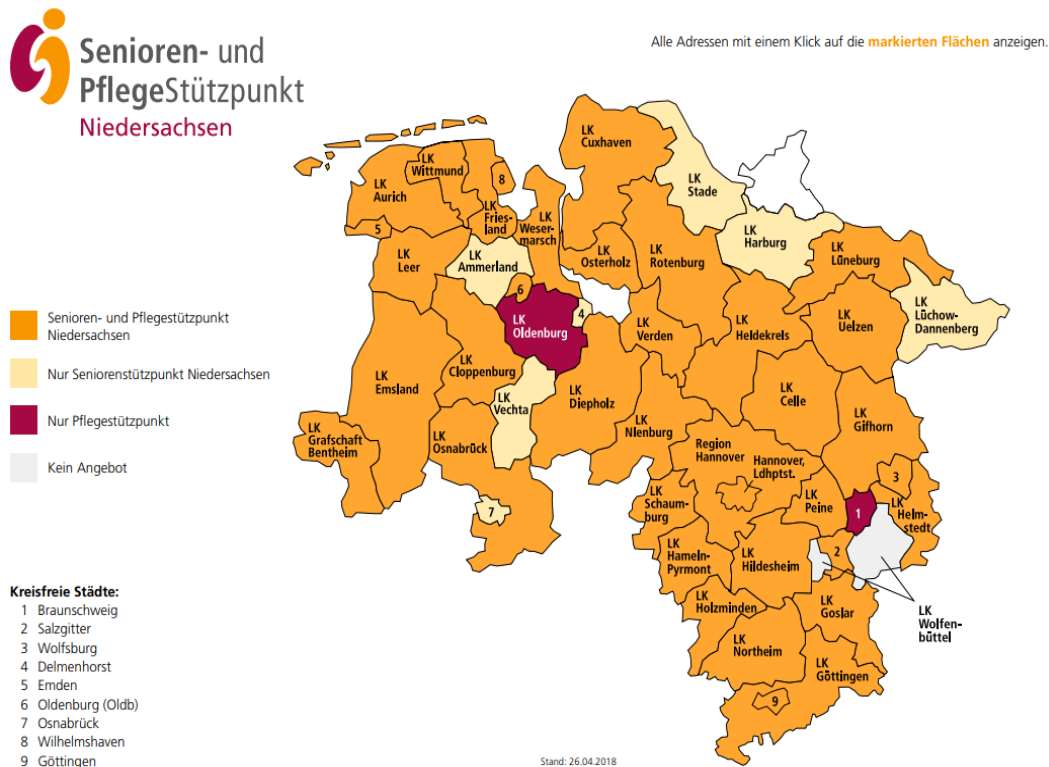
In Niedersachsen gibt es auf Landes- und Regionalebene verschiedene Vereinbarungen bzw. Konzepte zur Errichtung von Pflegestützpunkten. Diese folgen – hierarchisch absteigend – folgender Ordnung:

- ◆ Rahmenvereinbarung (Landesebene)
- ◆ Regionale Vereinbarung/Pflegestützpunktvertrag (regionale Ebene)
- ◆ Pflegestützpunktconcept (stützpunktspezifisch)

Träger der Pflegestützpunkte sind die Landkreise und kreisfreien Städte gemeinsam mit den Kranken- und Pflegekassen, wobei zur Wahrung der Neutralität die Landkreise und kreisfreien Städte den Pflegestützpunkt einrichten und die gesetzlichen Aufgaben wahrnehmen. In der Verantwortung der Kranken- und Pflegekassen liegt die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI.

Nach Analyse der vorhandenen Vereinbarungen und Konzepte wurde deutlich, dass in den Rahmen- und regionalen Vereinbarungen eher allgemeine Grundsätze vorzufinden sind. Die Konkretisierung bestimmter **Maßnahmen zur Qualitätssicherung** findet sich im jeweiligen Stützpunktconcept wieder. In diesem sind bereits einige Qualitätskriterien, verstärkt aus dem Bereich der Strukturqualität, sowie Umsetzungsvorschläge genannt.

Abbildung 10: Verteilung der Pflegestützpunkte in Niedersachsen (Stand 2018)



Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung o. J.(b)

Über diese grundlegenden Ansätze hinaus wurde in einem SPN (Landkreis Osnabrück) ein ausführlicher Qualitätsstandard zur Pflegeberatung mit Nutzern im Rahmen des Projektes „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ)“ entwickelt (vgl. Büscher 2018).

Bezugnehmend auf die Umsetzung der Aufgabe der **Koordinierung und Vernetzung** sind die Landesverbände in Niedersachsen verantwortlich für die Zusammenstellung und Übermittlung der gesamten Angebotsstrukturen (SGB V/SGB XI) einer kommunalen Gebietskörperschaft an die Kommune bzw. den PSP, damit diese einen vollständigen Überblick über die gesamte Infrastruktur der Vertragspartner erhalten (§ 2 RV Niedersachsen). Des Weiteren ist es Aufgabe der Landesverbände, dem Pflegestützpunkt die speziellen Kontaktdaten und Ansprechpartner der Kassen der jeweiligen Kassenart für die entsprechende Kommune/Region zu übermitteln (ebd.). Durch die Bereitstellung dieser Daten haben die PSP/SPN eine gute Voraussetzung ihre Koordinierungs- und Vernetzungstätigkeiten zu erfüllen und können zusätzlich dem Aufbau eines lokalen Netzwerks nachgehen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung o. J.(a)). Ergänzt werden diese Tätigkeiten durch die Erstellung und Aktualisierung einer Angebotslandkarte der pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote durch die PSP/SPN (§ 4 RV Niedersachsen).

Weitere Einzelheiten zu Kooperationen der PSP/SPN sind in den jeweiligen Konzepten der regionalen Vereinbarungen hinterlegt. Am Beispiel des PSP-Konzeptes des Landkreises Friesland konnten vielfältige Aktivitäten zur Koordinierung- und Vernetzung identifiziert werden, wie z. B. eine geplante Mitarbeit im Gerontopsychiatrischen Arbeitskreis des Landkreises Friesland, den Einbezug der Koordinierungsstelle „Älter werden“ sowie eine geplante enge Zusammenarbeit mit dem Seniorenservicebüro und der dort angegliederten Wohnberatung, weiteren lokalen Trägern von Versorgungs- und Betreuungsangeboten und eine angestrebte Kooperation mit der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe.

Inwieweit diese Vorhaben auch in der Praxis umgesetzt wurden bzw. die Kooperationen gelebt werden, wurde bisher nicht untersucht. Übergreifende Evaluationsergebnisse von Gebhardt *et al.* (2013) zu Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen machen jedoch deutlich, dass Pflegestützpunkte zum damaligen Zeitpunkt die am wenigsten bekannten Einrichtungen waren sowie auch in der Häufigkeit von Kooperationen als wenig genannte Kooperationspartner auffielen. Es wurde dabei betont, dass Kooperationen eher einzelfallbezogen erfolgten und nicht im Rahmen geregelter Verfahren (Gebhardt *et al.* 2013: 168f).

#### 4.4.10 Nordrhein-Westfalen

- ◆ Allgemeinverfügung: 29.05.2009
- ◆ Rahmenvereinbarung: 01.05.2009

In NRW herrscht ein vielfältiges Nebeneinander verschiedener Pflege- und/oder Wohnberatungsangebote. Grundsätzlich fällt die Gesamtzahl der bisher errichteten PSP in Bezug zur Gesamteinwohnerzahl eher gering aus. Von den rund 160 ursprünglich anvisierten PSP - drei PSP je Kreis bzw. kreisfreier Stadt - wurden bisher 85 PSP realisiert (Stand Januar 2018), da sich nur rund die Hälfte der Kreise für die Einrichtung von PSP entschieden hat. Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl ist somit im bundesweiten Vergleich geringer als in anderen Bundesländern und liegt bei 1: 210.183 Einwohner (Platz neun, vgl. Tabelle 2 im Abschnitt 4.1).

Begonnen hat die Entwicklung bzw. der Ausbau der Beratungsinfrastruktur in den 90er Jahren mit der flächendeckenden Etablierung von Pflegeberatungsstellen gemäß dem Landespflegegesetz sowie der Entstehung von Wohnberatungsstellen und etwas später den Demenz-Servicezentren. Im Jahr 2008 gab es über 200 gelistete Pflegeberatungsstellen und ca. 100 Wohnberatungsstellen. Die damals noch recht jungen Demenz-Servicezentren haben sich bis heute etabliert und ausgeweitet (Verbraucherzentrale NRW 2008).

Sowohl die Pflege- als auch Wohnberatungsstellen wurden von verschiedenen Trägern betrieben. Der Großteil der Pflegeberatungsstellen war in kommunaler Trägerschaft, einige gehörten zu freien Trägern (z. B. der Verbraucherzentrale im Kreis Aachen und Unna) bzw. Wohlfahrtsverbänden. Ähnlich verhielt es sich auch mit den Wohnberatungsstellen, die u. a. teilweise als Modellprojekt vom Land oder

den Landesverbänden der Pflegekassen und der jeweiligen Kommune finanziert wurden. Die Finanzierung der Demenz-Servicezentren erfolgte durch das Land Nordrhein-Westfalen und die Spitzenverbände der Pflegekassen gemäß § 45 c SGB XI (ebd.).

Die bisher genannten Angebote boten alle eine trägerunabhängige und neutrale Beratung an. Über die Jahre haben sie sich etabliert und gelten auch heute noch als wichtiger Bestandteil des Altenhilfenetzes vor Ort. Dabei bildeten sich regionale Netzwerke, die z. B. im Kreis Unna durch Verbundarbeit mit Partnern der Pflege- und Wohnberatung, einem Demenz-Infotelefonservice sowie der psychosozialen Beratung neutral beraten und Fallmanagement anbieten (abgestimmte Kooperationsstrukturen). Weitere Beratungseinrichtungen, angebunden an die Leistungs- und Kostenträger (z. B. Kranken- und Pflegekassen, die Sozialdienste der Krankenhäuser, Beratung durch Pflegedienste, Pflegeheime und Wohlfahrtsverbände), ergänzen das Beratungsangebot (ebd.).

Dieses nach wie vor bestehende dichte Netz sowie die langjährig gewachsenen lokalen Netzwerkstrukturen spielen eine wichtige Rolle in der Entwicklung der kommunalen Altenhilfestrukturen. Ziel der PSP war es daher, eine wohnortnahe Bündelung aller Unterstützungsangebote rund ums Alter und Pflege vorzunehmen, eine neutrale Beratung zu gewährleisten sowie Anstöße für Dienstleister und Kommunalpolitik zu geben (ebd.).

Seitens des Sozialverband Deutschland, Landesverband NRW e. V., wurde 2014 festgestellt, dass eine sehr unterschiedliche Umsetzung von Konzeption und Ausstattung, sei es der kommunalen Pflegeberatung, der Angebote der Pflegekassen oder – dort wo vorhanden – der Pflegestützpunkte, zwischen den Kommunen bestand (SoVD e. V. 2014). Obwohl im Rahmenvertrag „nach Start- und Erprobungsphase (31.12.2010)“ vorgesehen, konnte für NRW kein Evaluationsbericht zum Aufbau der PSP gefunden werden.

Exemplarisch vermitteln die Jahresberichte einiger PSP einen Eindruck der Arbeit. Am Beispiel der Stadt Mönchengladbach wurde deutlich, weshalb die Strukturen der Pflegestützpunkte in NRW im Vergleich zu anderen Bundesländern schwerer zu beurteilen sind: Beim Fachbereich Altenhilfe der Stadt Mönchengladbach ist die ‚Beratungsstelle Pflegen und Wohnen‘ seit 2010 angesiedelt und vom Land Nordrhein-Westfalen als zentraler Pflegestützpunkt der Stadt Mönchengladbach mit 13 dezentralen Außenstellen in den einzelnen Stadtgebieten akkreditiert. Die Beratungsstelle ist zwar ein PSP, trägt jedoch zwei Bezeichnungen. Dies liegt einerseits in den historisch gewachsenen und bereits etablierten Strukturen begründet und zum anderen in der Ablehnung gegenüber der Bezeichnung „Pflegestützpunkt“. Hinzu kommt die im Vergleich zu anderen Bundesländern in der Praxis gelebte konzeptionelle Verbindung der Wohn- und Pflegeberatungstätigkeit, deren Tätigkeiten sich auch im Namen widerspiegeln sollten. Im PSP der Stadt Mönchengladbach ist die Wohnberatung ein integrativer Bestandteil. Es sind jedoch nicht alle Pflege- und Wohnberatungsstellen zugleich PSP, was in der Praxis zu deutlichen Verwirrungen führt (Stadt Mönchengladbach 2016: 3).

Bezüglich der Umsetzung der **Koordinierung und Vernetzung** sah die Rahmenvereinbarung bereits erste konkrete Ansätze vor. Zur Sicherstellung der Zusammenarbeit sollten entsprechende Kooperationsvereinbarungen geschlossen und detaillierte Angaben in den jeweiligen Stützpunktverträgen geregelt werden. Dies galt z. B. für eine Kooperation mit den in NRW eingerichteten örtlichen Pflegekonferenzen als auch den Demenz-Servicezentren (RV NRW Abs. V).

Im Pflegestützpunkt der Stadt Mönchengladbach nahm die Kooperations- und Vernetzungsarbeit laut Jahresbericht einen großen Stellenwert ein. Dazu gehörten regelmäßige oder bedarfsorientierte Austauschtreffen mit verschiedenen Akteuren der Region (z. B. Fachbereich Soziales und Wohnen, Fachbereich Gesundheit, Psychosozialen Begleitung, Kommunale Konferenz Alter und Pflege, Krankenhaussozialdienste, etc.) sowie Kooperationen mit anderen Beratungsstellen in der „Arbeitsgemeinschaft örtlicher Beratungsstellen für ältere Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen“. Außerdem informierten sich die Beschäftigten regelmäßig über das aktuelle Angebot im Stadtgebiet (Stadt Mönchengladbach 2016: 8ff.).

Insgesamt wurden die Synergieeffekte in Folge der Integration der Wohnberatung in den Pflegestützpunkt von den Betroffenen sehr gut angenommen und als entlastend empfunden (ebd.: 11).

Im Bereich der **Qualitätssicherung** ließen sich bis auf überwiegend strukturelle Angaben keine konkreten Maßnahmen in der Rahmenvereinbarung identifizieren.

Der SoVD NRW bemängelte die bisherige Umsetzung der Anforderungen der Beratungsangebote (Beratung nach § 7 a) der Pflegekassen und der Pflegestützpunkte, da die Kassen zu wenig Fallmanagement durchführen würden und vorrangig zu gesetzlichen Ansprüchen beraten und informieren. Für die kommunalen Beratungsstellen war das Angebot eines Fallmanagements beispielsweise überhaupt nicht vorgesehen (SoVD e. V. 2014).

Insgesamt präsentiert sich NRW mit einer schwer überschaubaren Beratungslandschaft, die sich von Ort zu Ort sehr unterschiedlich ausgestaltet und letztlich dazu führt, dass „gute“ Beratung wohnortabhängig wird. Um dem entgegen zu wirken, bedarf es einheitlicher Qualitätsstandards, die bisher eher unzureichend und regional verschieden vorliegen.

2016 wurde von der Landesregierung ein Prozess zur Neuausrichtung der Pflegeberatung angestoßen mit dem Ziel, insbesondere die Transparenz zu den vielfältigen Beratungsangeboten für die Bevölkerung zu verbessern. Im Mittelpunkt steht die Etablierung eines „Kompetenznetzwerks Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung NRW“ (KoNAP NRW) - eine der eigentlichen Beratung vorgelagerte Informationsplattform. „Im Rahmen eines Modellprojekts mit einer Laufzeit von drei Jahren soll eine für NRW einheitliche Struktur geschaffen werden, die vor allem die Transparenz über bestehende Beratungsangebote schafft und pflegende Angehörige über Beratungsmöglichkeiten berät und so schnell und zielgenau zu passgenauen Angeboten vor Ort "lotst". Ferner soll das KoNAP aufgrund des zu erarbeitenden vollständigen Überblicks über die Beratungsstruktur Verbesserungs-

bedarfe aufzeigen, weitere Unterstützungsbedarfe herausarbeiten und darauf basierend entsprechende Impulse in die vorhandene örtliche Beratungsstruktur geben.“ (MGEPA 2016: 10).

Getragen wird KoNAP von der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e. V. in Kooperation mit der gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) und der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen Nordrhein-Westfalen e. V. (LAG Selbsthilfe NRW). Mittlerweile steht den Ratsuchenden ein Pflegewegweiser mit einer kostenfreien Rufnummer zur Verfügung ([www.pflegewegweiser-nrw.de](http://www.pflegewegweiser-nrw.de)). Das Internetportal zur „Online-Suche rund um die Uhr“ enthält eine Pflegedatenbank, in der man Postleitzahlenbezogen nach Beratungsstellen, haushaltsnahen Dienstleistungen und Pflegeselbsthilfe-Angeboten suchen kann.

#### 4.4.11 Rheinland-Pfalz

- ◆ Allgemeinverfügung: 01.07.2008
- ◆ Landesrahmenvertrag: 01.01.2009  
(neuer Landesrahmenvertrag seit 01.01.2016)

Auch in Rheinland-Pfalz (RH-Pf) wurden die bereits vorhandenen Beratungsstrukturen genutzt und zu PSP weiterentwickelt. Dies betraf die seit 1995 landesweit 135 vorhandenen Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen), angesiedelt bei bzw. in Trägerschaft ambulanter Dienste/Sozialstationen (einzelne zugelassene ambulante Pflegedienste oder mehrere zugelassene ambulante Pflegedienste in gemeinsamer Trägerschaft sowie Trägerverbände, denen mindestens ein zugelassener ambulanter Pflegedienst angehört). Heute sind diese integraler Bestandteil der PSP.

Eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung ist mit insgesamt 135 PSP, d. h. einem Pflegestützpunkt für rd. 30.000 Einwohner gegeben, so dass Rheinland-Pfalz im Bundesvergleich über die höchste Versorgungsdichte verfügt (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1).

Träger der Pflegestützpunkte in der jeweiligen Kommune sind zu gleichen Teilen die Pflege- und Krankenkassen, die Landkreise und kreisfreien Städte sowie das Land Rheinland-Pfalz. Als übergeordnetes Gremium wurde pro Landkreis/kreisfreie Stadt die Gründung einer **Kooperationsgemeinschaft** Pflegestützpunkte vorgesehen (§ 8 LRV RH-Pf alt). Auf regionaler Ebene wurden zwischen den Trägern der PSP und den Trägern der BeKo-Stellen Vereinbarungen über die Organisation der Pflegestützpunkte getroffen.

Die Entwicklung der BeKo-Stellen hin zu den Pflegestützpunkten basierte in Rheinland-Pfalz auf der gesetzlichen Grundlage des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG) aus dem Jahr 2005 sowie der Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes (LPflegeASG DVO). Das LPflegeASG zielte u. a. auf die Sicherstellung des Zugangs

zu den Angeboten durch eine flächendeckende Beratungsstruktur in den Pflegestützpunkten sowie die Bildung Regionaler Pflegekonferenzen in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt zur „Mitwirkung bei der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur, der Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und der Bildung kooperativer Netzwerke auf örtlicher Ebene“ (§ 4 LPflegeASG).

Im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (2008) wurden daraufhin der Landesrahmenvertrag sowie eine Vereinbarung über den Betrieb von PSP zwischen den Trägern der BeKo-Stellen und den Trägern der PSP geschlossen (Scholten 2016).

Weitere Umstrukturierungen folgten in den darauffolgenden Jahren auf Landesebene. Mit dem 01.01.2017 folgte beispielsweise eine neue Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASGDVO) mit zugehörig überarbeitetem Landesrahmenvertrag (seit Januar 2016 in Kraft) sowie einer neuen Betriebsvereinbarung (März 2017). Der neue Landesrahmenvertrag sieht die Gründung einer **Landesarbeitsgemeinschaft** vor, deren Aufgaben durch eine **Steuerungsgruppe** und eine Geschäftsstelle wahrgenommen werden sollen. Damit wurde die zuvor tätige „ständige Arbeitsgruppe Pflegestützpunkte“ abgelöst (Jung 2017: 11).

Die Steuerungsgruppe entscheidet nun über alle Fragen, die sich aus dem neuen Landesrahmenvertrag ergeben. Seit Einrichtung tagte diese einmal „(...) neben Informationen zur EDV in PSP und Geschäftsordnungsfragen erfolgte ein Beschluss, die alte Rahmenvereinbarung von 2009 – ehemaliger Musterstützpunktvertrag – aufzuheben sowie eine Projektgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“ sowie eine AG „Vorsitz Kooperationsgemeinschaften“ und „AG „Fachausschuss Pflegestützpunkte“ einzurichten“ (ebd.).

Zum 01.01.2017 änderte sich ebenfalls die Landesverordnung. In dieser sollen u. a. die Aufgaben der Fachkräfte aktualisiert und eine Anpassung der Regelungen zur personellen Ausstattung und den Qualitätsstandards umgesetzt werden (Scholten 2016). Zusätzlich war ab 2017 die Erweiterung der Kreise der möglichen Anstellungsträger um Trägerverbünde mit einem ambulanten Pflegedienst und ggf. anderen Trägerschaften (stationäres Angebot) oder Landkreise und kreisfreie Städte möglich.

Im Bereich der **Koordinierung und Vernetzung** war es beispielsweise laut Landesrahmenvertrag Aufgabe der bereits erwähnten Kooperationsgemeinschaften, nicht nur mit der regionalen Pflegekonferenz zusammenzuarbeiten, sondern auch dazu beizutragen, Netzwerke auf kommunaler Ebene zu bilden (§ 8 LRV RH-Pf).

Aus den Berichten einzelner PSP in Rheinland-Pfalz wurde deutlich, dass diese sehr engagiert sind, in der Mehrzahl in allen relevanten regionalen Netzwerken vertreten waren, bzw. sich sogar an der Initiierung von Netzwerken beteiligten (z. B. trägerübergreifendes Demenz-Netzwerk im Landkreis Alzey-Worms) (Horn *et al.*

2013: 9). Außerdem entwickelten die Beschäftigten der BeKo-Stellen beispielsweise eigene Angebote, wie den Beratungsführer Demenz für den Landkreis Alzey-Worms (ebd.: 7f.).

Zur **Qualitätssicherung** der Arbeit in den Pflegestützpunkten gab es nur wenige Regelungen im Landesrahmenvertrag. Verstärkt wurden Aspekte im Bereich der Strukturqualität angesprochen. Grundsätzlich lieferte die Vereinbarung über den Betrieb der PSP (VB) (Mustervertrag) konkretere Angaben und adressierte das Thema Qualitätssicherung direkt. Sie verpflichtet die Träger der PSP, auf Basis der Entscheidungen des Steuergremiums ein systematisches QM durchzuführen, regelmäßig die Ergebnisqualität zu evaluieren und dabei u. a. die Erkenntnisse der landesweiten Begleitforschung heranzuziehen.

Dem Jahresbericht der Arbeitsgemeinschaft der PSP zu Folge basierte die Beratungstätigkeit im Einzelfall auf den Grundlagen des Case-Managements, sodass zunächst ein Assessment zur Einschätzung der Situation des Klienten erstellt und dann ggf. weitere Maßnahmen eingeleitet werden (z. B. Hilfeplan). Dabei waren die Pflegestützpunkte trägerübergreifend tätig (Beyrowski-Krause *et al.* 2011: 19).

Bis zum Jahr 2011 konnte noch keine landesweit einheitliche Datenerfassung erfolgen, aufgrund einer fehlenden gemeinsamen Software. Hinzu kamen unterschiedliche Handlungsanweisungen der jeweiligen Anstellungsträger, wann und wie beispielsweise Beratungen dokumentiert und Versorgungspläne erstellt werden sollten. Anfang 2012 folgte die Einführung einer einheitlichen Software (für Rheinland-Pfalz angepasste Version von synCase) (ebd.: 20f.).

Mit der Einführung der neuen Steuerungsgruppe wurde ebenfalls eine „AG EDV Pflegestützpunkte“ gegründet, welche sich mit der Erstellung eines Pflichtenheftes für eine neue Software befasste sowie eine diesbezügliche Neuausschreibung. Die Bewerbungen sollen im Jahr 2018 bewertet werden (Jung 2017: 11). Die Ausführungen zeigen, dass die einheitliche Qualitätssicherung in Rheinland-Pfalz eine große Rolle spielt und entsprechende Voraussetzungen für ein einheitliches System geschaffen sind.

#### **4.4.12 Saarland**

- ◆ Allgemeinverfügung: 14.08.2008
- ◆ Landesrahmenvertrag: 01.01.2009

Alle acht Pflegestützpunkte im Saarland werden von allen im Land tätigen Pflege- und Krankenkassen, den jeweiligen Landkreisen bzw. dem Regionalverband Saarbrücken und dem Saarland gemeinsam getragen. Eine Kasse übernimmt dabei die Federführung eines Pflegestützpunktes. Die Verteilung der Pflegestützpunkte inklusive der federführenden Kasse ist in der Abbildung 11 dargestellt. Pro Landkreis bzw. Regionalverband erfolgte die Errichtung eines Pflegestützpunktes. Die Versorgungsdichte der PSP pro Einwohner liegt bei 1: 124.450 (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1). Unter Berücksichtigung der Personalstärke ist ein/e Beschäftigte/r im Pflege-

---



stützpunkt für rd. 25.000 Einwohner zuständig (vgl. Setz 2014: 9). Das im Rahmenvertrag festgelegte Ziel von drei Vollzeitstellen auf 100.000 Einwohner wird damit mehr als erreicht.

Abbildung 11: Regionale Verteilung und Trägerschaft der Pflegestützpunkte im Saarland (Stand 2018)



Quelle: Lang 2011

Im Saarland gingen die Pflegestützpunkte, vergleichbar mit Rheinland-Pfalz, aus den seit den 90er Jahren bestehenden BeKo-Stellen hervor. Teilweise gab es im Saarland vor der Gründung der Pflegestützpunkte in den Landkreisen sogar mehrere BeKo-Stellen, z. T. bei Wohlfahrtsverbänden oder den Landkreisen angesiedelt. Seit Beginn der Einrichtung der PSP im Jahr 2008 wurden die bestehenden Verträge mit den Verbänden gekündigt und die Beraterinnen und Berater wechselten teilweise in die PSP (GKV-SV 2012: 274).

Die Pflegestützpunkte im Saarland werden auch von der Landesregierung gefördert. Die dauerhafte Mitfinanzierung ist im Gesetz zur Planung und Förderung von Angeboten für Hilfe-, Betreuungs- oder pflegebedürftige Menschen (Saarländisches Pflegegesetz) geregelt (Lang 2016: 4f.).

Die Träger bilden auf Kreisebene eine **Kooperationsgemeinschaft** (BGB-Gesellschaft) (§ 3 LRV Saarland). Die Führung der PSP erfolgt jeweils durch einen Kooperationsausschuss. Dieser ist u. a. verantwortlich für die Festlegung

- a) von konzeptionellen Grundsätzen,
- b) einer Geschäftsordnung,

c) der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten und

d) von Grundsätzen der Öffentlichkeitsarbeit.

Die Geschäftsführung hat die Führungsverantwortung (Fachaufsicht) für alle Pflegeberaterinnen und -berater und ist an die Beschlüsse des Kooperationsgremiums gebunden (§§ 9 – 11 LRV Saarland). Die Dienstaufsicht verbleibt beim jeweiligen Anstellungsträger. Diese Regelung wurde seitens der Beschäftigten als sehr nachteilig und unübersichtlich beurteilt (Der Pflegebeauftragte 2017: 30).

Im saarländischen Rahmenvertrag wurde bezüglich der **Qualitätssicherung** zwar explizit auf die Vereinbarung von Verfahren zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verwiesen. Konkretere Angaben, außer z. B. die Anwendung einer einheitlichen Software bzw. die jährliche Berichterstattung, wurden jedoch nicht gemacht.

Aus dem Bericht des PSP St. Wendel geht hervor, dass dort u. a. Fallmanagement durchgeführt wird. Dazu gehört ein detailliertes Eingangs-Assessment, eine Hilfeplanung und -organisation, die Beantragung von Leistungen, die Ermutigung zur Selbsthilfe sowie psychosoziale Reflexion zur Entlastung. Die Begleitung ist dort kontinuierlich und längerfristig angelegt und beinhaltet in der Regel einen komplexen Vermittlungs-, Koordinierungs-, Dokumentations- und Steuerungsaufwand (meist Tangierung von vier bis fünf Rechtsbereichen sowie ca. zehn Leistungsanbietern) (Setz 2014: 18). Diese Prozesse wurden durch eine EDV-basierte Dokumentation (synCase) unterstützt (ebd.: 14).

Laut dem 2. Bericht des Pflegebeauftragten des Saarlandes 2017 monierten Beschäftigte verschiedener PSP im Saarland, dass trotz EDV-basierter Arbeitsweise häufig eine unterschiedliche Dokumentation der Fälle erfolgte. In diesem Zusammenhang stellte das fehlende einheitliche Verständnis der Begrifflichkeiten „Information“, „Beratung“ und „Fallmanagement“ jedoch das größere Problem dar. Dies wurde beispielsweise seitens der Beschäftigten der PSP sehr unterschiedlich beantwortet und lässt darauf schließen, dass auch qualitativ sehr unterschiedlich beraten wird. Darüber hinaus entwickelten sich ebenso unterschiedliche Philosophien und Qualitätsstandards in den einzelnen PSP. Diese hingen oft von dem jeweiligen Geschäftsführer ab und änderten sich, wenn derjenige wechselte (Der Pflegebeauftragte 2017: 30).

Ebenfalls bemängelt wurde die Öffentlichkeitsarbeit. Es fehlte an einem einheitlichen Konzept und Auftreten, obwohl viele Vernetzungsaktivitäten und öffentlichkeitswirksame Auftritte stattfanden (ebd.: 31).

Da der PSP St. Wendel 2008 als Modellprojekt gestartet und im darauffolgenden Jahr als Regelangebot eingeführt worden ist, lassen sich die Umsetzung der **Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben** an diesem exemplarisch erläutern.

In den ersten Jahren nach Einführung des Pflegestützpunktes fiel auf, dass es dort nicht nur gelungen war, die langjährige Erfahrung der bisherigen BeKo-Beschäftig-

ten in den Stützpunkt zu integrieren, sondern diese auch im Rahmen eines Gesamtkonzepts und einheitlicher Prozesse gemeinsam mit den von den Kassen entsandten Beschäftigten zu einem neuen Angebot zusammenzuführen (GKV-SV 2012: 276).

Nach fünf Jahren erfolgreicher Arbeit im PSP St. Wendel ließ sich resümieren, dass die Pflegeberaterinnen und -berater zu den bekannten Ansprechpartnern für Betroffene sowie alle anderen Akteure der Region zählten (Pflegedienste, Ärzteschaft, Krankenhäuser, Apotheken, etc.). Die Zuständigkeit wurde gemeindebezogen organisiert, sodass ein Pflegeberater für einen Versorgungsbereich von rd. 25.000 Einwohnern zuständig war. In diesem wurden alle Akteure aufgesucht und ggf. Abläufe zur Zusammenarbeit vereinbart. Daraus entstanden im Landkreis St. Wendel enge Kooperationen u. a. mit Akut- und Rehakliniken, dem regionalen SAPV-Team, dem ambulanten und stationären Hospiz sowie mit Ämtern und der Ehrenamtsbörse des Landkreises (Setz 2014: 13f.). Die Kooperationen entwickeln sich stetig hin zu einer kontinuierlichen Zusammenarbeit. Der PSP St. Wendel wurde von den Menschen im Landkreis gut angenommen. Zu zwei Dritteln fand die Beratung in der Häuslichkeit statt (Lang 2016: 4.).

Was bisher in St. Wendel recht gut funktioniert, trifft jedoch nicht auf alle Regionen zu. So fühlten sich viele Pflegeberaterinnen und -berater in ihrem Zuständigkeitsbereich mit der „Gestaltung einer kooperierenden und integrierenden Versorgungsstruktur“ überfordert. Gleichermaßen fehle es an einem professionellen Engagement bei der Verbesserung lokaler Versorgungsstrukturen seitens der in den Regionen tätigen Akteure (Zusammenarbeit von Kranken- und Pflegekassen, niedergelassenen Ärzten, Kliniken sowie u. a. dem Sachgebiet „Hilfe zur Pflege“). Die Kooperationsgemeinschaften - als Entscheidungsgremien der PSP - traten hier bisher noch nicht nachdrücklich in Aktion. Zudem kooperierten die Kranken- und Pflegekassen noch nicht konsequent genug mit den PSP und verwiesen daher auch eher „zögerlich“ auf die PSP (Lang 2016: 5f.).

Zusammengefasst lässt sich schließen, dass die zu Beginn vorhandenen Doppelstrukturen (z. B. Senioren- und Behindertenberatung) im Saarland entweder eingestellt oder in die PSP integriert wurden. Beispielhaft konnte ein PSP dargestellt werden, indem gute Strukturen im Bereich der Koordinierung und Vernetzung aufgebaut wurden. In anderen PSP scheinen diesbezüglich noch Verbesserungspotentiale zu bestehen.

#### **4.4.13 Schleswig-Holstein**

- ◆ Allgemeinverfügung: 17.10. 2008
- ◆ Rahmenvertrag: 01.07.2009

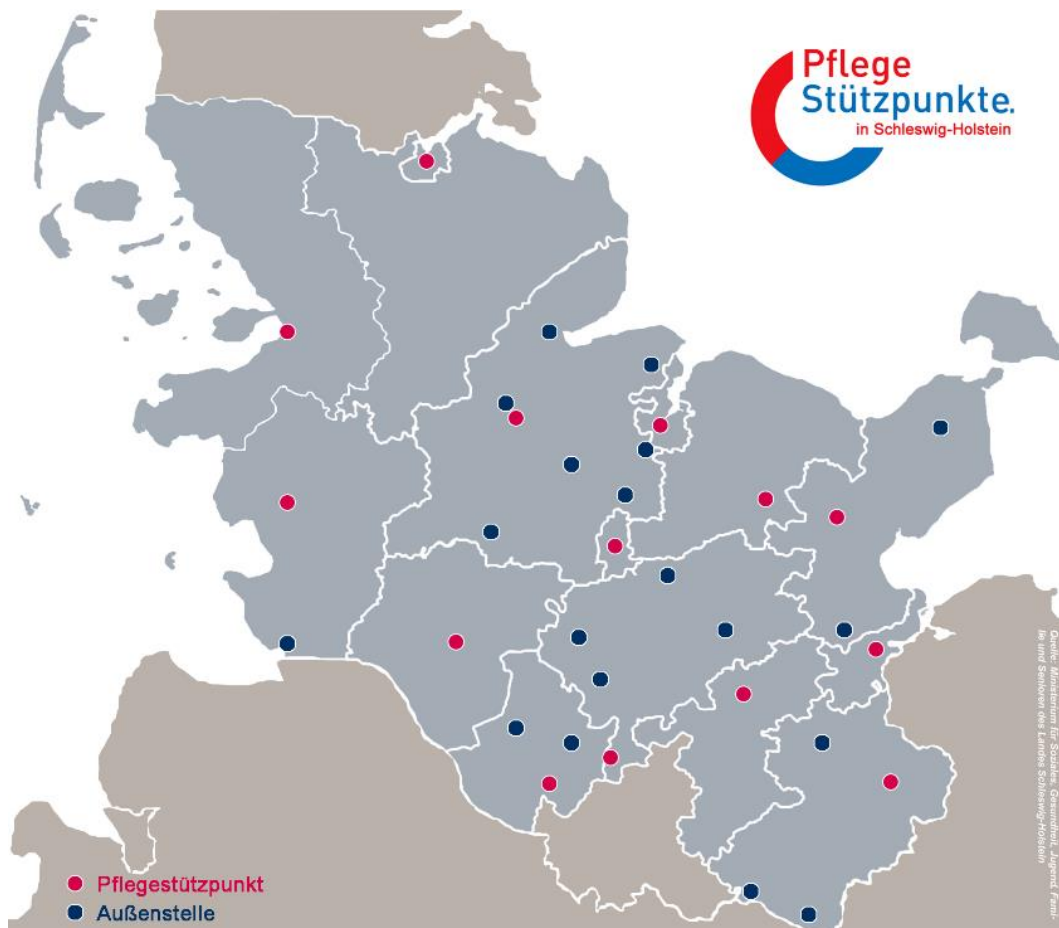
Ein flächendeckendes Netz mit jeweils einem PSP pro Kreis/kreisfreier Stadt wird auch in Schleswig-Holstein (SH) angestrebt, wobei die Entscheidung zur Beteiligung an der Errichtung eines PSP dem jeweiligen Kreis/kreisfreie Stadt obliegt. Die

---

bereits seit 2001 vorhandenen acht trägerunabhängigen Beratungsstellen, entstanden im Rahmen des Maßnahmenkonzepts der Pflegequalitätsoffensive des Sozialministeriums, wurden bei der Errichtung berücksichtigt und zu PSP weiterentwickelt (AV SH).

Seit 2008 wurden insgesamt 13 PSP (rot) sowie jeweils dazugehörige 19 Außenstellen (blau) realisiert (vgl. Abbildung 12). Eine flächendeckende Versorgung (mind. 15 PSP) ist damit noch nicht ganz erreicht. Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt bei 1: 219.901 Einwohnern (vgl. Tabelle 2 im Abschnitt 4.1).

Abbildung 12: Verteilung der Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein (Stand 2018)



Quelle: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein 2018a

Gemeinsame Träger der PSP sind die Pflege- und Krankenkassen und die jeweiligen Kreise und kreisfreien Städte (bei positiver Entscheidung).

Eine halbe Personalstelle zur **Koordinierung** sollte in der Aufbauphase der PSP bis Ende 2010 u. a. Unterstützung bei der Aufstellung von Beratungsstandards und deren Umsetzung und bei der Umsetzung von Vorgaben zur Qualitätssicherung leisten sowie die Zusammenarbeit der PSP mit dem PflegeNotTelefon koordinieren (§ 4 RV SH).

Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Bundesländern besteht in Schleswig-Holstein darin, dass per Rahmenvertrag ausschließlich das Care-Management als Aufgabe der PSP betrachtet wird. Definiert wird das CrM dort wie folgt: „Oberbegriff und Überbau aller Management-Strukturen. CrM erarbeitet neue Strukturen und Angebote, erarbeitet und aktualisiert übergreifende Netzwerke etc. (Schwerpunkt Stützpunktaufgabe)“ (RV SH Anlage 1). Dementsprechend fungieren die PSP in ihrem Einzugsbereich nur als Anlauf- und Koordinierungsstelle und leiten Betroffene, die einen Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben, an die Pflegeberater der Pflegekassen weiter, die per Rahmenvertrag ausschließlich dafür zuständig sind. Sie übernehmen das „umfängliche Einzelfall-Management bei (voraussichtlichem) Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung (...) Bei gleichzeitigem Anspruch auf Leistungen nach SGB XI und SGB XII kann auf Wunsch des kommunalen Trägers die Verantwortlichkeit für das Case-Management regional vereinbart werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden“ (RV SH Anlage 1).

Die folgende Tabelle 6 gibt nochmals eine zusammenfassende Übersicht über die Aufgabenverteilung. Aufgaben, die von beiden Seiten wahrgenommen werden, sind: Psychosoziale Betreuung, Motivation/Förderung der Compliance der Klienten, Beschwerde- und Krisenmanagement.

Weitere konkrete Angaben bezüglich der **Qualitätssicherung** gingen bis auf wenige strukturelle Angaben aus dem Rahmenvertrag nicht hervor.

Die Beratungstätigkeiten der PSP in Schleswig-Holstein werden durch ein landesweit einheitliches Dokumentationssystem - KIM (Klienten-Informations-Manager) - erfasst (Hagelstein 2017: 4).

Aus verschiedenen PSP-Sachberichten konnte entnommen werden, dass **Kooperationen und Vernetzungstätigkeiten** mit potentiell relevanten Akteuren der jeweiligen Regionen (z. B. PflegeNotTelefon, Sozialdienste, Ärzten, Betreuungsbüros, Praxisnetz, ambulante und stationäre Leistungserbringer) in den vergangenen Jahren zugenommen haben, aber weiterhin der Erweiterung bedürfen. Die Beraterinnen und Berater der PSP pflegten die Kontakte zu den Leistungserbringern und Akteuren der Region, suchten neue Angebote auf, pflegten eine umfassende Datenbank über die Pflege- und Hilfeinfrastruktur im Kreisgebiet. Ein Austausch mit anderen PSP und den überörtlichen Trägern in Schleswig-Holstein sowie die Teilnahme an verschiedenen Arbeitskreisen erfolgten regelmäßig. Unterdessen wurde auch durch pflegeferne Einrichtungen an die PSP verwiesen. Andererseits monierten die PSP, dass es sich zunehmend schwieriger gestaltete, den Anforderungen mit dem derzeit vorhandenen Personalschlüssel von zwei Vollzeitstellen zzgl. einer 0,5 Stelle für Verwaltung gerecht zu werden (Wenglowski 2014: 44; Hagelstein 2017: 3f.).

---

Tabelle 6: Übersicht der Aufgabenverteilung zwischen den PSP und der Pflegeberatung

Pflegestützpunkt (§ 92 c)	Pflegeberatung (§ 7a)
Kommunikation und Kooperation	
Grundlagenarbeit und Initiativen für das regionale Care-Management.	Case-Management bei (voraussichtlichem) Anspruch auf SGB XI-Leistungen.
Prävention im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge	Individuelle und vollumfängliche Einzelfallberatung und Einzelfallbegleitung
Beratung zu allgemeinen Fragen hinsichtlich Alter, Pflege und Unterstützung (Bsp. offene Altenhilfe)	Hilfeplanerstellung (inkl. Fallkonferenz) Hilfeplanevaluierung und ggf. Hilfeplananpassung
Allgemeine Situationsklärung in der Alltagsbewältigung	Organisieren unterstützender Maßnahmen Incl. Antragstellungen (Bsp. Wohnraumanpassung.)
Erste Beratung des Klienten zu den Möglichkeiten in seinem speziellen Fall, ggf. incl. <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Antragsstellungen</li> <li>◆ Wohnraumberatung</li> </ul> (Erste Beratung erfolgt im Pflegestützpunkt oder durch Hausbesuch)	Organisieren ergänzender Hilfen
Überleitung	
Rückkopplung zum Care-Management	
Öffentlichkeitsarbeit	
Einbindung des Ehrenamtes/ Selbsthilfegruppen	

Quelle: Eigene Darstellung IGES (auf Grundlage von RV SH, Anlage 1).

Insgesamt ist die Inanspruchnahme der Leistungen der PSP über die letzten Jahre (stark) angestiegen. Dies traf allerdings vermehrt auf die direkten Einzugsgebiete der PSP zu und führte zu der Konsequenz, dass die Arbeit der PSP auf abseits liegende Gemeinden ausgeweitet werden müsse (Hagelstein 2017: 10).

#### 4.4.14 Thüringen

- ◆ Allgemeinverfügung: 01.05.2010
- ◆ Kein Landesrahmenvertrag

In der Allgemeinverfügung wurden vier Planungsregionen entsprechend der Landesregionenverordnung (LRegVO) bestimmt, in denen die Kranken- und Pflegekassen in strukturell unterschiedlichen Gebieten zunächst jeweils einen PSP errichten

sollten, um den Bedarf und Nutzen einzuschätzen. Der Pilotstützpunkt in Jena wurde dauerhaft in einen Pflegestützpunkt umgewandelt. Zwei weitere haben in Nordhausen (2011) und später im Kyffhäuserkreis ihre Arbeit aufgenommen (vgl. Abbildung 13). Die Versorgungsdichte der PSP bezogen auf die Einwohnerzahl liegt damit bei 1: 723.570 Einwohner (vorletzter Platz, vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 4.1).

Abbildung 13: Verteilung der Pflegestützpunkte in Thüringen (Stand 2018)



Quelle: IGES

Träger der PSP sind hier ebenfalls die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit dem jeweiligen Landkreis/kreisfreie Stadt.

In Thüringen wurde die Arbeit der PSP im Zeitraum 2011 bis 2013 durch Morgenstern *et al.* (2014) evaluiert. Die PSP befanden sich zu dem Zeitpunkt noch in der Aufbauphase, weshalb nur die beiden PSP in Jena und Nordhausen in die Studie eingeschlossen wurden.

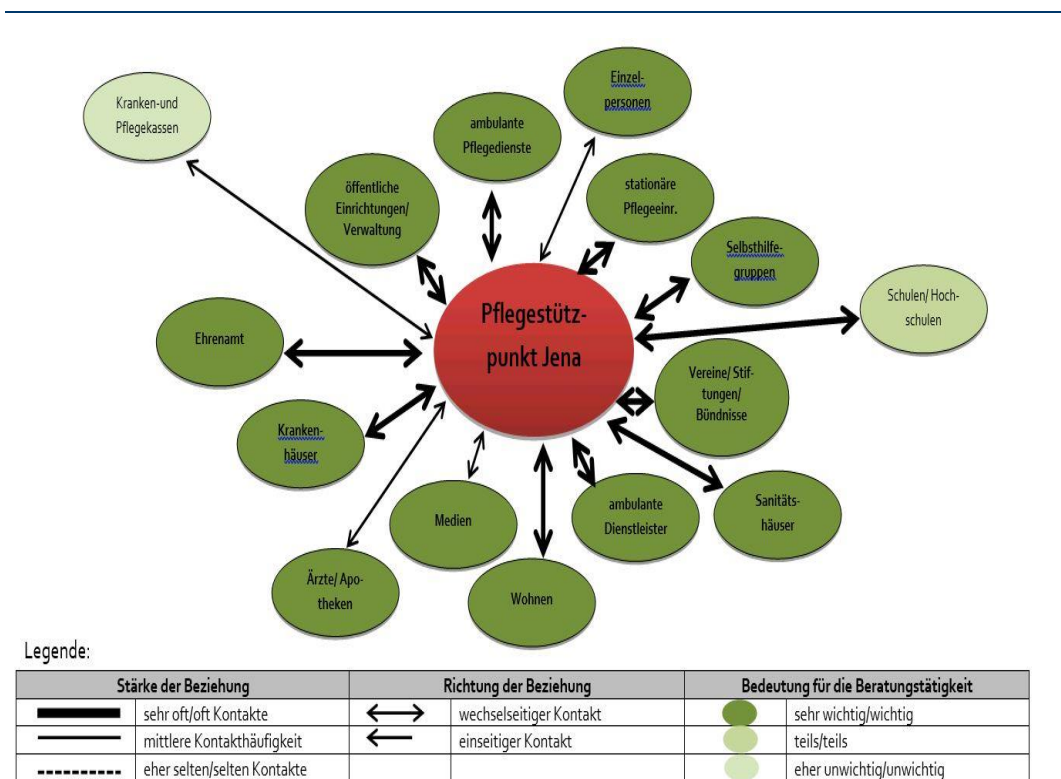
Da Thüringen über keinen Landesrahmenvertrag verfügt, existieren kaum konkrete Vorgaben zur Errichtung der PSP. Durch die sehr frühe Evaluation gab es beispielsweise bezüglich der Einführung und Umsetzung von **Qualitätssicherungsmaßnahmen** noch keinerlei Erkenntnisse.

Zur Dokumentation wurde zu dem Zeitpunkt noch eine Excel-Maske genutzt und erst im Rahmen der Evaluation unterschiedliche Softwaresysteme getestet (Morgenstern *et al.* 2014: 24f., Anlage 4: 3ff.). Zudem wurden zu Beginn zwei Beratungsarten dokumentiert: kurze Informationsgespräche (< 5 min) sowie lange ausführliche Beratungen (ebd.: Anlage 2: 40).

In Folge der zeitlich unterschiedlichen Realisierung der PSP befanden sich diese auf einem unterschiedlichen Entwicklungsstand und setzten dementsprechend unterschiedliche Prioritäten bezüglich weiterer Ziele. Während in Jena eher qualitätssichernde Aspekte für die zukünftige Arbeit im Vordergrund standen, war es in Nordhausen das Voranbringen der regionalen Vernetzung (ebd.: 8 ff.).

Die Autoren der Studie kamen zu der Einschätzung, dass die **Vernetzung** mit verschiedenen Partnern im Bereich Pflege und Betreuung bei beiden PSP bereits weit ausgebaut war. Beide PSP hätten gute Ideen für die weitere Entwicklung dieses Arbeitsfeldes, deren Umsetzung sich jedoch aufgrund knapper personeller Ressourcen zum Teil schwierig gestaltete. Für beide PSP wurde jeweils eine detaillierte „Netzwerkkarte“ erarbeitet (ein Beispiel siehe Abbildung 14). Diese enthält die wichtigsten Netzwerkpartner sowie pro Partner eine Einschätzung von dessen Bedeutung für die Beratungstätigkeit sowie zur Qualität der Beziehung nach Häufigkeit der Kontakte und Richtung der Beziehung (wechselseitig oder einseitig).

Abbildung 14: Netzwerkkarte des Pflegestützpunktes Jena



Quelle: Morgenstern *et al.* 2014: 13



Der Evaluation zufolge wurde deutlich, dass die beiden PSP bereits zum damaligen Zeitpunkt zu einem wichtigen und notwendigen Ansprechpartner der Pflege Landschaft geworden sind. Die Errichtung weiterer PSP wurde als wichtig und notwendig erachtet, um den steigenden Beratungsbedarf langfristig decken zu können. Eine Bedarfsermittlung ergab in drei der 23 Thüringer Landkreise/kreisfreien Städte einen sehr hohen, rechnerisch ermittelten Bedarf für die Einrichtung weiterer PSP (Landkreis Altenburger Land, Landkreis Greiz, Stadt Gera). Mit der Stadt Eisenach würde sich die Anzahl der Landkreise/kreisfreien Städte auf vier erhöhen (ebd.: Anlage 5: 10). Trotz dieser Erkenntnisse wurden bisher keine weiteren PSP in Thüringen realisiert.

#### **4.5 Fazit der Literaturrecherche zu Evaluationen der Pflegestützpunkte**

Die Pflegestützpunkte verstehen sich in erster Linie als Beratungsstellen. Die Aufgabenerfüllung in den Bereichen Information, Auskunft und Beratung, insb. die Durchführung der Beratungen nach § 7 a SGB XI, standen in den Evaluationen im Vordergrund, mit den Themen Zielgruppen, Erreichbarkeit, Beratungsanlässe und -themen, Häufigkeit der Inanspruchnahme, Beratungsumfang und -qualität, Zufriedenheit der Klienten mit dem Beratungsergebnis etc.

Dies dürfte unter anderem der Tatsache geschuldet sein, dass die meisten Studien im Zeitraum 2011 bis 2013 entstanden und ihr Fokus auf der Bewertung des (erfolgreichen) Aufbaus der Pflegestützpunkte lag. Die Aufgabe der Koordinierung und Vernetzung der regionalen Versorgungsstrukturen wird in den meisten Studien angesprochen, meist jedoch auf Öffentlichkeitsarbeit und Kontaktaufnahme zu anderen Akteuren reduziert und in der Regel als ausbaufähig bewertet. Auch dies dürfte auf den relativ frühen Zeitpunkt der meisten Studien zurückzuführen sein, zu dem die Aufbauphase der PSP noch nicht ganz abgeschlossen war.

Überall dort, wo die PSP auf Vorgängerstrukturen aufbauen konnten bzw. wo vorhandene, meist kommunale Beratungsstellen (einschl. des Personals) integriert wurden, ist die Vernetzung über den Bereich der Pflege hinaus ausgeprägter. D. h. die PSP profitierten von den Anstrengungen in der Vergangenheit. Das führte nach Ansicht mehrerer Evaluatoren teilweise dazu, dass die PSP zu wenig Eigeninitiative bei der Weiterentwicklung der Strukturen zeigten und keine aktiven Impulsgeber waren, sondern sich auf die passive Teilnahme an Netzwerktreffen etc. beschränkten.

Hinsichtlich der Erfassung der für die Klienten regional verfügbaren Unterstützungsangebote kann zwischen vertraglichen und formellen Anbietern (insbesondere den Erbringern von Leistungen auf der Grundlage von SGB V und XI) sowie den Anbietern informeller und niedrigschwelliger Hilfen unterschieden werden (z. B. Ehrenamtliche, Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen, Vereine). Wie gut der Zugang der Pflegeberatung zum vorhandenen Netz von Unterstützungsange-

boten und deren Gestaltung im Sinne eines Care-Managements gelingt, ist abhängig vom Einzugsbereich der Pflegestützpunkte und deren personeller Ausstattung sowie deren Vorerfahrung.

Die meisten Kooperationen zwischen Pflegestützpunkten und anderen Akteuren basieren nicht auf systematisierten Abstimmungsprozessen, sondern auf persönlichen Kontakten und vertraglich nicht geregelten Absprachen (Joost und Metznerath 2012: 99). Während manche Pflegestützpunkte sich intensiv um die Einbeziehung von Dritten in die Beratung bemühen und sich auch inhaltlich anderen, im konkreten Fall relevanten Themen öffnen, beschränken andere PSP ihre Beratung weitgehend auf eine Beratung zu Antragsverfahren bei der Pflegekasse (GKV-SV 2012: 312).

Die vom Gesetzgeber (PfwG 2008) hervorgehobene Beteiligung der Träger der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege wird nicht überall umgesetzt. Fehlt diese, kommt es auch nicht zur systematischen Zusammenarbeit und Abstimmung von Pflegekassen und Sozialhilfeträgern bei der Verbesserung der Versorgungsangebote und -strukturen. Auch die Beteiligung der vielen weiteren im Gesetz genannten Akteure an den PSP wird in den wenigsten Fällen umgesetzt. Es werden lediglich anlassbezogen Dritte hinzugezogen, Informationsmaterial ausgelegt und der Aufbau ehrenamtlicher Strukturen unterstützt (Mickley 2016: 73).

Vieles deutet darauf hin, dass eine systematische Vernetzung und Koordination von Versorgungsstrukturen und Beratungsangeboten sowie deren Weiterentwicklung in den Pflegestützpunkten kaum umgesetzt wird (ebd.: 74). Es wird allerdings in den Evaluationsberichten an dieser Stelle immer wieder betont, dass eine intensivere Aufgabenerfüllung mit den derzeitigen Ressourcen (insb. Personal) auch kaum leistbar wäre.

Die Länder haben in unterschiedlicher Weise in ihren Rahmenverträgen Gremien vorgesehen, von Runden Tischen über Lenkungs- und Steuerungsgremien bis zu Koordinierungsausschüssen. Diese Orte scheinen in unterschiedlicher Weise mit „Leben“ erfüllt zu sein. Wenn sie genutzt werden, werden in den entsprechenden Gremien unterschiedliche Auffassungen, Interessengegensätze und Konflikte sichtbar, die ausgetragen werden müssen. Die Aufgabe der Pflegeberatung braucht für ihre Implementation auf der Landesebene Orte, an denen um eine effiziente Gestaltung eines aufeinander bezogenen Care- und Case Management gerungen und Verständigung erzielt wird (GKV-SV 2012: 204).

Folgende Erkenntnisse waren für die in der vorliegenden Untersuchung geplante Befragung von Bedeutung:

- ♦ Die Aufgabenerfüllung durch die PSP (alle Aufgaben gem. § 7 c Abs. 2 SGB XI) ist abhängig von den jeweiligen Strukturen der PSP in Bezug auf die Trägerschaft, die Dienst- und Fachaufsicht für die Pflegeberater, die Größe des Einzugsgebietes und die Personalausstattung sowie die Qualifikation und Vorerfahrung der Beschäftigten.

- ◆ Weiterhin ist die Aufgabenerfüllung hinsichtlich der Koordinierung und Vernetzung abhängig vom Verständnis des Beratungsumfangs in den PSP im Gegensatz zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, d. h. ob diese uneingeschränkt von allen Beschäftigten in den PSP zu leisten ist oder nicht.
- ◆ Auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung spielt die Frage der Dienst- und Fachaufsicht eine entscheidende Rolle. In mehreren Berichten wurde darauf hingewiesen, dass infolge uneinheitlicher Zugehörigkeiten unterschiedliche Dokumentationssysteme und Weiterbildungsmaßnahmen greifen, was die Qualitätssicherung erschwert.

Aus der bisherigen Analyse geht hervor, dass die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in den einzelnen Bundesländern mit Blick auf die Pflegestützpunkte wie folgt geregelt ist:

Tabelle 7: Übersicht zu den Regelungen zur Durchführung der Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI nach Bundesländern

Bundesland*	Aufgaben der PSP
Baden-Württemberg	Kooperationsvereinbarung 2008: Verweis auf Aufgaben nach § 92 c SGB XI sowie Hinweis, dass im PSP keine Leistungsentscheidungen getroffen werden. „Gelebte Praxis“: PSP erbringen auch Case-Management, Kranken- und Pflegekassen werden i. d. R. erst bei Leistungsentscheidungen hinzugezogen (Tebest 2017)
Bayern	RV 2009, Konzept: „Definition zur Übergabe an Pflegeberater nach § 7 a SGB XI - Sollte es sich in der Beratungssituation („PSP organisiert“) ergeben, dass zwei oder mehrere Maßnahmen durch einen Pflegeberater organisiert werden müssen (auch Einbindung Dritter) und ein zweiter Kontakt zum Klienten notwendig ist, muss eine Fallübergabe an den zuständigen Pflegeberater erfolgen.“ Praxis: PSP-Mitarbeiter dürfen keine Hausbesuche machen, die Beratung der PSP erstreckt sich auch auf Fallsteuerung und Versorgungsplanung.
Berlin	Landesrahmenvertrag 2009, Anlage Mustervertrag: Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI wird in den PSP persönlich durch Pflegeberater der Kassen erbracht. Mitarbeiter der landesseitigen PSP gewährleisten eine Pflegeberatung im Sinne des § 7 a für Personen, die nicht gem. § 7 a SGB XI anspruchsberechtigt sind (...) im Rahmen der gemeinsamen Sprechstunden mit den Beratern der Kassen. Praxis: Auch in den landesseitigen PSP findet durch alle Berater „komplexe Beratung“ im Sinne von Fallmanagement statt.
Brandenburg	PSP-Konzept des Landesministerium 2009: Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI soll im Pflegestützpunkt angesiedelt werden. Unterscheidung zwischen Pflegeberatung (Fallmanagement) und Sozialberatung (Systemmanagement). Praxis: FM werde nur selten angewandt, da die PSP vor allem Auskünfte erteilen und Erstberatung durchführen (Ruschmeier 2011).

Bundesland*	Aufgaben der PSP
Bremen	RV 2009: „Es ist sicherzustellen, dass Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Pflegestützpunkt in Anspruch genommen werden kann. (...) Die Personalkosten für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI tragen die Kranken- und Pflegekassen.“
Hamburg	RV 2009: „Die Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI (...) ist von den Pflege- und Krankenkassen soweit wie möglich in die Pflegestützpunkte zu integrieren. (...) [sie] erfolgt durch die Pflegeberaterinnen und -berater (...) der Pflegekassen in enger Kooperation mit (...) Mitarbeitern der jeweiligen Bezirksämter.“
Hessen	RV 2009: Beratung nach § 7 a SGB XI erfolgt durch die Pflegeberater der Pflegekassen in deren Geschäftsstellen oder zusätzlich zu den genannten Aufgaben in den PSP.
Mecklenburg-Vorpommern	RV 2010: Verweis auf Aufgaben nach § 92 c SGB XI sowie Hinweis, dass im PSP keine Leistungsentscheidungen getroffen werden, personelle Ausstattung der PSP schließt Pflegeberater gem. § 7 a SGB XI ein
Niedersachsen	RV 2009: „Die Pflegekassen führen auf Initiative des Pflegestützpunktes Pflegeberatungen im Sinne des § 7 a SGB XI durch. Diese können auch im Stützpunkt erfolgen. (...) Grundsätzlich ist eine dauerhafte Abstellung von Personal der Kranken- und Pflegekassen an die Pflegestützpunkte nicht vorgesehen.“
Nordrhein-Westfalen	RV 2009: „Die Beratung gem. § 7a SGB XI ist soweit wie möglich integraler Bestandteil der Arbeit von Pflegestützpunkten. (...) [Sie] erfolgt durch die Pflegeberaterinnen und -berater der Kranken-/Pflegekassen in enger Kooperation mit den .... Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Kommune, sofern die Kassen diese Aufgabe nicht auf Dritte übertragen.“
Rheinland-Pfalz	RV 2009: „Die Träger der Pflegestützpunkte stellen sicher, dass in den Pflegestützpunkten neben den Fachkräften der Beratungs- und Koordinierungsstellen weitere geeignete und entsprechend qualifizierte Fachkräfte in der erforderlichen Anzahl zur Verfügung stehen, damit das Angebot eines Pflegestützpunktes nach § 92 c SGB XI einschließlich der Pflegeberatung vorgehalten und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zeitnah und umfassend wahrgenommen werden kann.“ Weiterhin wird bestimmt, dass die Träger der PSP je zur Hälfte die Kosten der PSP tragen und: „Die Personal- und Sachkosten für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bleiben hiervon unberührt.“
Saarland	RV 2009: „Beratung nach § 7 a SGB XI und nach § 11 SGB XII wird in der Verantwortung der jeweiligen Pflegekassen bzw. der Sozialhilfeträger in deren Geschäftsstellen erbracht oder zusätzlich zu den genannten Aufgaben in den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen erbracht. Soweit die Beratung nach § 7 a SGB XI bzw. § 11 SGB XII in den Pflegestützpunkten/Beratungs- und Koordinierungsstellen erbracht wird, ist sie gleichgewichtig von den jeweiligen Leistungsträgern sicherzustellen.“
Schleswig-Holstein	RV 2009: PSP ist Anlauf- und Koordinierungsstelle und arbeitet eng mit den Pflegeberatern zusammen, Pflegeberater (der Kassen) übernehmen das Einzelfall-Management, Trennung der Aufgaben von PSP (gem. § 92 c Care-Management) und Pflegeberatung bzw. Case-Management (gem. § 7 a)

---

Bundesland*	Aufgaben der PSP
Thüringen	Allgemeinverfügung 2010: „Ziel der Pflegestützpunkte soll eine gemeinsame Koordinierung und Steuerung von Leistungen und Hilfsangeboten sein, um eine an den individuellen Bedürfnissen pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen ausgerichtete Beratung und Betreuung wohnortnah zu ermöglichen und präventiv auf die im § 3 SGB XI festgeschriebene Forderung „ambulant vor stationär“ hinzuwirken.“

---

Quelle: IGES. \* Nur Bundesländer mit Pflegestützpunkten.

Diese bundeslandspezifischen Ausgestaltungen der Aufgabenverteilung im Hinblick auf die Beratung gem. § 7 a SGB XI zwischen den PSP und den Pflegekassen wirkt sich auf sämtliche Aspekte der Arbeit in den PSP aus, und ist daher bei der Interpretation der Befragungsergebnisse zu beachten.

---

## 5. Befragung der Pflegestützpunkte

### 5.1 Vorgehen bei der Fragebogenerstellung

Um die Aufgabenerfüllung der Koordinierung und Vernetzung sowie von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Pflegestützpunkten der einzelnen Bundesländer zu untersuchen, wurde auftragsgemäß eine Befragung der Pflegestützpunkte durchgeführt.

Als Input für die Entwicklung des Fragebogens wurde ein Fokusgruppenworkshop mit Experten aus der Praxis und den Ländern durchgeführt (17. Juli 2017). Ein Pre-Test des Fragebogens erfolgte mit Unterstützung der Pflegekassen in zwei unterschiedlichen Regionen (AOK Nordost und vdek Saarland). Die finale Version wurde dann als Online-Befragung umgesetzt.

Im Vorfeld der Befragung wurden sowohl die zuständigen 14 Landesministerien (ohne Sachsen und Sachsen-Anhalt) als auch die Verbände der Pflegekassen und Kommunen über das Vorhaben informiert und um Unterstützung bei der Ansprache der Pflegestützpunkte gebeten. Mit Ausnahme von Baden-Württemberg erfolgte dies in allen beteiligten Bundesländern mittels eines Begleitschreibens des Ministeriums an die PSP, welches meist zusammen mit der Einladung zur Umfrage von IGES versandt wurde. In Baden-Württemberg gab es keine Unterstützung der Befragung seitens des zuständigen Ministeriums. Dies wurde mit laufenden, umfangreichen Umstrukturierungsmaßnahmen begründet.

Angeschrieben bzw. zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurde eine repräsentative Auswahl der PSP. Zum Stichtag 01.04.2017 gab es bundesweit 448 PSP (ohne den PSP für Kinder in Hamburg, s. Tabelle 8). In Bundesländern mit weniger als 52 Pflegestützpunkten erfolgte eine Vollerhebung. In den Bundesländern mit mehr als 52 Pflegestützpunkten - das sind Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz - wurde jeweils eine Zufallsstichprobe gezogen. Der Umfang der Zufallsstichprobe wurde je Bundesland unter der Bedingung bestimmt, dass der Stichprobenfehler 5 Prozent nicht übersteigt, das Konfidenzintervall 95 Prozent beträgt und die Streuung der Variablen bei 50 Prozent liegt. Damit enthielt die Stichprobe 399 PSP (vgl. Tabelle 8).

Adressiert wurde die Leitung eines PSP, soweit es diese gibt, bzw. es wurde angefragt, den Fragebogen gemeinsam im Team auszufüllen. Der Befragungszeitraum betrug ursprünglich etwa 10 Wochen (20.11.2017 – 31.01.2018), wurde jedoch auf Nachfrage und in Hinblick auf den Umfang des Fragebogens um 1,5 Wochen bis zum 10.02.2018 verlängert.

Die Daten wurden in anonymisierter Form erhoben und ermöglichten lediglich eine Zuordnung der Rückläufe nach Bundesland.

Tabelle 8: Übersicht der Anzahl der PSP und Stichprobenumfang nach Bundesländern (Stand 01. April 2017)

Bundesland	Anzahl der PSP	Stichprobenumfang
Baden-Württemberg	52	52
Bayern	9	9
Berlin	35	35
Brandenburg	19	19
Bremen	3	3
Hamburg	8	8
Hessen	25	25
Mecklenburg-Vorpommern	14	14
Niedersachsen	39	39
Nordrhein-Westfalen	85	70
Rheinland-Pfalz	135	101
Saarland	8	8
Schleswig-Holstein	13	13
Thüringen	3	3
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>448</b>	<b>399</b>

Quelle: IGES

## 5.2 Aufbau und Inhalte des Fragebogens

Der Fragebogen bestand insgesamt aus 102 Fragen, in folgende sechs Blöcke gegliedert:

1. Einführung und Begriffsbestimmungen
2. Fragenblock: Strukturelle Angaben zum Pflegestützpunkt
3. Fragenblock: Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall
4. Fragenblock: Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren
5. Fragenblock: Maßnahmen zur Qualitätssicherung
6. Abschluss

In allen Frageblöcken wurden unterschiedliche Frageformen eingesetzt, u. a. Selektionsfragen, Schätzfragen, Multiple Choice Fragen oder Textboxfragen. Eine Darstellung der einzelnen Blöcke erfolgt beispielhaft in den folgenden Kapiteln.

Der Online-Fragebogen wurde aufgrund seiner Länge so programmiert, dass er jederzeit zwischengespeichert und die Beantwortung zu einem späteren Zeitpunkt

erneut aufgenommen werden konnte. Dies erfolgte durch die Vergabe eines individuellen Codes nach dem Starten der Befragung für ein späteres erneutes Login.

Der vollständige Fragebogen ist im Anhang 1 beigefügt.

### **Methodische Limitationen**

Eine grundlegende Schwierigkeit bei der Konzipierung des Fragebogens bestand darin, die bundesweit sehr heterogenen Strukturen und Arbeitsweisen der Pflegestützpunkte so abzufragen, dass eine Vergleichbarkeit der Antworten möglich wird. Dies zeigte sich z. B. an einer sehr unterschiedlichen Bezeichnung von Beratungskategorien zur aufwandsbezogenen Zuordnung von Beratungsfällen. Um hier ein möglichst einheitliches Verständnis zu erreichen, wurden eingangs drei Fallkategorien definiert (vgl. im Detail Abschnitt 5.2.1).

#### **5.2.1 Begriffsbestimmungen**

Die Voruntersuchungen hatten ergeben, dass die PSP - je nach Bundesland - die einzelnen Beratungsleistungen unterschiedlich benannten bzw. abgegrenzten Kategorien zuordnen. Um dennoch vergleichbare Daten erheben zu können, definierte IGES die folgenden drei Fallkategorien für unterschiedlich zeitaufwändige Beratungsfälle:

- ◆ **Allgemeine Information:** Anfragen zu Leistungsansprüchen allgemein, zu Leistungserbringern (Adresslisten, Preise, etc.); geringer Zeitaufwand, i. d. R. einmaliger Kontakt und Durchführung im Pflegestützpunkt bzw. telefonisch,
- ◆ **(einfache) Beratung:** ausführliche Information zu Leistungen anhand der individuellen Konstellation, Unterstützung bei Anträgen, Widersprüchen, etc.; mittlerer Zeitaufwand, i. d. R. einmaliger Kontakt im Pflegestützpunkt oder in der Häuslichkeit und Befähigung der Ratsuchenden zur eigenständigen Problemlösung,
- ◆ **Komplexe Beratung, Fallmanagement:** ausführliche Beratung und Fallbegleitung bei komplexen Bedarfen, i. d. R. Einbezug mehrerer Rechtsbereiche (z. B. SGB V, SGB XI, SGB XII etc.) und Themen (Gesundheit, Pflege, Wohnen, etc.), i. d. R. mehrere Kontakte pro Fall und mindestens ein Hausbesuch sowie Erstellung eines Versorgungsplans, Unterstützung bei der Inanspruchnahme der Leistungen und Überprüfung von deren Wirksamkeit.

Anhand der ausgefüllten Fragebögen ließ sich feststellen, dass trotz dieser eingangs vorgenommenen begrifflichen Festlegungen teilweise ein unterschiedliches Verständnis der Kategorien vorlag. Insbesondere der Begriff „Fallmanagement“ (bzw. Case-Management) wird in den einzelnen Bundesländern bzw. PSP sehr unterschiedlich definiert (ausführlicher dazu siehe Abschnitt 6.2.2).



### 5.2.2 Fragenblock: Strukturelle Angaben zum Pflegestützpunkt

Im ersten Fragenblock ging es inhaltlich um die Abklärung der strukturellen Gegebenheiten der jeweiligen Pflegestützpunkte. Dazu wurden Kategorien gebildet, die nachfolgend kurz beschrieben und ggf. beispielhaft durch eine Frage ergänzt werden.

Der Fragenblock umfasste insgesamt 35 Fragen zu folgenden Themen:

- ◆ regionale Zuordnung (Bundesland),
- ◆ Trägerschaft,
- ◆ vertragliche Vereinbarungen und örtliche Nähe zu anderen Akteuren,
- ◆ Einzugsbereich (Fläche, Einwohner),
- ◆ Umfang des Beratungsangebots (Erreichbarkeit, Sprechzeiten, Personalausstattung),
- ◆ Inanspruchnahme (Anzahl Beratungsfälle 2016) und
- ◆ Öffentlichkeitsarbeit.

Bundesweit gibt es verschiedene Konstellationen hinsichtlich der Trägerschaft von Pflegestützpunkten (häufigste Formen siehe Abbildung 15). Anhand der Trägerschaft und ggf. vorhandenen vertraglichen Vereinbarungen mit anderen Akteuren lassen sich bereits erste Schlussfolgerungen zur Kooperation und Vernetzung der PSP ziehen.

Abbildung 15: Selektivfrage zur Trägerschaft der Pflegestützpunkte

---

**Wer ist/sind die Träger des PSP?**  
Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- eine Kranken-/Pflegekasse (allein)
- mehrere Kranken-/Pflegekassen gemeinsam
- Kranken-/Pflegekasse(n) gemeinsam mit kommunalen Gebietskörperschaften
- nur kommunale Gebietskörperschaft/en
- Kranken-/Pflegekassen gemeinsam mit Leistungsanbietern/und ggf. kommunalen Gebietskörperschaften
- andere

---

Quelle: IGES

Vor Einführung der Pflegestützpunkte gab es in vielen Bundesländern bereits Beratungsangebote für Senioren, die mit Einführung der Pflegestützpunkte in diese überführt wurden. Dieser Aspekt hat zweifellos einen großen Einfluss auf die Entwicklung der regionalen Vernetzungsstrukturen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Fragen zum Sitz und Einzugsbereich des Pflegestützpunktes (Hauptsitz und Außenstellen) dienten der Ermittlung des Siedlungsstrukturtyps, der Größe des

---

Einzugsgebietes sowie der Entfernungen, die von den Beraterinnen und Beratern ggf. bei Hausbesuchen zurückgelegt werden müssen. Die Sprechzeiten der PSP lassen Rückschlüsse auf den Umfang des Beratungsangebotes zu und damit indirekt auf die den Beschäftigten darüber hinaus zur Verfügung stehende Zeit für Aktivitäten zur Vernetzung.

Abbildung 16: Beispiel Textboxfrage zu Öffnungszeiten des Pflegestützpunktes

**Wie sind die Öffnungs-/Sprechzeiten des PSP (Hauptsitz)?**  
Bitte füllen Sie alles zutreffende aus.

Wochentags an Tagen (Anzahl):	<input type="text"/>
insgesamt (Anzahl Stunden):	<input type="text"/>
Samstag (Anzahl Stunden):	<input type="text"/>
Sonntag (Anzahl Stunden):	<input type="text"/>

Quelle: IGES

Die Erfassung der Personalstruktur erfolgte sowohl nach Qualifikation als auch quantitativ anhand des Arbeitsumfangs, gemessen in Vollzeitstellen (vgl. Beispiele in Abbildung 17).

Abbildung 17: Textbox- und Selektionsfrage zur Personalstruktur und Zuständigkeit des Personals in den Pflegestützpunkten

**Wie ist die aktuelle personelle Zusammensetzung?**  
Bitte geben Sie die Anzahl der Beschäftigten und jeweils deren Umrechnung in Vollzeitstellen an.

Qualifikation im Bereich:	Anzahl der Beschäftigten	Vollzeitstellen
Sozialversicherung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialarbeit/-pädagogik	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflege (Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflege)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verwaltung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonstige	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Gibt es unterschiedliche Zuständigkeiten bei den Beschäftigten des PSP?**  
Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

Nein, alle Beschäftigten erledigen die gleichen Aufgaben.

Ja, folgende Aufgaben werden nur von speziell weitergebildeten Beschäftigten übernommen:

Quelle: IGES

Die Inanspruchnahme der Leistungen der PSP lässt sich in erster Linie anhand der durchgeführten Beratungen festmachen, die auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen (in der Beratungsstelle, zu Hause, telefonisch, per E-Mail etc.). In der Regel führen die PSP eine Statistik über die Beratungsfälle, die teilweise unterschiedlich kategorisiert werden. Um eine vergleichbare Bezugsbasis zu gewährleisten, wurden drei Fallkategorien, wie bereits beschrieben, vorab im Fragebogen definiert und die Fallzahlen für das Jahr 2016 erfragt. Da Pflegeberatung sowohl in der Beratungsstelle als auch in der Häuslichkeit der Klienten stattfindet, wurde auch die Zahl der Hausbesuche 2016 erhoben.

Die Öffentlichkeitsarbeit spielt u. a. eine Rolle bei der Bewertung der Vernetzung. Gefragt wurde nach der Zuständigkeit für die Öffentlichkeitsarbeit, der Durchführung von Veranstaltungen sowie nach einem landesweit einheitlichen Auftreten der PSP.

### **5.2.3 Fragenblock: Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall**

Im dritten Block stand die Untersuchung der Aufgabe der Koordinierung bezogen auf den Einzelfall im Zentrum. Aufgabe der PSP gemäß § 7 c Abs. 2 Punkt 2 SGB XI ist die „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“.

Insgesamt umfasste der Block 18 Fragen. Ein zentrales Instrument zur Unterstützung der Koordinierungstätigkeiten ist der Versorgungsplan (VP). Es wurde erfragt, für welche Fälle ein solcher erstellt wird, ob es ein standardisiertes Formular gibt und welche Inhalte der VP hat. Einige PSP haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, am Ende der Befragung ein leeres Formular eines VP hochzuladen.

„Koordination im Einzelfall“ ist weiterhin eng verknüpft mit dem Fall- bzw. Case-Management, das daher das zweite zentrale Thema in diesem Block war. Es wurden Fragen zum Anwendungsbereich (Zielgruppe für FM), zur Häufigkeit und zum Umfang des FM, zur Anzahl und Art der am FM beteiligten Akteure, zu den Aufgaben des PSP bei der Durchführung des FM (ist der PSP „Fallführer“ im umfassenden Sinn oder vorwiegend Vermittler), zur Nutzung von VP und anderen Instrumenten im Rahmen von FM und zur Durchführungsverantwortung des FM im PSP gestellt.

Abbildung 18 enthält zwei konkrete Beispiele für weitere Fragen dieses Blocks zur Umsetzung der Koordinierungstätigkeit in Pflegestützpunkten.

Abbildung 18: Fragebeispiele zum Thema Fallmanagement in den Pflegestützpunkten

**Wie erfolgt die konkrete Hilfestellung durch die Beraterinnen und Berater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von geeigneten (Sozial-)Leistungen im Einzelfall?**  
Bitte geben Sie für die zutreffenden Kategorien jeweils die Häufigkeit gemessen an der Gesamtzahl der Beratungsfälle an. Mehrfachnennungen möglich

Übergabe von Informationsbroschüren zu Leistungen der Sozialversicherung	<input type="text"/>	%
Persönliche Erläuterung zu Leistungsansprüchen, deren Auswahl und Kombinationsmöglichkeiten	<input type="text"/>	%
Aktive Unterstützung bei der Antragstellung und -begründung	<input type="text"/>	%
Weitergabe von Kontaktdaten der jeweils zuständigen Stelle/des Ansprechpartners an die Klienten	<input type="text"/>	%
Kontaktaufnahme durch die Pflegeberaterin/den Pflegeberater mit der jeweils zuständigen Stelle und bei Bedarf Terminvereinbarung	<input type="text"/>	%
Initiierung einer Fallbesprechung mit der jeweils zuständigen Stelle	<input type="text"/>	%
Kontaktaufnahme zur Hausärztin/zum Hausarzt	<input type="text"/>	%
Kontaktaufnahme zu Pflegedienstleistern	<input type="text"/>	%

**Bei der Koordinierung von einzelnen Beratungsfällen ist oft eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren erforderlich. Bitte schätzen Sie für die im Folgenden aufgelisteten potentiellen Akteure ein, wie häufig Sie mit diesen jeweils zusammenarbeiten (Anteil an allen Beratungsfällen):**

	Anteil an allen Fällen in %	Ggf. ergänzende Erläuterung
Sozialamt, zuständiger Sozialhilfeträger	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wohnberatungsstellen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beratungsstellen für ältere Menschen, Seniorenbüros	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fachstellen Demenz	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Koordinationsstelle Behindertenarbeit, Behindertenbeauftragte	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quelle: IGES

#### 5.2.4 Fragenblock: Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren

Der vierte Fragenblock mit insgesamt 24 Fragen thematisiert die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ als Aufgabe der Pflegestützpunkte gemäß § 7 c Abs. 2 Punkt 3 SGB XI. Dies bezieht sich, unabhängig vom Einzelfall, auf die Etablierung und Weiterentwicklung bedarfsgerechter regionaler Versorgungsstrukturen.

Zur Beurteilung des Erfüllungsgrades der Vernetzungsaufgaben wurden die Art und Weise der Zusammenarbeit mit externen Akteuren und deren Qualität nach Einschätzung der Beschäftigten erhoben (vgl. Beispiel in Abbildung 19). Bei vorhandenen konkreten Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Dritten wurden deren konkrete Inhalte erfragt. Weitere Fragen zielten auf Vorhandensein von und

Beteiligung an regionalen Netzwerken, den Zeitbedarf für Vernetzungstätigkeiten sowie Arbeitshilfen und die Regelung von Zuständigkeiten.

Abbildung 19: Beispiel einer kombinierten Selektions- und Schätzfrage aus der Kategorie Zusammenarbeit mit externen Akteuren

In welcher Form erfolgt die Zusammenarbeit mit... (Seite 1 von 3)  
Bitte geben Sie an, ob eine Zusammenarbeit besteht (grüner Bereich) und schätzen Sie diese im Anschluss ein (roter Bereich). Sofern Sie „keine Zusammenarbeit“ (grüner Bereich) auswählen, entfällt der rote Bereich.

	schriftliche Vereinbarung	Sonstige Zusammenarbeit	Keine Zusammenarbeit/ in der Region nicht vorhanden	gute Zusammenarbeit von beiden Seiten	vorwiegend einseitiger Kontakt durch den PSP	Zusammenarbeit noch nicht befriedigend	kein Kontakt/ trifft nicht zu
Sozialamt bzw. Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnberatungstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: IGES

### 5.2.5 Fragenblock: Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Der fünfte Fragenblock diente der Ermittlung eines ersten Überblicks der von den PSP eingesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Er enthält 24 Fragen.

Zunächst wurde allgemein erfragt, inwieweit konkrete Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Pflegestützpunktverträgen verankert sind und ob diese für alle Beschäftigten (unterschiedlicher Träger) gleichermaßen Gültigkeit haben. Weiterhin wurde nach dem Vorhandensein eines internen Qualitätsmanagements und ggf. dessen Komponenten (Software, Dokumentation, Einarbeitung/Aus- und Fortbildung, Zuständigkeiten) gefragt. In diesem Zusammenhang wurde auch Bezug auf Funktions- und Stellenbeschreibungen genommen.

Zur Dokumentation wurde erfragt, inwieweit bzw. ob die Dokumentation nach bestimmten Kriterien erfolgt (siehe Beispiel in Abbildung 20), welche Inhalte dokumentiert werden und wer auf die Dokumentation zugreifen darf.

Das Thema Einarbeitung/Aus- und Fortbildung umfasste sowohl die Analyse der Organisation und Richtlinien der Einarbeitung als auch die Ermittlung des Umfangs, der Inhalte und der Finanzierung von Aus- und Fortbildungsmaßnahmen in den jeweiligen Pflegestützpunkten (siehe Beispiel in Abbildung 21).

Abbildung 20: Beispiel einer Selektionsfrage aus dem Bereich Dokumentation

Nach welchen Vorgaben erfolgt die Dokumentation der Beratungstätigkeit (unabhängig davon, ob auf Papier oder am PC dokumentiert wird)?  
Bitte fügen Sie ein Musterformular bei. (Dieses können Sie am Ende der Befragung in Form einer Datei hochladen.)

	mittels standardisiertem Formular	Individuell je Beschäftigten	keine Dokumentation
Bei allgemeinen Informationsanfragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei (einfachen) Beratungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei komplexen Beratungen bzw. Fallmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: IGES

Abbildung 21: Beispiel einer Selektionsfrage aus dem Bereich Einarbeitung/Aus- und Fortbildung

**Erfolgt eine regelmäßige Fortbildung aller Beschäftigten des PSP?**  
Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- Ja, für alle Beschäftigten einheitlich
- Ja, getrennt bei den jeweiligen Arbeitgebern
- Ja, aber nur für Beschäftigte des Trägers
- Nein

Quelle: IGES

### 5.2.6 Abschluss: Freitextfeld für Ergänzungen

Im letzten Block wurde den Befragten in Form eines Freitextfeldes die Möglichkeit gegeben, Ergänzungen, Hinweise bzw. weitere Anmerkungen in Bezug auf die Arbeit der Pflegestützpunkte zu geben

Abbildung 22: Textbox für Ergänzungen bzw. Anmerkungen zur Arbeit in den Pflegestützpunkten

Zum Abschluss haben Sie die Möglichkeit, uns an dieser Stelle noch Ergänzungen, Hinweise oder Anregungen mitzuteilen, die die Arbeit der Pflegestützpunkte oder deren Weiterentwicklung betreffen:

Quelle: IGES

Weiterhin bestand am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, jeweils ein Muster eines standardisierten Beratungsbogens und eines Versorgungsplans (so vorhanden) als Datei hochzuladen.

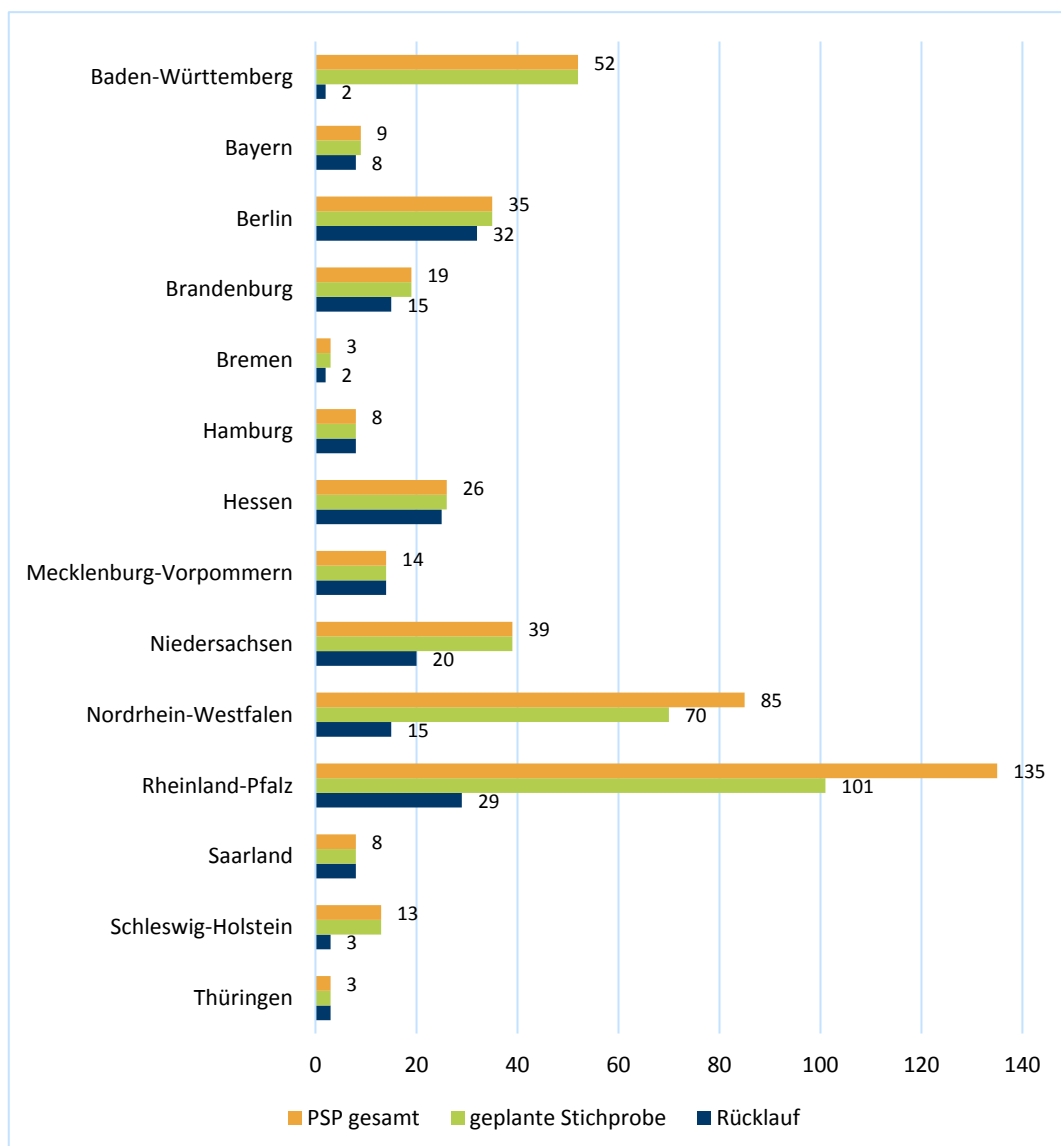
---

## 6. Ergebnisse der Befragung der Pflegestützpunkte

Die Stichprobengröße der Befragung umfasste 399 Pflegestützpunkte (siehe Kapitel 5.1), von denen 184 an der Befragung teilgenommen haben. Dies entsprach einem Rücklauf von rd. 46 %.

Es beteiligten sich PSP aus allen 14 Bundesländern an der Befragung. Aus Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen nahmen jeweils sämtliche Pflegestützpunkte teil (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23: Rücklauf nach Bundesländern (n = 184) im Vergleich zur geplanten Stichprobe und zur Gesamtzahl der PSP im Bundesland (Stand: 01.04.2017) (absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES



In Hamburg gibt es den bundesweit einzigen PSP für Kinder und Jugendliche. Dieser wurde aufgrund der deutlich abweichenden Zielgruppe in der Grundgesamtheit der Hamburger PSP (n = 8) und auch in der Befragung **nicht** berücksichtigt.

Ebenfalls sehr hohe, auf das Bundesland bezogene Beteiligungsquoten wiesen Hessen, Berlin, Bayern und Brandenburg auf (vgl. Tabelle 9). Der äußerst niedrige Rücklauf aus Baden-Württemberg kann auf die mangelnde Unterstützung der Landesebene zurückgeführt werden. Die Zusammensetzung der Gesamtstichprobe ist aus der dritten Spalte ersichtlich: Der größte Anteil der Rückläufer entfällt auf Berlin, gefolgt von Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen.

Tabelle 9: Übersicht zu den Beteiligungsquoten der PSP nach Bundesländern

Bundesland	Anteil Rücklauf an Gesamtzahl PSP je Bundesland (in %)	Anteil am Gesamtrücklauf in % (n = 184)
Berlin	91	17
Rheinland-Pfalz	21	16
Hessen	96	14
Niedersachsen	51	11
Brandenburg	79	8
Mecklenburg-Vorpommern	100	8
Nordrhein-Westfalen	18	8
Bayern	89	4
Hamburg	100	4
Saarland	100	4
Schleswig-Holstein	23	2
Thüringen	100	2
Baden-Württemberg	4	1
Bremen	67	1

Quelle: IGES

Eine Betrachtung des Rücklaufs nach den Siedlungsstrukturtypen zeigt, dass die Mehrzahl (rd. 51 %) in städtischen und knapp ein Drittel in ländlichen Regionen (31 %) lag. Pflegestützpunkte in Regionen mit Verstärkeransätzen waren zu rd. 19 % vertreten (vgl. Tabelle 10). Der Vergleich zur Verteilung der PSP nach Regionstypen in der Stichprobe (s. rechte Spalte Tabelle 10) zeigt, dass im Rücklauf die Regionen mit Verstärkeransätzen deutlich unterrepräsentiert sind. Dies ist u. a. auf die geringe Beteiligung aus Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zurückzuführen, wo es jeweils größere Anteile der PSP in diesem Regionstyp gibt.

Tabelle 10: Rücklauf nach Siedlungsstrukturtypen (n = 184)

Siedlungsstrukturtyp	Anzahl der PSP (absolute Häufigkeit)	Anteil der PSP (Angaben in %)	Anteil in Stichprobe (Angaben in %)
Städtische Regionen	93	50,5	39
Regionen mit Ver- städterungsansätzen	34	18,5	38
Ländliche Regionen	57	31	23
gesamt	184	100	100

Quelle: IGES

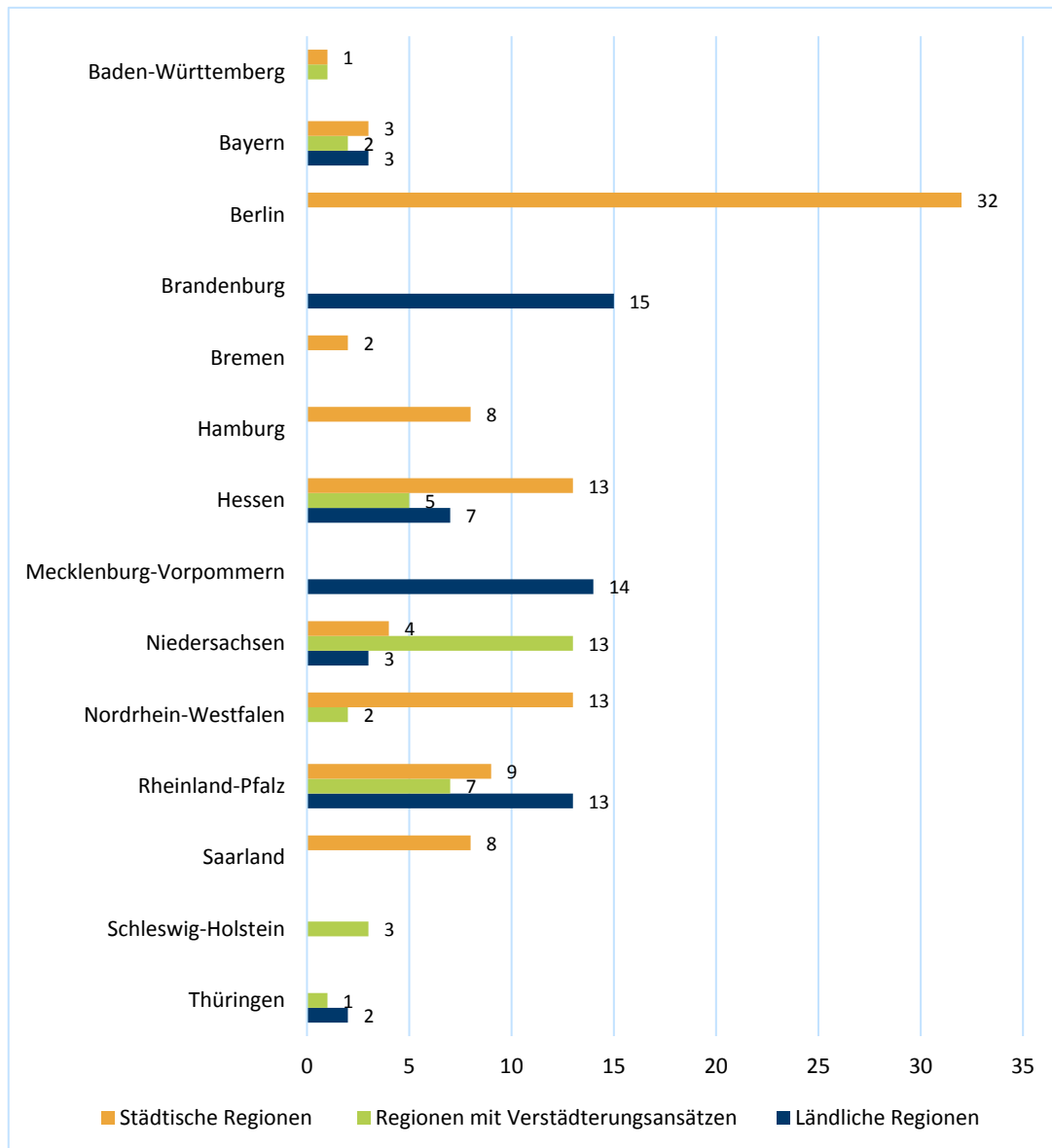
Eine detaillierte Betrachtung des Rücklaufs nach den Siedlungsstrukturtypen zeigt, in welchen Bundesländern sich die PSP in städtischen bzw. in Regionen mit Verstädterungsansätzen oder in ländlichen Regionen befinden (vgl. Abbildung 24).

Die PSP in Berlin, Hamburg und Bremen sind dementsprechend in rein städtischen Regionen vorzufinden. Dagegen sind die PSP in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern in ausschließlich ländlichen geprägten Regionen mit entsprechend längeren Wegen für die Beraterinnen und Berater angesiedelt. In Bayern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz dagegen befinden sich die PSP in unterschiedlichen Siedlungsstrukturen.

In den folgenden Kapiteln 6.1 - 6.6 werden die Befragungsergebnisse je nach Thematik aggregiert auf Bundesebene, nach Siedlungsstrukturtyp (städtisch/Region mit Verstädterungsansätzen/ländlich) bzw. bundeslandspezifisch dargestellt.

Das Kapitel 6.1 gibt zunächst einen Überblick über die allgemeinen Rahmenbedingungen bzw. Strukturen, in die die Pflegestützpunkte eingebettet sind, bevor in den Kapiteln 6.2, 6.3 und 6.4 die Umsetzung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe sowie die Anwendung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Pflegestützpunkten vertiefend betrachtet werden. Kapitel 6.5 enthält Vorschläge der befragten Pflegestützpunkte zur Weiterentwicklung der Strukturen. Abschließend erfolgt in Kapitel 6.6 eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.

Abbildung 24: Rücklauf nach Siedlungsstrukturtypen in den einzelnen Bundesländern (absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

## 6.1 Analyse allgemeiner Rahmenbedingungen und Strukturen der Pflegestützpunkte

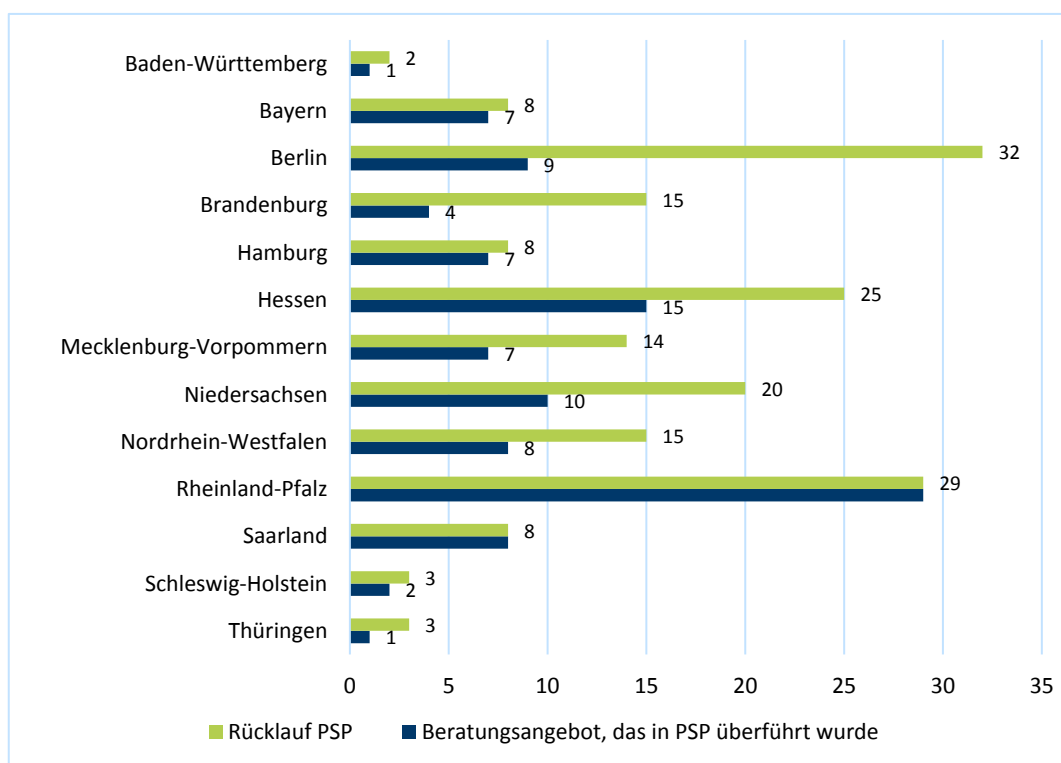
### 6.1.1 Nutzung vorhandener Strukturen beim Aufbau der Pflegestützpunkte

Nach den Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) von 2008 sollte beim Aufbau von PSP „auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen“ zurückgegriffen werden (§ 92 c Absatz 2 Satz 2 SGB XI), um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden.

Knapp 60 % (n=108) der Pflegestützpunkte konnten auf vorhandenen Beratungsangeboten aufbauen (vgl. Abbildung 25). In Rheinland-Pfalz beispielsweise waren seit 1995 bei 135 Trägern ambulanter Dienste Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKos) eingerichtet, die ab Juli 2008 zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt wurden. Auch im Saarland sind die PSP aus diesen BeKo hervorgegangen. In Berlin sind die zwölf landesseitig betriebenen PSP aus den 1999 in allen Berliner Bezirken etablierten „Koordinierungsstellen Rund ums Alter“ entstanden.

Bereits die Allgemeinverfügungen einiger Länder knüpften ausdrücklich an den vorhandenen Strukturen an, z. B. Berlin (Koordinierungsstellen rund ums Alter), Hamburg (Beratungsangebote für Senioren und Menschen mit Behinderung), Rheinland-Pfalz (Beratungs- und Koordinierungsstellen) und Schleswig-Holstein (trägerunabhängige Beratungsstellen).

Abbildung 25: Anzahl der PSP mit Beratungsangebot vor Errichtung des PSP, das in PSP überführt wurde, nach Bundesland (n=108; absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

In Nordrhein-Westfalen wurden die historisch gewachsenen Pflege- und Wohnberatungsangebote miteinander verknüpft, teilweise auch unter dem Dach der Pflegestützpunkte (vgl. Kapitel 4.4.10). Die Umsetzung der einzelnen Konzepte gestaltet sich jedoch von Kommune zu Kommune äußerst unterschiedlich – die Gründung von Pflegestützpunkten erfolgte nicht flächendeckend. Rund die Hälfte

der PSP gab an, nicht aus einem bereits vorhandenen Beratungsangebot hervorgegangen zu sein (vgl. Abbildung 25).

Weitere PSP sind aus den 16 ab 2008 geförderten Pilot-Pflegestützpunkten entstanden (in 15 Bundesländern, außer Bremen), die wiederum alle auf vorhandenen Beratungsstrukturen aufbauen konnten (vgl. Michel-Auli *et al.* 2009). Letztlich sind, wie auch die Abbildung 25 zeigt, in allen Bundesländern PSP zumindest teilweise aus Vorläuferstrukturen hervorgegangen, so dass die Intention des Gesetzgebers erfüllt wurde.

Die 108 PSP, die aus vorhandenen Beratungsstrukturen hervorgegangen sind, haben fast alle auch einen Teil des Personals übernommen - 93 % bzw. 100 PSP bejahten diese Frage. Infolge dieser personellen Kontinuität verfügten diese PSP bereits mit dem Start über z. T. langjährige und umfangreiche Kenntnisse der regionalen Angebots- und Nutzerstrukturen und der Bedarfssituation älterer oder pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Eine besondere Herausforderung stellte dagegen teilweise die aufgrund der neuen Trägerstruktur erforderliche Neuorganisation von Prozessen und der Außendarstellung dar (vgl. GKV-SV 2012: 273 ff.).

Die Ergebnisse zeigen zum anderen, dass in vielen Bundesländern mit Errichtung der PSP auch neue Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entstanden sind, um das Ziel einer wohnortnahen Verfügbarkeit zu erreichen.

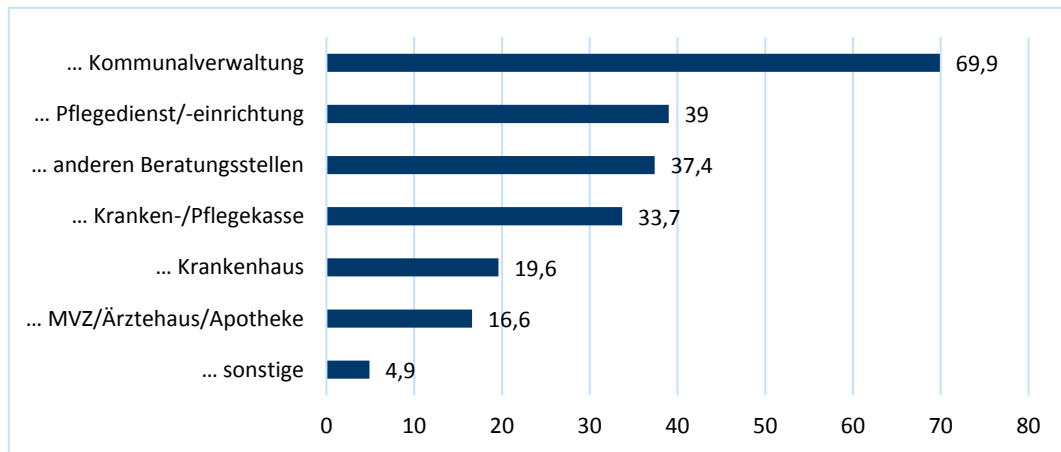
Gute Voraussetzungen im Sinne der Vernetzung mit anderen Akteuren gewährleistet auch die räumliche Nähe eines PSP zu diesen Beratungsangeboten. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass fast alle PSP (89 %) in unmittelbarer räumlicher Nähe zu anderen Akteuren oder Behörden angesiedelt sind, häufig sogar zu mehr als einem.

Besonders häufig wurden die Nähe zur Kommunalverwaltung (rd. 70 %), zu Pflegeeinrichtungen (39 %), anderen Beratungsstellen (rd. 37 %) sowie Kranken- und Pflegekassen (rd. 34 %) genannt (vgl. Abbildung 26).

Die „anderen Beratungsstellen“ richten sich an unterschiedlichste Zielgruppen, wie beispielsweise Menschen mit Behinderung, Drogen- und Suchterkrankungen, Migrationshintergrund, Demenz, chronischen Erkrankungen, Jugendliche und ihre Familien, Senioren sowie Menschen ohne festen Wohnsitz. Des Weiteren gab es auch Beratungsstellen für pflegende Angehörige, Wohn-, Miet- und Schuldnerberatungsstellen, Betreuungsbehörden und den Sozialpsychiatrischen Dienst.

In der Kategorie „Sonstige“ wurden zusätzlich die Nähe zur Kirchengemeinde, zum Gemeinwesenbüro, Seniorenbüro, Gesundheitsamt, Senioren- und Behindertenbeirat bzw. Behindertenbeauftragte/r sowie zur Kontaktstelle PflegeEngagement (Einrichtung der Selbsthilfe) genannt.

Abbildung 26: Der Pflegestützpunkt befindet sich in räumlicher Nähe zu ...  
(n = 163; Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)

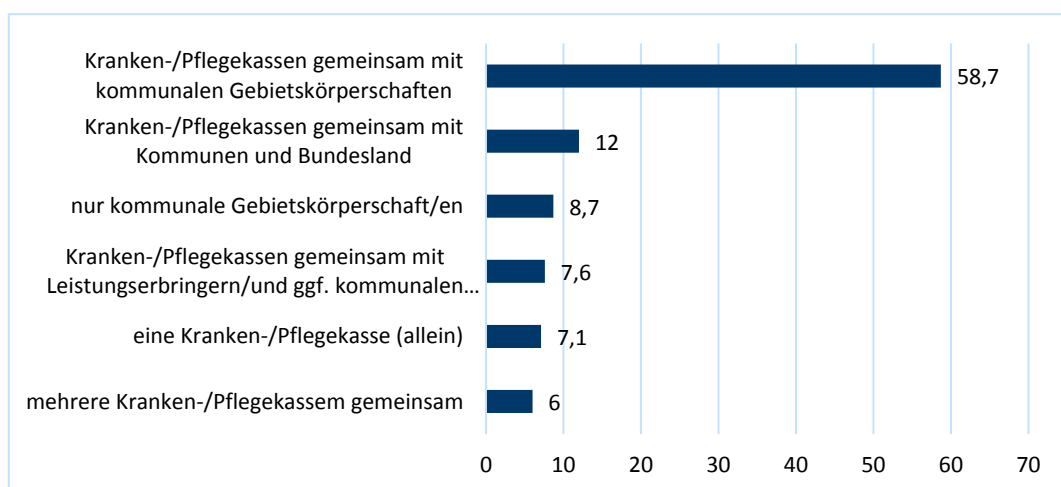


Quelle: IGES

### 6.1.2 Trägerstruktur und vertragliche Kooperationen

Die mit Abstand häufigste Form der Trägerschaft von PSP stellt zu rd. 70 % die auch vom Gesetzgeber angestrebte gemeinsame Verantwortung von Kranken-/Pflegekassen und Kommunen dar, wobei diese bei 12 % noch durch Beteiligung der Bundesländer ergänzt wird (siehe Abbildung 27). Weiterhin kooperieren die Kassen in einigen Fällen mit Leistungserbringern (meist bei den gewachsenen Strukturen) oder die PSP werden entweder von den Kassen oder den Kommunen allein betrieben.

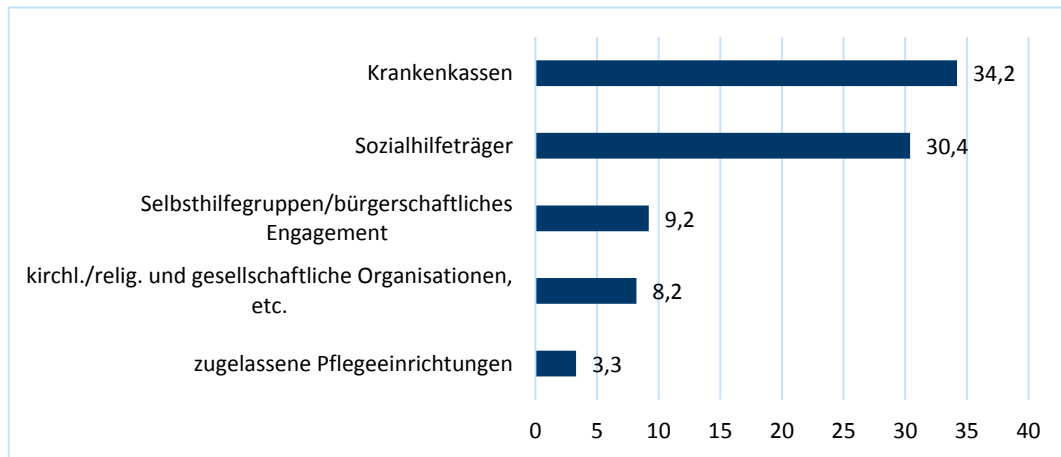
Abbildung 27: Formen der Trägerschaft von Pflegestützpunkten und deren Häufigkeit (n = 184; Angaben in %)



Quelle: IGES

Häufigste Kooperationspartner, mit denen die PSP vertragliche Vereinbarungen geschlossen haben, sind (andere) Krankenkassen und Sozialhilfeträger (siehe Abbildung 28). Seltener gibt es Vereinbarungen mit Selbsthilfegruppen/Ehrenamt, kirchlichen Organisationen oder Pflegeeinrichtungen (Leistungserbringer).

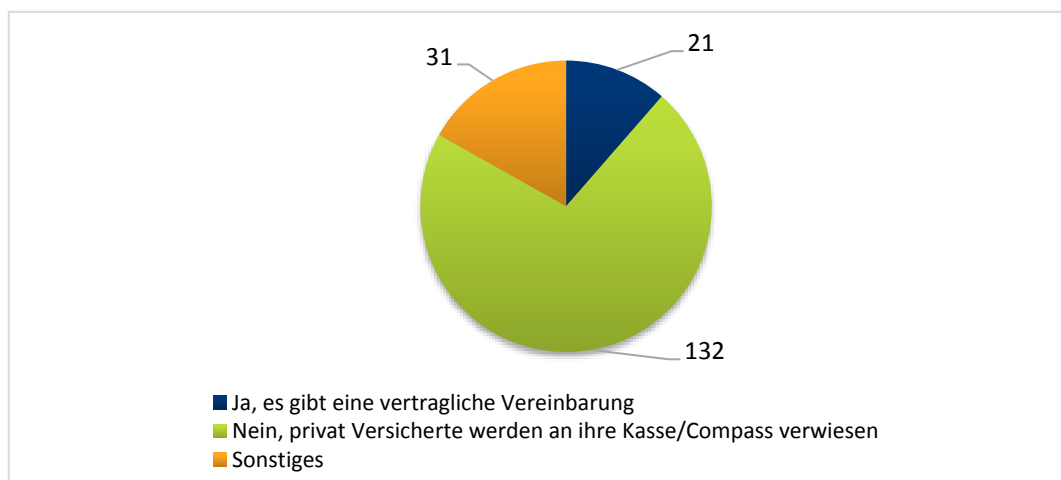
Abbildung 28: Kooperationspartner von PSP mit vertraglichen Vereinbarungen (n = 184; Angaben in %)



Quelle: IGES

Wie aus der folgenden Abbildung 29 ersichtlich, hat nur etwa jeder 10. PSP eine vertragliche Vereinbarung mit der PKV getroffen – über 70 % der PSP verweisen Privatversicherte an ihre Versicherung bzw. an die compass private pflegeberatung GmbH.

Abbildung 29: Regelungen zur Zusammenarbeit mit der privaten Kranken-/Pflegeversicherung (n = 184; absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

Der Tenor bei den Freitexten unter „sonstiges“ lautet, dass eine Erstberatung bzw. die Weitergabe allgemeiner Informationen zunächst auch bei Privatversicherten erfolgen, aber danach auf die Zuständigkeit der Versicherung/compass verwiesen wird.

### **6.1.3 Personalbesetzung und -struktur in den Pflegestützpunkten**

Vorgaben zur Personalausstattung der PSP finden sich in 11 von 14 Rahmenverträgen der Bundesländer. Diese sind in Tabelle 11 (folgende Seite) aufgelistet und den Ergebnissen der Befragung gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass die geforderten Mindestpersonalmengen, soweit vorhanden, im Schnitt pro Bundesland erfüllt werden.

Die höchsten Anforderungen mit mindestens drei Vollzeitstellen je PSP wurden in Hamburg und im Saarland gestellt, die niedrigsten mit einer Fachkraft in Baden-Württemberg. Die sich aus der Umfrage ergebende Bandbreite bei den Angaben zu Vollzeitstellen reicht von 0,9 VZ je PSP in Thüringen bis durchschnittlich 4,6 VZ je PSP im Saarland (siehe Abbildung 30).

Für Thüringen lässt sich bereits auf Basis einer Ende 2014 veröffentlichten Evaluation von zwei PSP (Jena und Nordhausen) festhalten, dass infolge der geringen personellen Kapazitäten, die für eine umfassende Betreuung der Ratsuchenden häufig nicht ausreichend sind, kein „Care-Management“ durchgeführt werden kann (Morgenstern *et al.* 2014: 15).

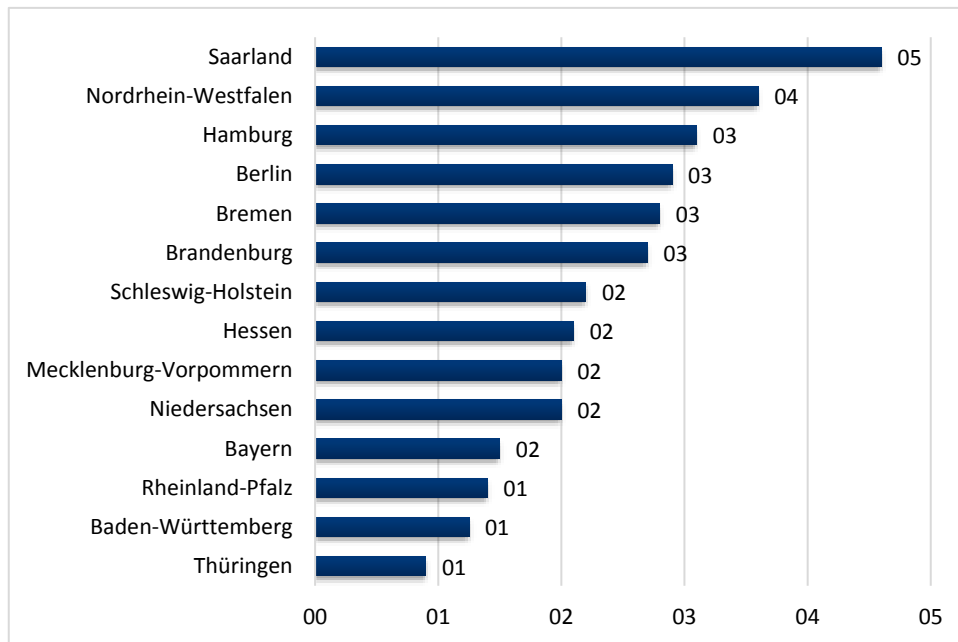


Tabelle 11: Übersicht zur Personalausstattung in den PSP (SOLL gemäß Rahmenvertrag und IST anhand der Befragung)

Bundesland (Anzahl PSP)	SOLL-Ausstattung gem. RV	IST gem. Befragung in VZ und Zahl der Mitarbeiter	Mittelwerte VZ bzw. MA
Baden-Württemberg (n = 2)	eine VZ-Stelle pro 60.000 Einwohner (ab 2018)	1 bis 1,5 VZ 1 bis 2 MA	1,3 VZ 1,5 MA
Bayern (n = 7)	k. A.	1 bis 3,1 VZ 4 bis 10 MA	1,5 VZ 5,4 MA
Berlin (n = 22)	durchschnittlich 2,5 Vollzeit-Stellen	1 bis 9 VZ 3 bis 11 MA	2,9 VZ 3,9 MA
Brandenburg (= 15)	k. A.	1,5 bis 4,25 VZ 2 bis 5 MA	2,7 VZ 3 MA
Bremen (n = 2)	2 Vollzeitstellen (1 VZ-Stelle Kasse, 1 VZ-Stelle Kommune)	2,8 VZ 5 bis 6 MA	2,8 VZ 5,5 MA
Hamburg (n = 8)	mind. 3 VZ-Stellen (2 VZ-Stellen Kasse, 1 VZ-Stelle Kommune)	3 bis 4 VZ 3 bis 7 MA	3,1 VZ 4,25 MA
Hessen (n = 23)	1 VZ-Stelle Kasse, 1 VZ-Stelle Sozialhilfeträger	1,5 bis 4,19 VZ 2 bis 6 MA	2,1 VZ 2,7 MA
Mecklenburg-Vorpommern (n = 14)	bei Beteiligung des Landkreises 2-3 VZ-Stellen	1,75 bis 2,4 VZ 2 bis 6 MA	2,0 VZ 3,5 MA
Niedersachsen (n = 20)	mind. 2 TZ-Kräfte mit jeweils mind. 50 Prozent einer VZ-Beschäftigung	1 bis 4,55 VZ 2 bis 8 MA	2,0 VZ 3,4 MA
Nordrhein-Westfalen (n = 14)	2 VZ-Stellen	1 bis 11 VZ 1 bis 16 MA	3,6 VZ 4,7 MA
Rheinland-Pfalz (n = 29)	0,75 VZ seitens der Pflege-/Krankenkassen (RV 2016) u. 1 VZ seitens der Kommune (gem. LPflegASG DV 2017)	0,5 bis 2 VZ 1 bis 4 MA	1,4 VZ 2,3 MA
Saarland (n = 8)	mind. 3 VZ-Stellen, Verwaltungskräfte im erforderlichen Umfang	3,5 bis 6,33 VZ 4 bis 8 MA	4,6 VZ 5,9 MA
Schleswig-Holstein (n = 3)	2 VZ-Stellen und 0,5 VZ-Stelle für administrative Aufgaben	1,5 bis 2,5 VZ 2 bis 4 MA	2,2 VZ 3,0 MA
Thüringen (n = 3)	kein RV vorhanden	0,75 bis 1 VZ 1 bis 2 MA	0,9 VZ 1,7 MA

Quelle: Zusammenstellung IGES aus den Rahmenverträgen der Bundesländer.  
VZ = Vollzeitstellen, MA = Mitarbeiter

Abbildung 30: Durchschnittliche Anzahl Vollzeitstellen je PSP nach Bundesländern (auf Basis der Befragungsergebnisse)



Quelle: IGES; jeweils zugrundeliegende Anzahl PSP im Bundesland siehe Tabelle 11, Spalte 1.

Betrachtet man auf der Grundlage der in der Umfrage angegebenen Daten zur Personalausstattung der PSP sowie der jeweils bei der Befragung angegebenen Bevölkerungszahlen im Einzugsgebiet erneut die Versorgungsdichte im Bundesländervergleich, verändert sich die Reihenfolge im Vergleich zur Tabelle 2 im Kapitel 4.1 wie folgt (Tabelle 12): Die höchste Versorgungsdichte, gemessen in Einwohner pro Vollzeitstelle, hat weiterhin Rheinland-Pfalz, das Saarland rückt infolge der hohen Personalquoten der PSP an zweite Stelle, Berlin erreicht Platz drei vor Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Am Ende der Reihe steht das bevölkerungsreiche Nordrhein-Westfalen, das zwar in der Betrachtung pro PSP eine hohe Personalausstattung hat, aber einwohnerbezogen offenbar vergleichsweise schlecht dasteht. Das gilt umso mehr, als der Rahmenvertrag NRW von 2009 vorschreibt, dass zur Stärkung der Klientenorientierung die Arbeit der Pflegeberaterinnen und -berater grundsätzlich am Prinzip der zugehenden Beratung ausgerichtet werden soll.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der Wert für Baden-Württemberg auf nur zwei Datensätzen beruht und daher wenig Aussagekraft für das Land insgesamt hat.

Tabelle 12: Versorgungsdichte Pflegeberatung auf Basis der durchschnittlichen Personalausstattung der PSP und ihrer jeweiligen Einzugsgebiete nach Bundesländern (Einwohner 2015 je VZ)

Rang	Bundesland	Einwohner im Einzugsgebiet je VZ
1	Rheinland-Pfalz (n = 29)	24.126
2	Saarland (n = 8)	26.998
3	Berlin (n = 22)	40.983
4	Brandenburg (n = 10)	58.728
5	Mecklenburg-Vorpommern (n = 14)	60.287
6	Bremen (n = 2)	74.751
7	<i>Baden-Württemberg (n = 2)</i>	<i>76.250</i>
8	Hamburg (n = 8)	86.808
9	Bayern (n = 6)	96.907
10	Thüringen (n = 3)	98.555
11	Niedersachsen (n = 19)	101.339
12	Hessen (n = 23)	117.915
13	Schleswig-Holstein (n = 3)	121.163
14	Nordrhein-Westfalen (n = 13)	122.875

Quelle: IGES. \* Wert für Baden-Württemberg auf Basis von nur zwei PSP.

Im Gesamtdurchschnitt der Befragung gab es 2,3 VZ pro Pflegestützpunkt bei einer Bandbreite von 0,5 bis 11 VZ (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Durchschnittliche Personalausstattung je PSP

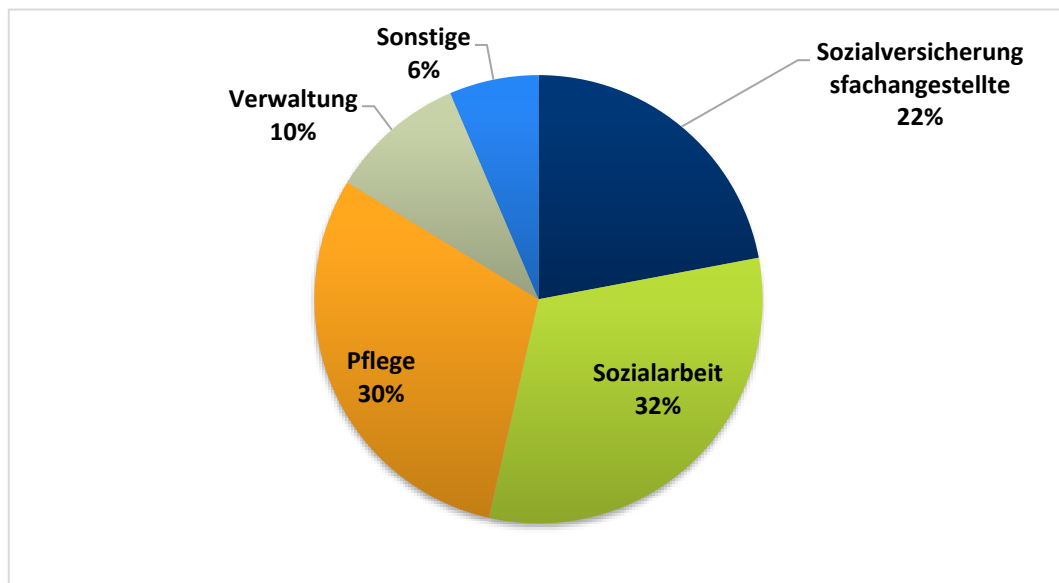
	Anzahl MA	Anzahl VZ
Anzahl Datensätze	n = 170	n = 163
Mittelwert	3,5	2,3
Bandbreite (Min – Max)	1 bis 16	0,5 bis 11

Quelle: IGES

Die **Qualifikation** der Beschäftigten der Pflegestützpunkte lag zu gleichen Anteilen in den Bereichen Sozialarbeit/-pädagogik (rd. 32 %) und Pflege (rd. 30 %) (siehe Abbildung 31). Rund ein Fünftel waren Sozialversicherungsfachangestellte und lediglich 10 % Verwaltungskräfte. Häufig verfügen Beschäftigte auch über Doppel-

qualifikationen, wie z. B. eine pflegerische Grundausbildung mit ergänzendem Studium der Sozialen Arbeit. In der Kategorie „Sonstige“ wurden weitere Qualifikationen wie z. B. Pflegepädagogik aufgeführt.

Abbildung 31: Zusammensetzung des Personals nach Qualifikation in den Pflegestützpunkten (Grundgesamtheit der Beschäftigten n = 592 aus n = 170 Pflegestützpunkten; 3,5 MA pro PSP)



Quelle: IGES

Rund 80 % der PSP (145) gaben an, dass das Personal ausschließlich für die Stützpunktarbeit (einschl. der Hausbesuche) zuständig ist. Die restlichen rund 20 % (39 PSP), die dies verneinten, gaben folgende weitere Tätigkeiten der Beschäftigten an: kommunale Aufgaben (Altenhilfe, Senioren- und Rentenberatung, Koordination niedrigschwelliger Angebote etc.) oder Tätigkeiten bei der Kasse (wobei auch Pflegeberatung genannt wurde).

Anhand der Ergebnisse zu dem in den PSP verfügbaren Personal nach Beratungsinhalten wird deutlich, dass nicht immer alle der drei aufgeführten Themenschwerpunkte in den PSP angeboten werden:

Tabelle 14: Personal in PSP nach Beratungsinhalten (n = 166)

Beratungsinhalt	Anzahl MA	Mittelwert
Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI	375	2,3
Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI	55	0,3
Sozialberatung der Kommunen	156	0,9

Quelle: IGES

Die Aufgliederung nach Bundesland in der folgenden Tabelle 15 verdeutlicht, dass die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in vier Bundesländern (grau unterlegt) nicht, bzw. nicht in allen PSP erfolgt. Weiterhin findet in den PSP in Rheinland-Pfalz und im Saarland keine Sozialberatung statt und nur wenige PSP bieten Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern (§ 37 Abs. 3 SGB XI) an.

Tabelle 15: Angebotene Beratungsinhalte nach Bundesland (Anzahl der Nennungen)

Bundesland	Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI	Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI	Sozialberatung der Kommunen
Baden-Württemberg (n = 1)	1	1	1
Bayern (n = 7)	7	0	7
Berlin (n = 29)	25	3	6
Brandenburg (n = 15)	15	11	15
Bremen (n = 2)	2	0	2
Hamburg (n = 8)	8	2	2
Hessen (n = 25)	25	2	24
Mecklenburg-Vorpommern (n = 14)	14	0	14
Niedersachsen (n = 14)	11	2	4
Nordrhein-Westfalen (n = 10)	10	5	6
Rheinland-Pfalz (n = 29)	29	1	0
Saarland (n = 8)	8	1	0
Schleswig-Holstein (n = 3)	k. A.	k. A.	k. A.
Thüringen (n = 2)	0	0	2

Quelle: IGES

Die Antworten spiegeln die Vielfalt der organisatorischen Umsetzung der PSP in den Ländern wider. Unterschiedliche Auffassungen bestanden bis dato insb. in der Auffassung zur konkreten Durchführung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, die der Gesetzgeber den Pflegekassen auferlegt hat. Dies hat in einigen Bundesländern zu einer strikten Trennung von allgemeiner Beratung in den PSP und Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI geführt, die ausschließlich von den Pflegekassen (von deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Beauftragten) durchgeführt werden soll.

So wurde in **Schleswig-Holstein** eine konkrete Aufgabenaufteilung zwischen PSP und Pflegeberatung im Rahmenvertrag festgelegt. Danach haben die PSP vor allem

koordinierende Aufgaben und verstehen sich als allgemeine Anlaufstellen, während die Pflegeberaterinnen und -berater der Kassen das Einzelfallmanagement gem. § 7 a SGB XI übernehmen.

Im **Berliner** Rahmenvertrag dagegen heißt es: „Der gesetzliche Auftrag der Pflegestützpunkte geht über die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI hinaus. (...) In den Pflegestützpunkten werden die Aufgaben nach § 92c Abs. 2 SGB XI wahrgenommen und sichergestellt, dass Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in Anspruch genommen werden kann.“ Weiterhin wurde festgelegt, dass die Pflegeberatung (nach § 7 a SGB XI) in den 12 bisherigen Koordinierungsstellen Rund ums Alter, die auch weiterhin vom Land Berlin betrieben und finanziert werden, „in den gemeinsamen Sprechstunden durch die Pflegeberater der Pflege- und Krankenkassen angeboten“ wird. In der Praxis heißt dies, dass die in diesen PSP beschäftigten Berater meist keine „7 a-Beratung“ durchführen.

Im Fall von **Niedersachsen** bestimmt der RV, dass die Pflegekassen auf Initiative des Pflegestützpunktes Pflegeberatungen im Sinne des § 7 a SGB XI durchführen. In **Thüringen**, wo es keinen Rahmenvertrag gibt, sollen die PSP die bestehenden Beratungsangebote der Kassen „ergänzen und koordinieren“. Es soll, um Doppelstrukturen zu vermeiden, dort nur die erste Beratung und Information der Versicherten stattfinden, mit anschließender Vermittlung an Kassen und Leistungserbringer, ganz im Sinne einer Lotsenfunktion (vdek 2011).

Obwohl bereits nach 2008 geltendem Recht nach § 7 a Absatz 1 Satz 10 sicherzustellen war, dass Beratung nach § 7 a in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden kann, wurde diese Thematik mittlerweile im Zuge des PSG III (2017 in Kraft getreten) vom Gesetzgeber klargestellt: Die Pflegeberatung nach § 7 a gehört regelhaft zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte.

Auffällig bezgl. der in den PSP wahrgenommenen Aufgaben ist weiterhin, dass trotz häufiger Beteiligung der Kommunen an den PSP dort eine Beratung zu sozialen Fragestellungen oft nicht stattfindet, insb. flächendeckend nicht in Rheinland-Pfalz und im Saarland (vgl. Tabelle 15, rechte Spalte). Gem. § 7 c Abs. 2 Punkt 1 SGB XI gehört zu den Aufgaben der PSP die „Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen“.

Ergänzend wurde von einigen PSP auf die Durchführung von Wohnberatung hingewiesen, für die es vereinzelt auch speziell qualifizierte Wohnberater gibt. Die vorhandenen Finanzierungshilfen in diesem Bereich und die sich ständig weiter entwickelnden baulichen und technischen Möglichkeiten, die einen längeren Verbleib pflegebedürftiger Personen in der eigenen Häuslichkeit befördern, machen ein solches Beratungsangebot zunehmend erforderlich.

### 6.1.4 Größe des Einzugsgebietes

Im Rahmen der Befragung wurden auch Angaben zur Größe des Einzugsgebietes der PSP erhoben. Im Gegensatz zu den oben bereits errechneten Durchschnittswerten je Bundesland (vgl. Tabelle 12) lässt sich anhand dieser Angaben die tatsächliche Spannbreite bundesweit und mit Blick auf die (potentielle) Arbeitsbelastung pro Beschäftigten darstellen.

Die Größe des Einzugsgebietes der PSP (n = 162), bezogen auf die Zahl der Einwohner pro Beschäftigten (in Vollzeitkräften), liegt zwischen 11.000 (ein PSP mit überdurchschnittlicher Personalausstattung in Berlin) und 365.000 Einwohnern pro VZ (PSP in Frankfurt am Main), bei einem Median von rund 55.000 E/VZ.

Tabelle 16: Daten zur Größe der Einzugsgebiete der PSP (Einwohner je VZ) – nach Siedlungsstrukturtypen

<b>Alle Regionen</b>		<b>n = 162</b>
Mittelwert (MW)		72.507 E/VZ
Median		54.666 E/VZ
Minimum		10.709 E/VZ
Maximum		365.000 E/VZ
<b>Ländliche Regionen</b>		<b>n = 50</b>
Einwohner je VZ		MW 57.856 (Median 46.232) E/VZ
Min – Max		13.350 – 178.300 E/VZ
Einfache Entfernung Hausbesuche		7 – 100 km (MW 43 km)
<b>Regionen mit Verstädterungsansätzen</b>		<b>n = 32</b>
Einwohner je VZ		MW 85.694 (Median 84.908) E/VZ
Min – Max		12.000 – 251.000 E/VZ
Einfache Entfernung Hausbesuche		5 – 80 km (MW 33 km)
<b>Städtische Regionen</b>		<b>n = 80</b>
Einwohner je VZ		MW 76.390 (Median 43.075) E/VZ
Min – Max		11.000 – 365.000 E/VZ
Entfernung Hausbesuche		4 - 62 km (MW 21 km)

Quelle: IGES

Die durchschnittlich größten Einzugsgebiete, bezogen auf die Quote Einwohner je VZ, liegen in Regionen mit Verstädterungsansätzen (MW = 86.000 E/VZ), gefolgt von städtischen Regionen (MW = 80.000 E/VZ). In den ländlichen Regionen liegt

der Mittelwert bei rund 58.000 E/VZ. Erwartungsgemäß müssen in dünn besiedelten Regionen für Hausbesuche weitere Wege zurückgelegt werden – mit im Mittel 43 km doppelt so weit wie in Städten (21 km).

Im Folgenden wurde unterstellt, dass sowohl eine hohe Einwohnerzahl im Einzugsgebiet des PSP als auch weitere Wege bei Hausbesuchen die Kapazitäten eines PSP (gemessen in Vollzeitbeschäftigten) tendenziell schneller erschöpfen. Die folgende Tabelle 17 zeigt für die einzelnen Bundesländer jeweils die durchschnittliche maximale Entfernung für Hausbesuche und die durchschnittliche Anzahl der Einwohner in den Einzugsgebieten der PSP je VZ. Diese beiden Werte wurden zum sog. „Belastungsfaktor“ miteinander multipliziert. Anschließend wurde ein Index gebildet, bei dem das Land Rheinland-Pfalz (niedrigster Wert) gleich 100 gesetzt wurde (rechte Spalte, Werte aufsteigend geordnet): Je weiter oben ein Bundesland steht, desto niedriger ist die „Belastung“ der Beschäftigten bzw. desto besser ist tendenziell die Versorgungsdichte.

Tabelle 17: Durchschnittliche Entfernungen für Hausbesuche und Anzahl Einwohner je VZ nach Bundesländern

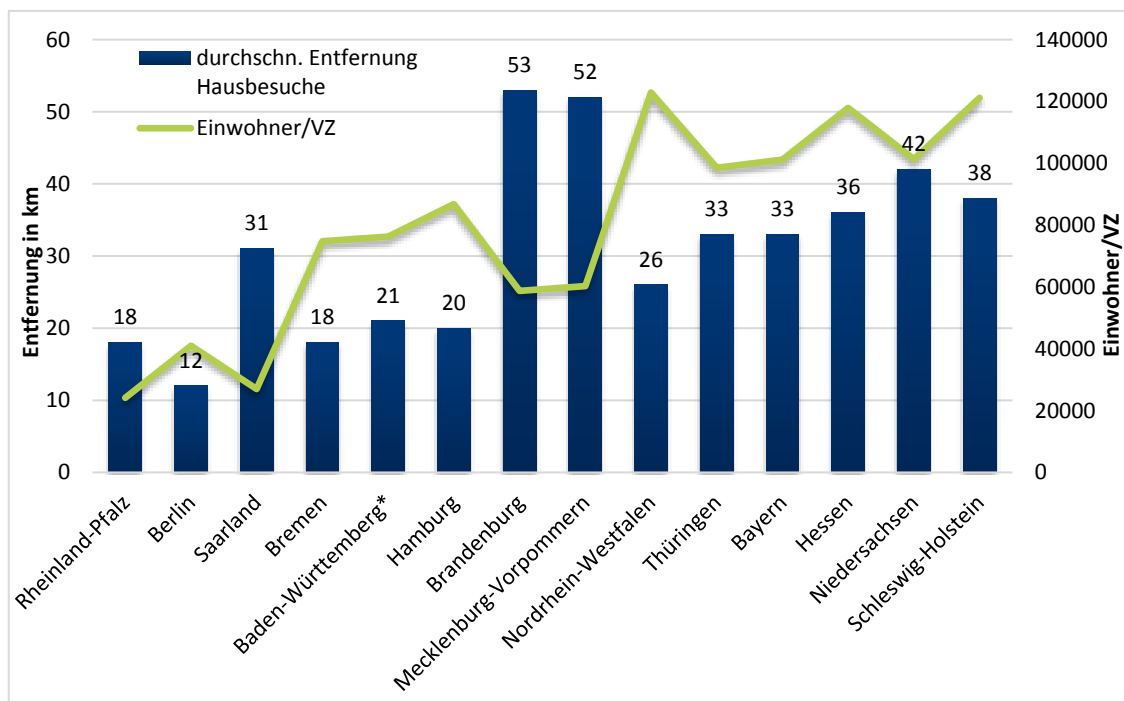
Rang	Bundesland	durchschn. max. Entfernung Hausbesuche	durchschn. Anzahl Einwohner/VZ	"Belastungsfaktor" (Index, Rheinland-Pfalz = 100)
1	Rheinland-Pfalz	18	24.126	100
2	Berlin	12	40.983	113
3	Saarland	31	26.998	193
4	Bremen	18	74.751	310
5	<i>Baden-Württemberg*</i>	21	76.250	369
6	Hamburg	20	86.808	400
7	Brandenburg	53	58.728	717
8	Mecklenburg-Vorpommern	52	60.287	722
9	Nordrhein-Westfalen	26	122.875	736
10	Thüringen	33	98.555	749
11	Bayern	33	101.188	769
12	Hessen	36	117.915	977
13	Niedersachsen	42	101.339	980
14	Schleswig-Holstein	38	121.163	1.060

Quelle: IGES



Damit verändert sich erneut das Ranking der Bundesländer – Rheinland-Pfalz bleibt an erster Stelle, gefolgt von Berlin und dem Saarland. Die relativ geringe Zahl von Einwohnern/VZ in den ausschließlich ländlich geprägten Regionen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns wird durch die weiten Wege bei Hausbesuchen relativiert. Umgekehrt führen kürzere Wege in Nordrhein-Westfalen trotz großer Einwohnerzahlen in den Einzugsgebieten zu einem mittleren Platz im Ländervergleich. Die Bundesländer am Ende der Skala (Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein) haben sowohl relativ weite Wege als auch hohe Einwohnerzahlen pro Beschäftigten in den PSP (vgl. Abbildung 32)

Abbildung 32: Entfernungen für Hausbesuche und Einwohner/VZ nach Bundesland (Durchschnittswerte je Bundesland)



Quelle: IGES

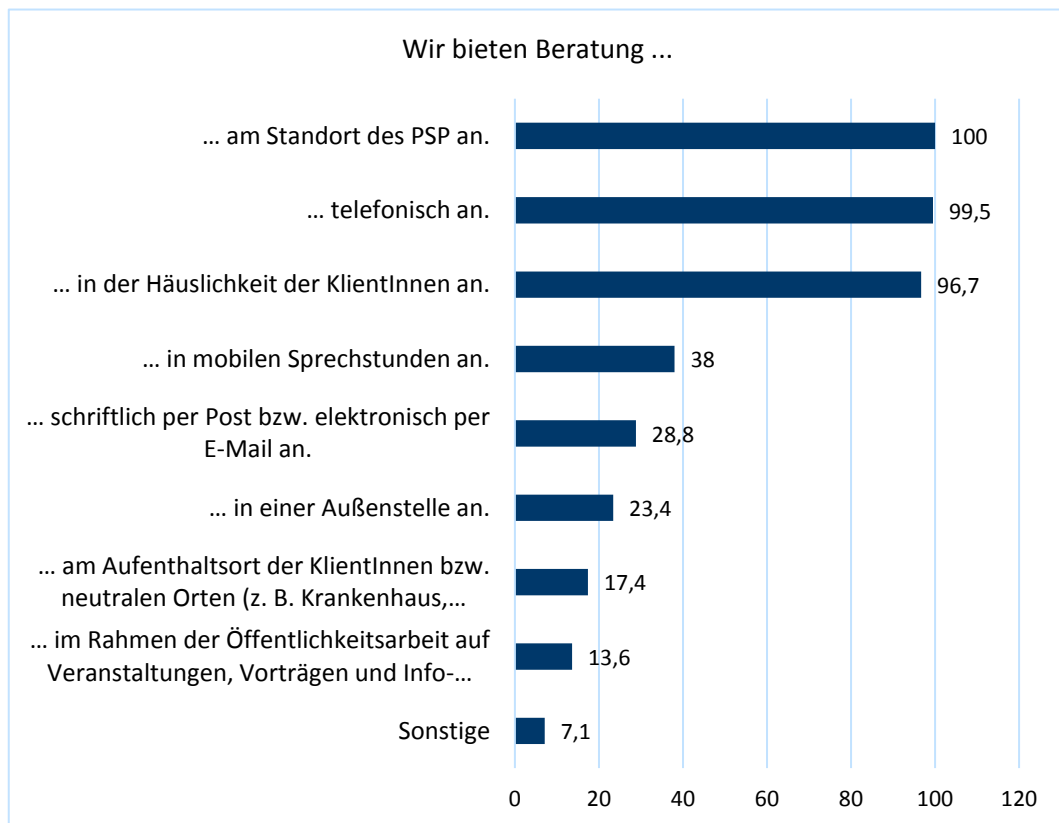
### 6.1.5 Beratungsformen, Erreichbarkeit und Zugang der Pflegestützpunkte

Die Pflegestützpunkte bieten unterschiedliche Beratungsformen an, um einen breiten Zugang zur Beratung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu ermöglichen. Die Abbildung 33 gibt zunächst einen zusammenfassenden Überblick, welche Beratungsformen am häufigsten in der Praxis zum Einsatz kommen und an welchen Orten zusätzlich Beratung außerhalb des Pflegestützpunktes (Hauptsitz) angeboten wird.

Fast alle Pflegestützpunkte beraten im Stützpunkt selbst, telefonisch und in der Häuslichkeit der Klienten. Lediglich sechs PSP führen keine Hausbesuche durch

(darunter vier in Bayern). Weiterhin bieten 38 % der PSP zusätzlich regelmäßig mobile Sprechstunden bzw. Außensprechstunden in Räumen Dritter an. Beratung in Außenstellen findet in 23 % der PSP statt. 32 PSP suchen die Klienten bei Bedarf auch in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen auf.

Abbildung 33: Übersicht der Beratungsarten/-formen der Pflegestützpunkte (n = 184; Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)



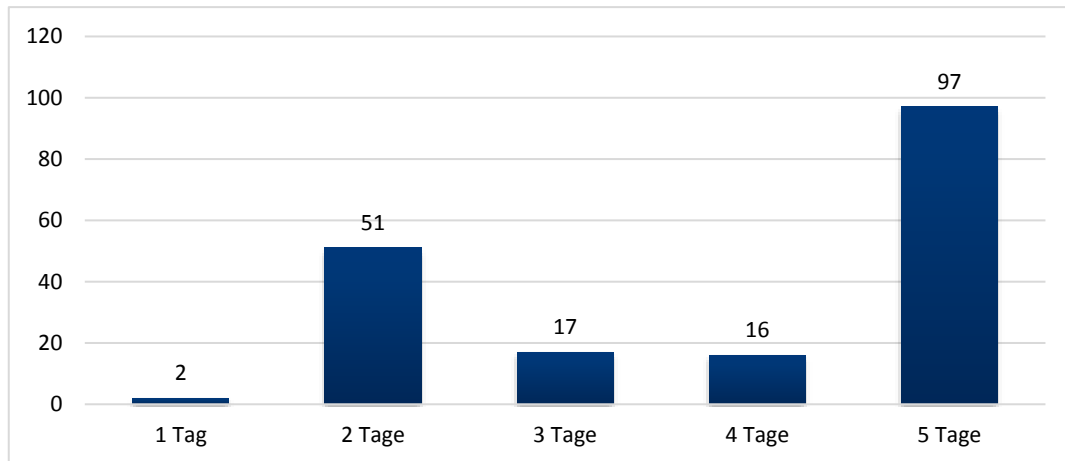
Quelle: IGES

In der Kategorie „Sonstige“ wurden von den Pflegestützpunkten außerdem folgende Beratungsmöglichkeiten aufgeführt: Beratung in anderen Beratungsstellen (z. B. im Rahmen des Case-Managements bei komplexen Fällen), in anderen Institutionen, wie beispielsweise dem Jobcenter, der Fachhochschule, in Seniorentreffpunkten, in Vereinen oder Kirchen. Im Landkreis Ludwigslust-Parchim (Mecklenburg-Vorpommern) gibt es seit 2015 zwei Beratungsfahrzeuge für die mobile Beratung auf Wochenmärkten und öffentlichen Veranstaltungen.

### Öffnungszeiten der Pflegestützpunkte (Hauptsitz)

Die PSP haben im Schnitt an 3,8 Tagen in der Woche geöffnet. Etwas mehr als die Hälfte bietet Sprechzeiten an allen Wochentagen an, ein Drittel der PSP an zwei Wochentagen (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 34: Öffnungszeiten der PSP nach Tagen (n = 183, absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

Die PSP sind im Schnitt 20 Stunden/Woche geöffnet, bei einer Spannweite von 2,5 bis 43 Stunden wöchentlich (n = 179). In Einzelfällen haben PSP keine regelmäßigen Öffnungszeiten, da vorwiegend in der Häuslichkeit der Klienten beraten wird und nur nach vorheriger Terminvereinbarung in den Räumlichkeiten des PSP.

Wie in Tabelle 18 im Detail dargestellt, gibt es bezüglich der Öffnungszeiten der PSP erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Nur wenige Länder haben einheitliche Regelungen geschaffen (Baden-Württemberg, Bayern, Bremen und Niedersachsen mit festen Öffnungszeiten an (mind.) 5 Tagen/Woche, Niedersachsen mit mindestens 30 Wochenstunden, Berlin mit 12 Stunden an zwei Wochentagen).

Tabelle 18: Übersicht der Öffnungszeiten der Pflegestützpunkte in den einzelnen Bundesländern (wochentags)

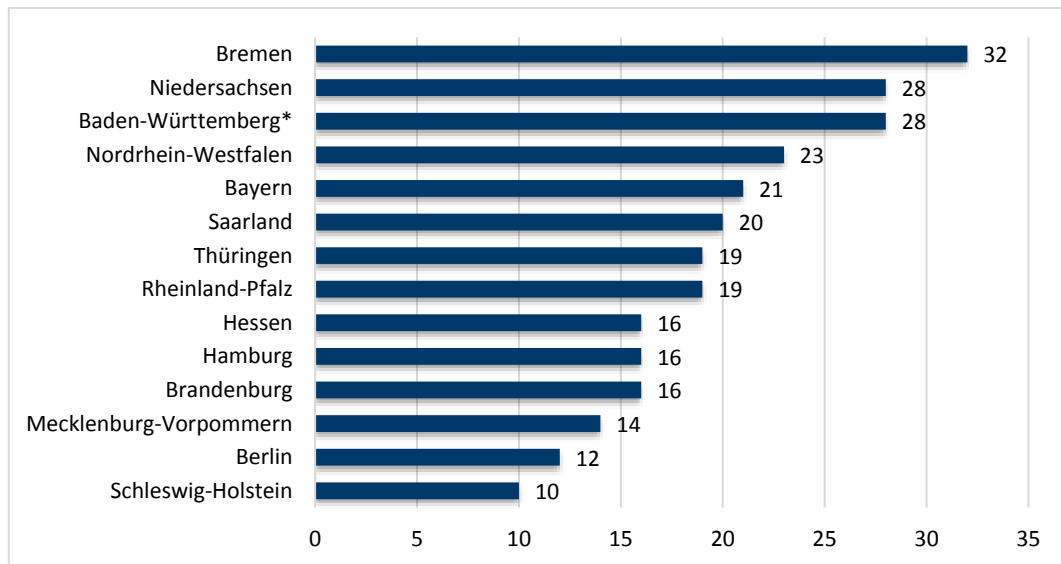
Bundesland	Ø Tage	Min. Tage	Max. Tage	Ø Stunden	Min. Stunden	Max. Stunden
<i>Baden-Württemberg*</i>	5	5	5	28	18	39
Bayern	5	5	5	21	14	34,5
Berlin	2	2	2	12	12	12
Brandenburg	2,5	2	5	16	7	40
Bremen	5	5	5	32	32,5	32,5
Hamburg	3,75	2	4	16	8	20
Hessen	3,7	2	5	16	0	40
Mecklenburg-Vorpommern	2	2	2	14	12	18
Niedersachsen	4,9	3	5	28	15	38
Nordrhein-Westfalen	4,3	1	5	23	2,5	38,5
Rheinland-Pfalz	4,8	3	5	19	5	43
Saarland	5	5	5	20	5	30
Schleswig-Holstein	3,7	2	5	10	5	15
Thüringen	3,3	2	4	19	14	24
<b>Gesamt</b>	<b>4,0</b>	<b>2,9</b>	<b>4,4</b>	<b>20</b>	<b>10,7</b>	<b>30,3</b>

Quelle: IGES. \* Geringer Rücklauf (n = 2) aus Baden-Württemberg.

Die durchschnittliche Gesamtwochenstundenzahl nach Bundesländern zeigt Abbildung 35. Die längsten Öffnungszeiten werden in Bremen und Niedersachsen angeboten, die kürzesten in Schleswig-Holstein und Berlin.

In Baden-Württemberg gibt es im Kooperationsvertrag landesweite Vorgaben zu festen Öffnungszeiten von Montag bis Freitag jeweils an Vor- und Nachmittagen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die von den zwei PSP angegebene überdurchschnittliche wöchentliche Stundenzahl auch für die anderen PSP zutrifft.

Abbildung 35: Durchschnittliche Öffnungszeiten der PSP nach Bundesländern (in Stunden pro Woche)



Quelle: IGES. \* Wert für Baden-Württemberg auf Basis von nur 2 PSP.

Die wöchentlichen Öffnungszeiten und damit die niedrigschwellige Verfügbarkeit des Beratungsangebots in der Öffentlichkeit sind neben der Zahl der Personalstellen pro PSP ein zweites Merkmal, das zur Ermittlung regionaler Unterschiede im Versorgungsgrad herangezogen werden kann. Daher wurden die bereits in Tabelle 12 dargestellten Werte zur Zahl der Einwohner je VZ zusätzlich mit dem Umfang der wöchentlichen Öffnungszeiten gewichtet und pro Bundesland ein Mittelwert errechnet. Die folgende Tabelle 19 enthält zum Vergleich in der mittleren Spalte noch einmal die Werte Einwohner/VZ und in der rechten Spalte die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Öffnungszeiten (als Index). Die Auflistung beginnt mit dem Land mit dem höchsten Versorgungsgrad (Rheinland-Pfalz = 100).

Das Länderranking verändert sich gegenüber der Tabelle 12 wie folgt: Weiterhin führen Rheinland-Pfalz und Saarland die Tabelle an. Aufgrund der überdurchschnittlich langen Öffnungszeiten verbessern sich die Bundesländer Bremen (von Rang sechs auf drei) und Niedersachsen (von Rang elf auf sechs). Auch Nordrhein-Westfalen verbessert sich um zwei Ränge (von 14 auf 12). Dagegen verschlechtern sich infolge der kürzeren Öffnungszeiten die Bundesländer Berlin (von Rang drei auf fünf) und Schleswig-Holstein (von Rang 13 auf 14).

Tabelle 19: Versorgungsdichte nach Bundesländern unter Berücksichtigung der Personalausstattung und der Öffnungszeiten der PSP

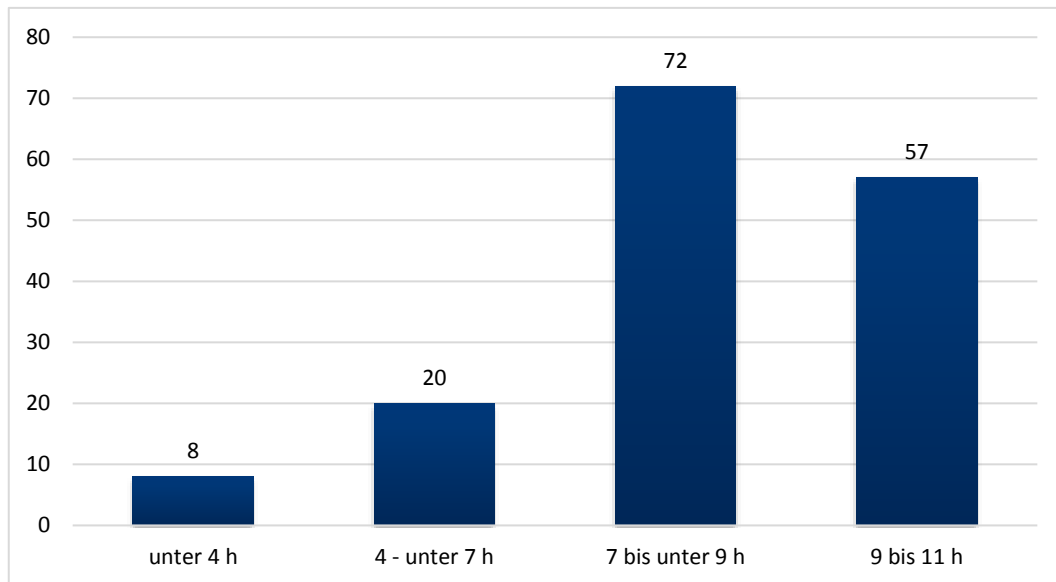
Rang	Bundesland	Einwohner im Einzugsgebiet je VZ	Einwohner im Einzugsgebiet je VZ und Stunden pro Woche (Index, Rh-Pf = 100)
1	Rheinland-Pfalz (n = 27)	23.805	100
2	Saarland (n = 8)	26.998	105
3	Bremen (n = 2)	74.751	111
4	<i>Baden-Württemberg (n = 2)</i>	<i>76.250</i>	<i>120</i>
5	Berlin (n = 22)	40.983	161
6	Niedersachsen (n = 19)	101.339	171
7	Brandenburg (n = 10)	58.728	182
8	Mecklenburg-Vorpommern (n = 14)	60.287	208
9	Bayern (n = 6)	96.907	232
10	Thüringen (n = 3)	98.555	262
11	Hamburg (n = 8)	86.808	293
12	Nordrhein-Westfalen (n = 13)	122.875	320
13	Hessen (n = 22)	119.856	593
14	<i>Schleswig-Holstein (n = 2)</i>	<i>119.679</i>	<i>903</i>

Quelle: IGES. \* Für die Bundesländer Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein beruhen die Werte jeweils nur auf Angaben von zwei PSP.

Plausible Angaben zur telefonischen Erreichbarkeit wochentags liegen von 157 PSP vor. Knapp die Hälfte sind zwischen sieben und neun Stunden persönlich erreichbar, ein weiteres Drittel bis zu 11 Stunden (vgl. Abbildung 36). An Wochenenden ist keiner der PSP persönlich erreichbar (es wurde lediglich auf den Anrufbeantworter verwiesen).

Ein Drittel der PSP (60) gaben an, für ihre Klienten auch mobil telefonisch erreichbar zu sein. Die meisten dieser PSP waren aus Rheinland-Pfalz (13), Niedersachsen (9) und Mecklenburg-Vorpommern (8). Einschränkend trifft diese mobile Erreichbarkeit jedoch in mehreren Fällen nur auf Beschäftigte der Kassen zu oder nur auf bestimmte Zeiten. Die Mehrheit sah keinen Bedarf für eine mobile Erreichbarkeit und Verweis auf den Anrufbeantworter oder die Erreichbarkeit per E-Mail. Einige nutzen das Diensthandy nur für den internen Gebrauch.

Abbildung 36: Telefonische Erreichbarkeit der Pflegestützpunkte an Wochentagen (n = 157, absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

Allgemein kann festgehalten werden, dass die PSP eine telefonische Erreichbarkeit sicherstellen, die zumeist über die persönlichen Sprechzeiten hinausgehen. Insgesamt sind alle Pflegestützpunkte dementsprechend wochentags persönlich oder telefonisch erreichbar.

#### **Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln/barrierefreier Zugang**

Rd. 97 % der PSP berichteten, einen barrierefreien Zugang zu den Räumlichkeiten des Pflegestützpunkts zu haben.

Weiterhin wurden die Pflegestützpunkte nach ihrer Einschätzung gefragt, ob ihr Standort gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen sei. Knapp 96 % sprachen sich dafür aus und begründeten dies durch die unmittelbare Nähe zu ÖPNV-Haltestellen (Bus, Bahn) oder eine zentrale Lage im Ort (z. B. Kreishaus) bzw. die Erreichbarkeit mittels barrierefreier Buslinien.

Auf der anderen Seite wurde zurecht darauf verwiesen, dass die Erreichbarkeit stets in Abhängigkeit des Wohnortes betrachtet werden müsse (häufiges Umsteigen, schlechte Anbindung ländlicher Gemeinden). Weitere Hindernisse stellten aus Sicht der Pflegestützpunkte lange Anfahrtswege sowie eine schlechte Nahverkehrsanbindung (langer Fußweg zur Haltestelle, nur eine Buslinie verfügbar) dar. Dies betraf zu 50 % die ländlich geprägten Regionen.

#### **Online-Beratungsangebote**

Die überwiegende Mehrheit der Pflegestützpunkte verfügt über Online-Beratungsangebote (n = 159 bzw. 86 %). Anhand der Freitexte kristallisierte sich heraus,

dass unter „Online-Beratung“ der Kontakt per E-Mail, Kontaktformular bzw. das Vorhandensein von aktuellem Beratungs- und Adressmaterial auf der Homepage verstanden wurde. Online-Beratung im Sinne „dialogfähiger Angebote“ scheinen die Ausnahme zu sein. Per E-Mail werden nur einfache Nachfragen beantwortet bzw. nur allgemeine Informationen herausgegeben. Eine weiterführende/vertiefende Beratung findet anschließend meist telefonisch oder persönlich statt.

### **Außenstellen/Außensprechstunden (mobile Sprechstunden)**

Einige Pflegestützpunkte (n= 68; rd. 37 %) verfügen über Außenstellen und/oder bieten Außensprechstunden an, um den Zugang zur Beratung für potenzielle Kunden zu erleichtern (Wohnortnähe). Außensprechstunden finden sich häufiger als Außenstellen (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Anzahl der Pflegestützpunkte mit Außenstellen und/oder Außensprechstunden (n= 68)

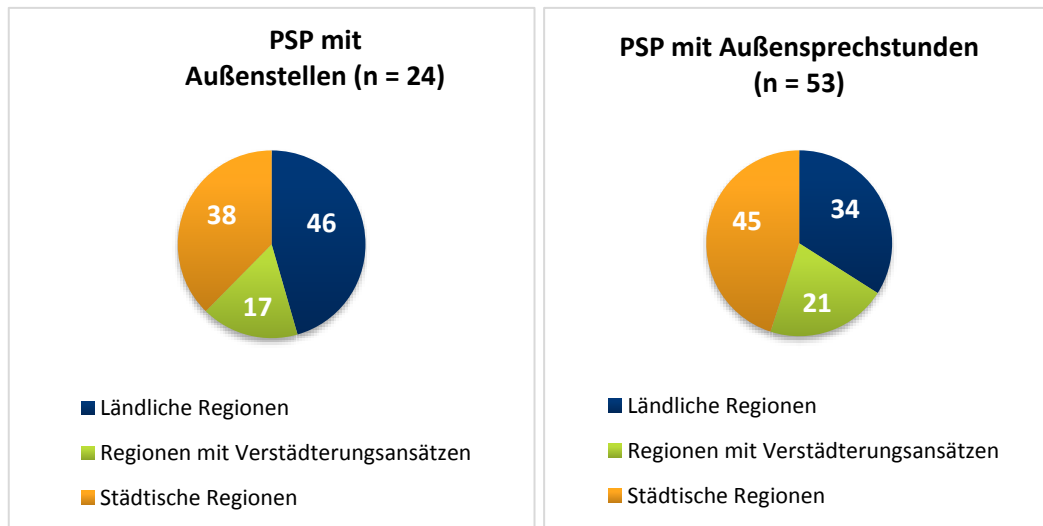
	Häufigkeit	Prozent
PSP mit ausschließlich Außensprechstunden	44	64,7
PSP mit ausschließlich Außenstellen	15	22,1
PSP mit Außenstellen und Außensprechstunden	9	13,2
Gesamt	68	100

Quelle: IGES

Wie aus der folgenden Abbildung 37 ersichtlich, liegt die Mehrheit der PSP mit Außenstellen in ländlichen Regionen, gefolgt von städtischen Gebieten. Außensprechstunden dagegen werden am häufigsten in Städten angeboten.



Abbildung 37: Verteilung der PSP mit Außenstellen und Außensprechstunden nach Siedlungsstrukturtyp (Angaben in %)



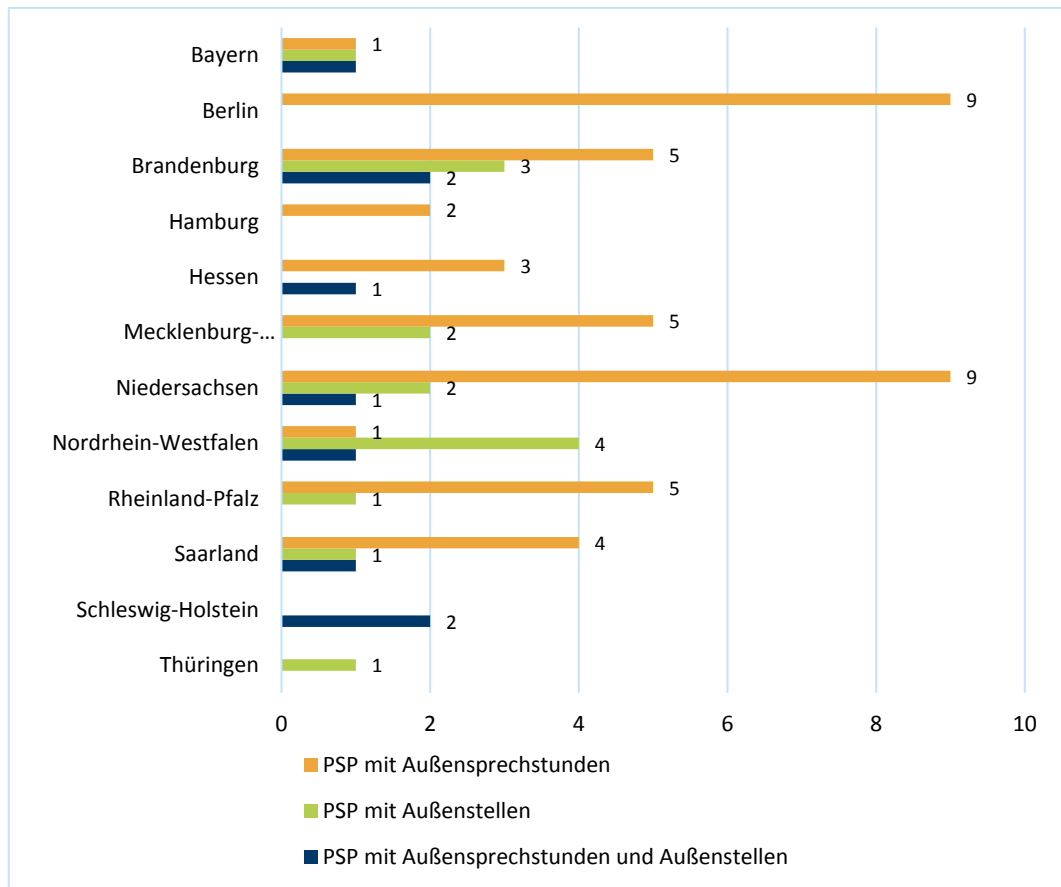
Quelle: IGES

Ein Blick auf die Verteilung innerhalb der Bundesländer zeigt zunächst, dass in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland und Schleswig-Holstein jeweils über 50 % der Pflegestützpunkte über Außenstellen- und/oder Außensprechstunden verfügen (vgl. Abbildung 38; dunkelblauer/grauer Balken). Bremen hielt dagegen als einziges Bundesland kein derartiges Angebot vor.

Besonders häufig werden Außensprechstunden in Niedersachsen angeboten. Dort bieten beispielsweise neun Pflegestützpunkte Außensprechstunden an insgesamt 48 Orten an (im Durchschnitt 4,8 Orte für Außensprechstunden je PSP, der Spitzenreiter bietet 11 Außensprechstunden an), darunter besonders häufig in ländlichen Regionen. Im Saarland werden an 29 Orten Außensprechstunden angeboten, jedoch verteilen sich diese auf weniger Pflegestützpunkte (5). So sind es im Durchschnitt pro PSP 5,8 Außensprechstunden.

In NRW gibt es dagegen häufiger Pflegestützpunkte, die Außenstellen vorhalten. Dort gaben z. B. fünf Pflegestützpunkte an, an 18 Orten über Außenstellen zu verfügen (im Durchschnitt 3,6 je PSP). Dies scheint in NRW eine weit verbreitetere Struktur zu sein, da die PSP dort generell über deutlich mehr Außenstellen verfügen als in anderen Bundesländern. Offenbar rechtfertigt die höhere Bevölkerungsdichte solche dezentralen Strukturen, die eine höhere Wohnortnähe für die Kunden ermöglichen.

Abbildung 38: Pflegestützpunkte mit Außenstellen und/oder Außensprechstunden nach Bundesländern (n = 68; absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

Betrachtet man diese Ergebnisse aus der Perspektive des Siedlungsstrukturtyps und nimmt an, dass Außenstellen bzw. Außensprechstunden eher in dünn besiedelten und somit ländlichen Regionen angeboten werden, so bestätigen die Ergebnisse der Umfrage dies auch. Knapp die Hälfte der Pflegestützpunkte im ländlichen Raum (rd. 46 %) – vor allem Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern - gaben an über Außenstellen und/oder Außensprechstunden zu verfügen, bei PSP in Regionen mit Verstärkeransätzen war dies zu rd. 35 % der Fall – hier vor allem in Schleswig-Holstein und Niedersachsen - und in den städtischen Regionen bei knapp einem Drittel der PSP (rd. 32 %) – besonders in Berlin, NRW und Hamburg.

### Barrierefreie Beratung

Bei der Form der barrierefreien Beratung wurde analysiert, ob im Bedarfsfall die Möglichkeit der Unterstützung durch beispielsweise Schrift-, Gebärden- oder Sprachdolmetscher gegeben ist. Die Mehrheit der Pflegestützpunkte verneinte dies (rd. 61 %).

Die übrigen 39 % berichteten dagegen, dass es einerseits sowohl einen Rechtsanspruch nach § 19 Abs. 1 SGB X gäbe bzw. im Bedarfsfall Schrift-, Gebärden- oder Sprachdolmetscher über einen Dolmetscherdienst organisiert werden. Andere Pflegestützpunkte regeln das über die jeweils örtlichen Zuständigkeiten, sei es über die Stadt, den Sozialhilfeträger, das Kreishaus, etc.). Vereinzelt wurde ebenfalls auf barrierefreie Informationsblätter in leichter Sprache hingewiesen.

Die Möglichkeiten der barrierefreien Beratung sind, wenn überhaupt, überwiegend in städtischen Regionen gegeben (knapp 60 %) – so in Berlin und Hamburg. Da die Pflegestützpunkte in Hamburg in den Bezirksämtern angesiedelt sind, kann bei Bedarf auf die dort vorhandenen Listen von (Gebärden-) Sprachdolmetschern zurückgegriffen werden.

Rheinland-Pfalz wies außerdem sehr gute Voraussetzungen in Bezug auf barrierefreie Beratung auf, hier bejahten knapp 80 % der rheinland-pfälzischen Pflegestützpunkte barrierefreie Beratung anzubieten (Vergleich: Hamburg 88 %; Berlin 53 %). In Rheinland-Pfalz steht jedoch dafür grundsätzlich kein extra Budget zur Verfügung – die BeKo-Stellen rechnen diese Kosten über soziale Stellen und den Zuschuss für Sachkosten vom Landkreis ab. Die Pflegekassen haben dagegen ein eigenes Budget über das abgerechnet wird.

Ergänzend wurde aus dem Workshop mit ausgewählten Vertretern unterschiedlicher Bundesländer darauf hingewiesen, dass es insgesamt dort, wo die Pflegestützpunkte über kein Budget verfügen, schwierig sei verschiedene Sprachen bzw. Dolmetscher anzubieten, es sei denn es wird über den Landkreis/die Stadt bzw. eben über das Budget des Pflegestützpunktes finanziert (z. B. in Saarland). Grundsätzlich sei der Bedarf bisher jedoch eher gering gewesen und es fraglich, ob das Angebot diese Zielgruppe überhaupt erreiche.

Menschen mit Migrationshintergrund kämen, wenn überhaupt, in Begleitung eines Angehörigen/Bekannten, der dann für sie dolmetsche. Den Kassen scheint diese Problematik jedoch unterdessen bewusst zu werden, sodass umfassendere Aktivitäten für eine gezielte Ansprache auf regionaler Ebene angestrebt werden.

Bei Menschen mit Beeinträchtigungen verhielte es sich ähnlich. Laut Aussage der Experten sind diese ebenfalls eher schwierig zu erreichen bzw. kommen auch in Begleitung eines entsprechenden Dolmetschers. Um auch diese Zielgruppe verstärkter anzusprechen, informiert das Steuerungsgremium in Hamburg beispielsweise die verschiedenen Behindertenverbände über das Angebot der Pflegestützpunkte.

#### **6.1.6 Inanspruchnahme von Leistungen und Vermittlung durch externe Akteure**

52 PSP (28 %) gaben an, keine belegbaren Daten zu jahresbezogenen Fallzahlen zu haben. Von den 132 PSP, die über entsprechende Statistiken verfügen, machten jedoch nur 88 PSP entsprechende Angaben zu den Fallzahlen des Jahres 2016 (entspricht 48 % des Rücklaufs). Die PSP in Berlin teilten mit, die Daten seien nicht für

---

einzelne Pflegestützpunkte, sondern nur aggregiert auf Bezirksebene vorhanden. In anderen PSP gab es keine aussagekräftigen Daten für den Zeitraum aufgrund eines längerfristigen Ausfalls einer Beschäftigten oder Komplikationen mit dem EDV-System. Einige merkten an, dass ihre „Strukturen“ nicht zu den in der Befragung genannten Kategorien passen würden.

Im Mittel haben diese 88 PSP 1.700 Fälle im Jahr 2016 beraten (Median = 1.265 Fälle) – die Spannweite beginnt bei 210 Fällen und geht bis 15.000 Fälle, wobei der PSP mit der höchsten Fallzahl auch über zehn Vollzeitstellen verfügt. Die folgende Tabelle 21 weist die durchschnittlichen Fallzahlen der PSP nach Bundesländern aus, wobei zu berücksichtigen ist, dass in einigen Bundesländern (kursiv) die Zahl der Datensätze im Vergleich zur Gesamtzahl der PSP im Bundesland sehr gering ist. Die rechte Spalte enthält die durchschnittliche Zahl der Fälle je Vollzeitstelle nach Bundesländern – der Mittelwert liegt hier bei 892 Fällen pro Jahr und VZ mit einer Bandbreite von 325 in Hamburg bis 1.564 in Bayern.

Tabelle 21: Durchschnittliche Fallzahlen 2016 nach Bundesländern (n = 88)

Bundesland	durchschn. Fallzahl	Fälle/VZ
Hamburg (n = 6)	1.025	325
Saarland (n = 8)	2.037	514
<i>Rheinland-Pfalz (n = 3)</i>	612	568
Brandenburg (n = 13)	1.551	660
Hessen (n = 20)	1.597	664
Schleswig-Holstein (n = 3)	2.033	877
Niedersachsen (n = 16)	998	930
<i>Nordrhein-Westfalen (n = 4)</i>	5.566	1.106
Thüringen (n = 3)	1.135	1.159
Bremen (n = 2)	4.048	1.446
Bayern (n = 8)	1.951	1.564
Baden-Württemberg	k. A.	k. A.
Berlin	k. A.	k. A.
Mecklenburg-Vorpommern	k. A.	k. A.

Quelle: IGES

Die große Streuung der Angaben zur Fallzahl insgesamt bzw. der Quote Fallzahl pro VZ ist, ebenso wie die hohe Zahl nicht plausibel ausgefüllter Angaben zu den einzelnen Fallkategorien (Information, einfache Beratung, komplexe Beratung/Fallmanagement), ein Indiz dafür, dass die Definition eines „Beratungsfalles“ regional

sehr unterschiedlich gehandhabt wird bzw. die Dokumentation der Beratungstätigkeit äußerst unterschiedlich ausfällt. So wurde beispielsweise angemerkt, dass die Beantwortung von E-Mails aus Zeitgründen nicht immer in der Dokumentation erfasst werde. Einige PSP erfassen kurze allgemeine Auskünfte gar nicht oder zählen diese nicht zu den „Fällen insgesamt“. Daher würden die Ergebnisse tiefergehender Analysen der Daten zu Fehlinterpretationen führen.

Der Anteil der **Hausbesuche** 2016 an den Fällen insgesamt konnte für 73 PSP mit entsprechend konsistenten Angaben ausgewertet werden. Er lag zwischen einem und 65 % (Mittelwert 14,6 %, Median 10,0 %). Weitere 6 PSP hatten angegeben, grundsätzlich keine Hausbesuche anzubieten. Dieser sehr unterschiedlich hohe Anteil von Hausbesuchen erklärt ebenfalls einen Teil der großen Bandbreite bei den jährlichen Fallzahlen.

Nur knapp 40 % der Pflegestützpunkte (n = 73 PSP) gaben an, über belegbare Daten zur Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegestützpunkte aufgrund von **Empfehlungen anderer Akteure** zu verfügen. Dies betraf jeweils die Mehrheit der PSP in den Bundesländern Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland. Konkrete Angaben zu Zahlen bzw. Anteilen vermittelter Fälle 2016 machten aber lediglich 20 PSP. Eine Übersicht zu den Angaben gibt die Tabelle 22. Einige PSP nannten Fallzahlen, andere prozentuale Anteile. Die Anzahl der PSP, deren Angaben jeweils in die Berechnung der Summe bzw. des Durchschnittswertes eingehen, ist mit „n“ angegeben.

Am häufigsten wurden Fälle von den Kranken- und Pflegekassen an die Pflegestützpunkte vermittelt. Aber auch Pflegedienste, Sozialämter und Krankenhäuser verweisen häufiger auf die Pflegeberatung in PSP. Deutlich seltener (sowohl Anzahl als auch anteilmäßig) kommen entsprechende Hinweise von niedergelassenen Ärzten.

Tabelle 22: Häufigkeit von Empfehlungen anderer Akteure

Akteure, die PSP empfehlen	Summe Beratungsfälle 2016	n =	Anteil (%) an allen Fällen (Durchschnitt)	n =
Kranken- und Pflegekassen	1.895	17	12,5	20
Akut-/Rehakliniken	1.494	15	6,8	18
niedergelassene Ärzte	535	15	2,3	18
Pflegedienstleister	1.667	16	5	18
Sozialamt	1.642	14	8	17

Quelle: IGES

### 6.1.7 Öffentlichkeitsarbeit

Zur Öffentlichkeitsarbeit wurden im ersten Fragenblock drei Aspekte erfragt: Einmal das Vorhandensein einer systematischen ÖA und klarer personeller Zuständigkeiten, weiterhin ob es ein im Bundesland einheitliches Auftreten der PSP gibt und ob der PSP Veranstaltungen organisiert bzw. regelmäßig an solchen teilnimmt.

Mit 93 % (171 PSP) gab die große Mehrheit an, eine systematische ÖA zu betreiben. Lediglich 13 Pflegestützpunkte verneinten diese Aussage, davon waren jeweils zwei aus Berlin und Rheinland-Pfalz, drei aus Niedersachsen und sechs aus Nordrhein-Westfalen.

Anhand der Angaben zur Zuständigkeit für die ÖA wird deutlich, dass diese häufig bei einem übergeordneten Gremium angesiedelt ist und nur teilweise im PSP selbst liegt. In letzteren Fällen gibt es z. T. für ÖA zuständige Beschäftigte (z. B. Sozialberater) oder alle Beschäftigten sind gleichermaßen mit dieser Aufgabe betraut.

So gibt es beispielsweise in Berlin eine „Arbeitsgemeinschaft Öffentlichkeitsarbeit“, der alle PSP in Berlin angehören. In Bremen wurde diese als „Marketing AG“ bezeichnet, in der alle Beschäftigten und Führungskräfte der PSP beteiligt sind und Entscheidungen über neue Werbemittel und Maßnahmen (Zeitungsartikel, Anzeigen, Plakate, etc.) treffen (vgl. Abbildung 39).

Abbildung 39: Übersicht der verschiedenen Zuständigkeiten für die Öffentlichkeitsarbeit in Pflegestützpunkten



Die Bandbreite der beispielhaft genannten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit reichte von Informationsflyern und Internetauftritten über Vorträgen und Schulungen in unterschiedlichsten Institutionen und Einrichtungen (in Gemeinden, Jobcentern, Firmen, Krankenhäusern) sowie auf Messen (z. B. Podiumsdiskussionen), regelmäßige Gremien- und Netzwerkarbeit (Teilnahme an Arbeitskreisen und Treffen), regionale Zusammenarbeit mit der Presse (regelmäßige Zeitungsartikel in der lokalen Presse), Durchführung von Informationsveranstaltungen sowie Themen- und Fachtagen bis hin zu Telefonaktionen und Radiowerbung.

In der Mehrheit der Bundesländer (in zehn von 14) gibt es für die Pflegestützpunkte ein landesweit einheitliches Auftreten bzw. Erscheinungsbild. In Bayern und Thüringen gibt es einen solchen Ansatz nicht, was sich auch einheitlich in den Antworten zeigte. Auch in Nordrhein-Westfalen sind Konzept und Struktur der Pflegeberatungsstellen je nach Kommune unterschiedlich – dennoch wurde die Frage von fast der Hälfte der PSP bejaht. In Niedersachsen gibt es seit dem 01.01.2014 eine neue seniorenpolitische Beratungsstruktur, die die Seniorenservicebüros und die Pflegestützpunkte zusammengeführt hat (bis dato aber in einigen wenigen Kreisen noch nicht). Für die „Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen“ gibt es ein einheitliches Logo, das jedoch nicht durchgängig von allen Beratungsstellen genutzt wird. Hier verneinte ein Drittel der PSP die Frage zu einem landesweit einheitlichen Erscheinungsbild der Pflegeberatung.

Fast alle Pflegestützpunkte (rd. 97 %) berichteten zudem, regelmäßig Veranstaltungen zu organisieren bzw. an Veranstaltungen Dritter teilzunehmen. Beispiele für von den Pflegestützpunkten initiierte Veranstaltungen waren:

- ◆ Themen- und Aktionstage (z. B. Seniorentage, Gesundheitstage, Tag der offenen Tür, Tag der Pflege) sowie Themennachmittage,
- ◆ regelmäßige Vorträge/Vortrags- und Schulungsreihen (Thema Pflege, Schulung pflegende Angehörige, Betreuungsrecht, Vorsorgevollmacht, etc.),
- ◆ Informationsveranstaltungen (Pflegestärkungsgesetze, Welt-Alzheimer-tag) und Informationsstände ("Samstage gegen das Vergessen").

Bei den 3 % der Pflegestützpunkte, bei denen das nicht zutraf, wurde mehrheitlich Personal- und Zeitmangel als Begründung genannt.

### **6.1.8 Zusammenfassung Strukturmerkmale**

Die folgende Tabelle 23 enthält eine aggregierte Rangfolge der Bundesländer, bei der die drei Strukturmerkmale Einwohner im Einzugsgebiet pro Vollzeitkraft, wöchentliche Öffnungszeiten der PSP und maximale Entfernungen bei Hausbesuchen, jeweils mit den Durchschnittswerten pro Bundesland, berücksichtigt wurden. Diese Werte wurden pro Merkmal zunächst standardisiert (z-Transformation) und anschließend mit unterschiedlicher Gewichtung aggregiert. Das größte Gewicht wurde mit 0,5 der Einwohnerzahl pro VZ zugewiesen, da dieser Wert letztlich die

---

insgesamt für Beratung zur Verfügung stehende Arbeitszeit bestimmt. Die wöchentlichen Öffnungszeiten gingen mit 0,3 und die maximale Entfernung bei Hausbesuchen mit 0,2 in die Berechnung ein. Längere Öffnungszeiten sind tendenziell mit besseren bzw. niedrigschwelligeren Zugangsmöglichkeiten zur Beratung verbunden. Weitere Wege für Hausbesuche wirken sich negativ auf die Zahl der Fälle aus, die pro Zeiteinheit bearbeitet werden können.

Auch bei dieser Gesamtbetrachtung liegt Rheinland-Pfalz an der Spitze, wo sowohl die geringste Zahl Einwohner pro VZ als auch kurze Entfernungen bei Hausbesuchen zu Buche schlagen. Die wöchentlichen Öffnungszeiten der PSP liegen im Bundesdurchschnitt. An zweiter Stelle liegt Bremen, wo zwar die Zahl der zu versorgenden Einwohner pro VZ deutlich höher liegt, aber die längsten Öffnungszeiten zu verzeichnen sind bei gleichzeitig vergleichsweise kurzen Wegen. An dritter Stelle folgt das Saarland, wo die Beraterinnen und Berater gegenüber den ersten Rängen weitere Wege für Hausbesuche in Kauf nehmen müssen. Die letzten drei Plätze sind vor allem geprägt durch hohe Einwohnerzahlen, die rechnerisch pro VZ zu versorgen sind – im Falle von Schleswig-Holstein (letzter Platz) gepaart mit den kürzesten wöchentlichen Öffnungszeiten der PSP.

---



Tabelle 23: Aggregierte Rangfolge der Bundesländer anhand der Strukturmerkmale Vollzeitkräfte, Öffnungszeiten und Entfernungen für Hausbesuche

Bundesland	Ø Einwohner pro VZ	Ø Öffnungszeiten (h/Woche)	Ø max. Entfernung Hausbesuche (km)	Rang
<i>Gewichtungsfaktor</i>	<i>0,5</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	
Rheinland-Pfalz	24.126	19	18	1
Bremen	74.751	32	18	2
Saarland	26.998	20	31	3
<i>Baden-Württemberg*</i>	<i>76.250</i>	<i>28</i>	<i>21</i>	<i>4</i>
Berlin	40.983	12	12	5
Hamburg	86.808	16	20	6
Niedersachsen	101.339	28	42	7
Brandenburg	58.728	16	53	8
Bayern	101.188	21	33	9
Mecklenburg-Vorpommern	60.287	14	52	10
Thüringen	98.555	19	33	11
Nordrhein-Westfalen	122.875	23	26	12
Hessen	117.915	16	36	13
Schleswig-Holstein	121.163	10	38	14

Quelle: IGES, \* Werte für Baden-Württemberg nur auf Basis von zwei Datensätzen.

## 6.2 Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall

Schwerpunkte der Befragung im Fragenblock zwei bildeten das Fallmanagement, die Versorgungsplanung sowie die Häufigkeit der fallbezogenen Zusammenarbeit mit anderen Akteuren.

Entsprechend der dem Fragebogen vorangestellten Definition ist Fallmanagement (Case-Management) eine „ausführliche Beratung und Fallbegleitung bei komplexen Bedarfen, i. d. R. Einbezug mehrerer Rechtsbereiche (z. B. SGB V, SGB XI, SGB XII, etc.) und Themen (Gesundheit, Pflege, Wohnen, ...), i. d. R. mehrere Kontakte pro Fall und mind. ein Hausbesuch sowie Erstellung eines Versorgungsplans, Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen und Überprüfung von deren Wirksamkeit“.

Ziel der Befragung in diesem Abschnitt war es herauszuarbeiten, in welchem Umfang in den einzelnen PSP Fallmanagement durchgeführt und Versorgungspläne

erstellt werden und wie in diesem Zusammenhang die Kooperation mit anderen Akteuren erfolgt.

### 6.2.1 Voraussetzungen zur Erstellung eines Versorgungsplans und dessen Inhalte

Rund 11 % der PSP (n = 21) gaben an, generell keine Versorgungspläne zu erstellen, da dies explizit nicht Aufgabe der PSP bzw. den Beschäftigten von Kranken- und Pflegekassen vorbehalten sei. Insbesondere in Schleswig-Holstein wird, wie bereits erläutert, sehr strikt zwischen der Beratung nach § 7 a SGB XI (ausschließlich den Kassen vorbehalten) und der allgemeinen Beratung sowie dem fallunabhängigen Care-Management unterschieden (Aufgabe der PSP). Die „Hilfeplanerstellung“ wird dabei der § 7 a-Beratung zugeordnet. Auch die drei PSP in Thüringen erstellen grundsätzlich keine Versorgungspläne, in Niedersachsen sind es 13 von 20 PSP, auf die das ebenfalls zutrifft, sowie ein PSP aus NRW.

Die Freitexte zur Frage, für welche Fälle ein **Versorgungsplan** erstellt wird, wurden den in Tabelle 24 aufgeführten Antwortkategorien zugeordnet (ein bis zwei pro Freitext). Am häufigsten wurde das Thema komplexer Bedarf/Einbeziehung mehrerer Akteure genannt, gefolgt von der Aussage, dass für alle komplexen Beratungs- und CM-Fälle ein VP erstellt werde. Im Umkehrschluss lässt sich daraus schließen, dass für alle Fälle, in denen nur allgemeine Informationen/einfache Beratungen erfolgen, kein VP erstellt wird. Weiterhin wird „7 a-Beratung“ als Auslöser für die Erstellung eines VP genannt, häufig noch ergänzt um den Begriff CM-Fälle, wobei jedoch unklar bleibt, wie sich diese voneinander unterscheiden. In selteneren Fällen wird auf Fälle verwiesen, bei denen die Klienten allein bzw. mit der Situation überfordert sind. Weiterhin wird ein VP erstellt, wenn der PSP Maßnahmen initiiert und deren Umsetzung auch überprüft (was im Falle von CM eigentlich auch erfolgen sollte).

Tabelle 24: Fälle, für die ein Versorgungsplan erstellt wird

Kriterium	Anzahl Nennungen	Anteil in %
komplexer Bedarf/mehrere Beteiligte	80	35
Fall-/Case-Management	65	28
§ 7 a-Beratung	45	20
allein/überfordert etc.	20	9
Nachkontakt erforderlich zur Prüfung	6	3
für alle Beratungsfälle	2	1
Sonstiges	11	5

Quelle: IGES

Unter „sonstiges“ fielen Antworten wie „bei mangelnder Versorgungsstruktur“, „bei SGB XII-Leistungen“ oder „gem. Dienstanweisung“. Die PSP aus Hamburg verweisen auf die bis zum 31. 07. 2018 vom GKV-Spitzenverband zu erlassenden Pflegeberatungs-Richtlinien, nach deren Vorgaben dann auch im Hinblick auf die Erstellung von VP verfahren werden wird.

Beispiel aus Mecklenburg-Vorpommern: „Ergibt sich aus der Situationseinschätzung und Beratung ein individueller Unterstützungs- bzw. Hilfebedarf (Vereinbarung von Maßnahmen, die durch den Klienten selber, Angehörige, Dritte oder durch den Pflegeberater umgesetzt, organisiert werden), ist der individuelle VP zu erstellen.“

### **Versorgungspläne**

Drei Viertel der Pflegestützpunkte (n = 144) verfügt über eine standardisierte Vorlage eines Versorgungsplans. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass 21 PSP keine Versorgungspläne erstellen, verbleiben 19 PSP, die eine Versorgungsplanung ohne standardisiertes Formular durchführen.

133 PSP (68 %) machten Angaben zu den Inhalten von Versorgungsplänen, darunter fügten 18 PSP ein Muster des Formulars eines VP als Datei an. Anhand der Aussagen in den Freitexten enthalten die VP in der Regel neben Stammdaten der Klienten folgende Kategorien: Erfassung Hilfebedarf/Assessment, Ressourcen, Ziele, Maßnahmen, Termine/Vereinbarungen, Abschluss/Evaluation.

Die Ermittlung des Hilfebedarfs erfolgt teilweise anhand des AEDL-Konzepts, teilweise auf Basis der Module der neuen Begutachtungsrichtlinie des MDK und teilweise anhand von Diagnosen und zur Verfügung stehenden Hilfen und Sozialleistungen. Der „individuelle Versorgungsplan“ im engeren Sinne enthält meist die Kategorien „wer“ macht „was“ und „bis wann“ und einen Vermerk zur Nachverfolgung (Termin o. ä.).

In selteneren Fällen werden im Rahmen der Versorgungsplanung auch Informationen zur finanziellen bzw. ökonomischen Situation der Klienten erfasst (u. a. in Berlin, Brandenburg, Bremen). Ein VP aus Brandenburg enthält ein Formular für eine von den Beratenden zur erstellende „Netzwerkkarte“ der Klienten – dort sind alle Akteure im Umfeld der pflegebedürftigen Person auf einer Zeichnungsfläche grafisch und tabellarisch mit Kontaktdaten einzutragen.

Einige PSP verwiesen auf den Einsatz der Softwarelösung synCase (Fa. synectic software & services GmbH), deren Einsatz relativ verbreitet ist. Diese kommt, in länderspezifischen Versionen, in mindestens sechs Bundesländern zum Einsatz (u. a. Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland).

Eine ausführliche vergleichende Analyse der 18 von den PSP übersandten Musterformulare von Versorgungsplänen verdeutlicht noch einmal explizit, wie unterschiedlich die Verfahrensweise bundesweit ist, auch wenn teilweise auf die gleiche Software (synCase) zurückgegriffen wird. Folgende Inhalte wurden identifiziert:

- ◆ Beratungsort bzw. -art (im PSP/telefonisch/Hausbesuch),

- ◆ Stammdaten (Klientendaten, Kontaktperson, Hausarzt/-ärztin, ggf. Krankenkasse, Nationalität, Migrationshintergrund etc.),
- ◆ allgemeine Informationen/Ressourcen (Wohnsituation, soz./ökon. Situation, Situation pflege und Gesundheit, andere Dienstleister, Notwendigkeit eines Hausbesuchs),
- ◆ Med. Anamnese (Diagnosen, Pflegegrad),
- ◆ Beratungsanlass/Problemschilderung; Beratungsinhalte,
- ◆ Assessment Beratungs-/Hilfebedarf (angelehnt an AEDLS; nach SGB-Leistungen)/Module der MDK Begutachtungsrichtlinien),
- ◆ Individueller Versorgungsplan (was, wer, bis wann) und Evaluation,
- ◆ Einwilligung der Klienten und Datenschutzhinweis.

Die folgende Übersicht zeigt die Heterogenität der 18 Beispielformulare, deren Umfang bereits zwischen einer Seite und 22 Seiten variiert (wobei die Beispiele mit 1-2 Seiten offenbar nur den „individuellen VP im engeren Sinne“ enthalten und die anderen die vollständige Dokumentation der Beratung).

Lediglich zwei der insgesamt 20 Kriterien sind in allen 18 Formularen enthalten (siehe Summe der Kreuze je Spalte in der letzten Zeile der Übersicht): Angaben zum Klienten (Name und Geburtsdatum) sowie zu den vereinbarten Maßnahmen. Am einheitlichsten zeigt sich die Vorgehensweise in Hessen, wo zumindest fünf der sieben Beispiele hinsichtlich Länge und Inhalt weitgehend übereinstimmen (optisch aber auch in zwei verschiedenen Versionen vorliegen). Dort fehlt allerdings die Einwilligung der unterstützten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters, die nach den Vorschriften des Sozialdatenschutzes erforderlich ist.

Abbildung 40: Inhalte/Bestandteile von Versorgungsplänen (n = 18) im Vergleich

Bundesland	Seitenzahl	Beratungsort	Stammdaten			weitere Informationen					Beratungsanlass
			Klientendaten	Kontaktperson	Hausarzt	Wohnsituation	soz. Situation	ökonom. Situation	Dienstleister	Notwendigkeit Hausbesuch	
Berlin	2		x								x
Brandenburg	10	x	x	x	x	x	x			x	x
Brandenburg	15	x	x			x	x	x			x
Brandenburg	6	x	x	x		x	x				x
Hessen	4	x	x	x	x	x	x		x		x
Hessen	4	x	x	x	x	x	x		x		x
Hessen	4	x	x	x	x	x	x		x		x
Hessen	4	x	x	x	x	x	x		x		x
Hessen	2	x	x	x		x	x				x
Hessen	4	x	x	x	x	x	x		x		x
Hessen	15	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Mecklenburg-Vorpommern	1		x								x
Niedersachsen	1		x								
NRW	22	x	x	x	x	x	x			x	x
NRW	11	x	x	x	x	x	x			x	x
NRW	22	x	x	x	x	x	x			x	x
Saarland	9		x	x		x	x	x	x		x
Saarland	4		x	x		x	x	x	x		x
Häufigkeit der Nennungen		13	18	14	10	15	15	4	8	4	17

Bundesland	med. Anamnese		Assessment Hilfebedarf		individueller Versorgungsplan			Nachverfolgung/ Evaluation	Einwilligung des Klienten	Datenschutz hinweis
	Diagnosen	Pflegegrad	AEDLs	nach SGB- Leistungen	Was?	Wer?	Bis wann?			
Berlin					x	x	x	x	x	
Brandenburg		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Brandenburg	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Brandenburg		x	x		x	x	x		x	
Hessen	x	x		x	x	x	x	x		
Hessen	x	x		x	x	x	x	x		
Hessen	x	x		x	x	x	x	x		
Hessen	x	x		x	x	x	x	x		
Hessen		x			x			x		x
Hessen	x	x		x	x	x	x	x		
Hessen	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Mecklenburg-Vorpommern					x	x	x	x	x	
Niedersachsen					x					
NRW	x	x	x	x	x	x		x	x	x
NRW	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
NRW	x	x	x	x	x	x		x	x	x
Saarland	x	x		x	x			x	x	x
Saarland	x	x			x	x	x	x		x
	12	15	7	11	18	15	13	15	10	9

Quelle: IGES

In Anbetracht der neuen Pflegeberatungs-Richtlinie, die am 07. Mai 2018 beschlossen wurde, ist damit zu rechnen, dass Anpassungen bzw. Umstellungen der aktuellen Versorgungspläne vorgenommen werden. Konkret wurde dies für das Saarland und Hamburg bereits angekündigt. Die Pflegeberatungs-Richtlinie (GKV-SV 2018b) enthält bezgl. der Inhalte von VP folgende Punkte:

- ◆ Stammdaten (z. B. Angaben zur Person, zum Betreuer oder Bevollmächtigten, zu Angehörigen, zum Pflegegrad),
- ◆ individueller Hilfe- und Unterstützungsbedarf,
- ◆ Zielformulierung,
- ◆ gemeinsam vereinbarte Maßnahmen unter Berücksichtigung der im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen, insbesondere Leistungen nach dem SGB V, SGB VI, SGB VIII, SGB IX, SGB XI und SGB XII,
- ◆ Empfehlungen zur Umsetzung der gemeinsam vereinbarten Maßnahmen (insbesondere mit Hinweisen zu den dazu vorhandenen (örtlichen) bedarfsgerechten Unterstützungen) und Festlegung der Verantwortlichkeiten,
- ◆ Hinweise zur gemeinsamen Überprüfung und Anpassung der Maßnahmen, beispielsweise auf Wunsch eine Vereinbarung von Folgekontakten.

Diesen Kriterien würden nur zwei der 18 Beispiele derzeit entsprechen, da nur jeweils ein VP aus dem Saarland und einer aus Brandenburg explizit auf Versorgungsziele eingehen.

### **6.2.2 Rolle und Umsetzung des Fallmanagements in den Pflegestützpunkten**

Analog zur Beantwortung der Frage zur Versorgungsplanung gaben rund 10 % der PSP an, generell kein Fallmanagement durchzuführen (Schleswig-Holstein, Thüringen, teilweise in Niedersachsen und NRW). Wenn Fallmanagement durchgeführt wird, erfolgt dies in der Regel in Fällen „mit komplexen Bedarfen“. Dies wird von einigen PSP beispielsweise folgendermaßen konkretisiert:

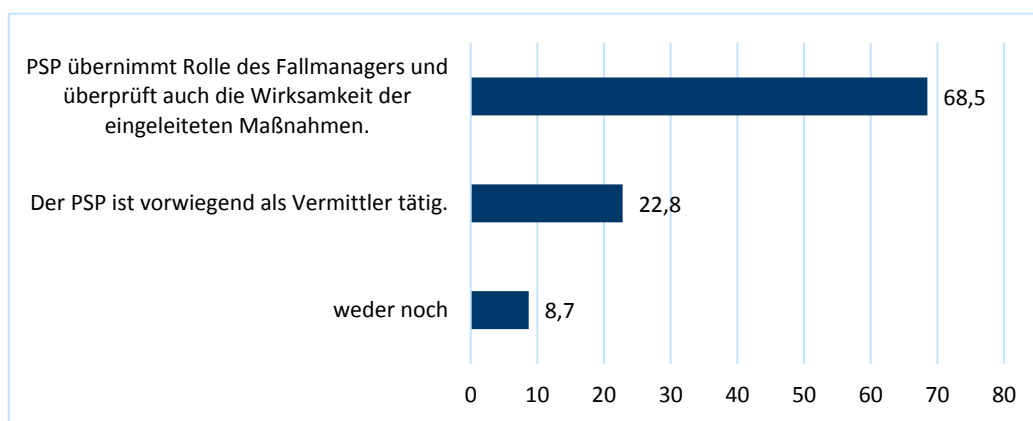
- ◆ es liegen mindestens drei Problemlagen vor,
- ◆ ab zwei Maßnahmen im Versorgungsplan, welche von dem Pflegeberater durchgeführt werden müssen,
- ◆ bei Beteiligung mehrerer/vielfältiger Akteure,
- ◆ wenn mehrere Rechtsbereiche betroffen sind.

Ein weiteres, sehr häufig genanntes Kriterium sind mangelnde Ressourcen auf Seiten der Klienten zur selbständigen Bewältigung der Pflegesituation (mangelndes Selbsthilfepotenzial, keine Angehörigen oder soziale Netzwerke, drohende Verwahrlosung, nach einem Akutereignis etc.).

Weitere Antworten enthielten eher allgemeine Hinweise auf Dienstanweisungen, Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Case- und Care-Management sowie auf Fälle gem. § 7 a-c SGB XI.

Gefragt nach ihrer konkreten Rolle im Fallmanagement sehen sich zwei Drittel der Pflegestützpunkte als Fallmanager, d. h. es findet auch eine Überwachung der Umsetzung des Versorgungsplans sowie eine Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen statt (vgl. Abbildung 41). Immerhin knapp 23 % sehen sich jedoch nur in der Position des Vermittlers, was auf ein eher reduziertes Verständnis von FM hindeutet. Die restlichen 9 % führen keine FM durch.

Abbildung 41: Die Funktion des Pflegestützpunktes im Rahmen des Fallmanagements (n = 184, Angaben in %)



Quelle: IGES

Auf personeller Ebene wird das Fallmanagement in der überwiegenden Mehrzahl der Pflegestützpunkte (75 %) bei Bedarf von allen Beratern durchgeführt. Wo dies verneint wurde, nannten die PSP folgende, für das FM zuständige Personen:

- ◆ Pflegeberater der Pflegekassen (qualifiziert nach § 7 a SGB XI),
- ◆ Berater mit ausreichender Berufserfahrung und speziellen Kompetenzen,
- ◆ Pflege- und Sozialberater,
- ◆ die Mitarbeiter im Bereich Psychosoziale Begleitung,
- ◆ qualifizierte Case-Manager.

Ein Pflegestützpunkt gab an, keine personellen Ressourcen für ein Fallmanagement zur Verfügung zu haben. Bei einem anderen Pflegestützpunkt wurde im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung eine halbe Vollzeitstelle explizit ohne die Übernahme von Fallmanagement vereinbart.

Über die Hälfte der Pflegestützpunkte (rd. 58 %) berichtete, in ausgewählten Fällen das Fallmanagement nicht selbst durchzuführen, sondern an andere Akteure abzugeben. Dies erfolgte z. B. wenn:

- ◆ vorhandene Fachberatungsstellen eher qualifiziert sind (z. B. gerontopsychiatrische Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Stützpunkte mit Kinderbeauftragten, Sozialpädiatrisches Zentrum, Beratungsstellen

für körperbehinderte Menschen, Suchtberatungsstellen, Rechtsberatung, Gesundheitsamt, bezirkliche Seniorenberatung, palliative Beratung, kommunale Sozialdienste, Schuldnerberatungsstelle),

- ◆ die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung notwendig ist,
- ◆ eine eindeutige Zuständigkeit anderer Rechtsbereiche vorliegt (z. B. durch die Rentenversicherung (SGB VI), Unfallversicherung (SGB VII), Sozialhilfe (SGB XII), Jobcenter (SGB II), Eingliederungshilfe (SGB XII – bis 2020, danach SGB IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten oder Ausländerbehörde),
- ◆ Personen privat versichert sind,
- ◆ eine Sterbebegleitung erforderlich ist oder
- ◆ der Wohnort/die Arbeitsstelle der Klienten näher an einem anderen PSP liegt.

Einzelne Pflegestützpunkte ergänzten, dass sie aufgrund der Zuständigkeit einer anderen Institution das Fallmanagement zwar abgeben, aber dennoch versuchen „abschließend“ zu beraten, andere wiederum geben das Fallmanagement generell an Dritte ab.

Das Fallmanagement ist der Regel zeitlich nicht von vornherein befristet (94 %). So ist dies grundsätzlich auch in den Standards des Case-Managements vorgesehen, wonach die Länge eines FM ausschließlich von sachlichen Gründen bestimmt werden sollte. Von 80 PSP nannte ein Drittel die Zielerreichung, weiterhin wurde auf die Abhängigkeit von den konkret umzusetzenden Maßnahmen und die Schnelligkeit der anderen Akteure verwiesen. PSP mit zeitlichen Vorgaben für FM-Fälle (n = 11, 6 %) nannten mehrheitlich ein bis max. sechs Monate und nur in zwei Fällen darüber hinaus bis zu acht oder 12 Monate.

Die Häufigkeit von Fallmanagement-Fällen (als Anteil an allen Beratungsfällen, Schätzwerte) fällt ähnlich wie bereits die Anzahl der Fälle je PSP sehr unterschiedlich aus: Die Spannbreite lag bei 1 % bis 80 %, mit einem Mittelwert von 19 % (n = 150 PSP). Aber auch die Durchschnittswerte nach Bundesländern liegen mit 1 % bis über 30 % weit auseinander (wobei erneut für einige Bundesländer nur ein bis zwei Datensätze vorliegen, so dass der sehr hohe Wert für Baden-Württemberg kaum aussagekräftig ist):



Tabelle 25: Anteil Fallmanagement nach Bundesländern  
(n = 150)

Bundesland	Anteil Fallmanagement in %
<i>Baden-Württemberg (n = 2)</i>	59
Bayern	10
Berlin	8
Brandenburg	32
<i>Bremen (n = 1)</i>	1
Hamburg	6
Hessen	24
Mecklenburg-Vorpommern	31
Niedersachsen	26
Nordrhein-Westfalen	20
Rheinland-Pfalz	15
Saarland	12
Schleswig-Holstein	6
<i>Thüringen (n = 1)</i>	30

Quelle: IGES

Anhand der im Fragenblock 1 angegebenen Fallzahlen 2016 konnte für 64 PSP jeweils der Anteil von Fällen mit Fallmanagement an allen Beratungsfällen errechnet werden: Er lag im Durchschnitt bei 10 % (Median 5,6 %, Spannbreite 0,1 bis 48 %). Aus veröffentlichten Daten von Berlin für das Jahr 2014 und 2015 geht hervor, dass der Anteil „komplexer Beratungsfälle“ bei unter 3 % lag. Der Jahresbericht 2016 aus Bremen weist einen Anteil von Fällen „mit Versorgungsplan“ von 2 % aus (Die Senatorin für Soziales 2017: 7). Eine Studie aus Baden-Württemberg hat einen Anteil der Case-Management-Fälle von knapp 18 % ermittelt (Mehnert und Tebest 2013). Insofern scheinen die Schätzwerte in der Befragung in einigen Bundesländern (insb. den beiden PSP aus Baden-Württemberg) tendenziell zu hoch zu sein.

Nur die Hälfte der PSP, in denen Fallmanagement durchgeführt wird (74 von 150 PSP), gaben an, für alle FM-Fälle einen Versorgungsplan zu erstellen. Von diesen wiederum überprüfen 68 PSP zumindest einmalig auch die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen. Ein relativ hoher Anteil der FM-Fälle (60 %) besteht vorwiegend in der Vermittlung von Hilfen und Dienstleistungen. In diesen Fällen wird seltener die Wirksamkeit der Beratung überprüft (nur in jedem zweiten Fall).

Insgesamt wird vor allem deutlich, dass der Begriff „Fallmanagement“ bundesweit sehr unterschiedlich ausgelegt wird. Ein PSP aus Mecklenburg-Vorpommern hat ein konkretes Beispiel zur Vorgehensweise geschildert:

1. Zielformulierung und Hilfeplan erstellen
2. Begleitung des Betroffenen durch mindestens einen Nachkontakt nach Erstellung des VP
3. regelmäßige Draufsicht und Zwischenevaluation sowie Nachregulierung bei verändertem Hilfebedarf
4. das Fallmanagement endet mit einer Abschlussevaluation, wenn
  - die Versorgungsbedarfe der Klienten beendet sind und zu deren Zufriedenheit und Wünschen umgesetzt wurden,
  - sich kein persönlicher Nachkontakt innerhalb von 2 Monaten ergeben hat,
  - der Klient dauerhaft an einen anderen Zuständigkeitsbereich ohne weitere Einbindung des Pflegeberaters weitergeleitet wurde,
  - der Klient keine Unterstützung mehr wünscht oder
  - der Klient verstorben ist.

Zur Durchführung eines Fallmanagements (Case-Management) konnten weitere Besonderheiten im Saarland und in Hamburg identifiziert werden. Dort gelten als Voraussetzung für ein FM die Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case-Management (DGCC). Die PSP in Hamburg hätten zwar viele zeitaufwändige und komplexe Beratungsfälle, die jedoch die Bedingungen für ein CM trotzdem nicht erfüllten. Daher würde seltener ein Fallmanagement dokumentiert, obwohl viele Fälle komplex sind.

Die Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein führen dagegen kein Fallmanagement, sondern nur eine einfache Beratung durch. Das Fallmanagement soll ausschließlich von den Pflegeberaterinnen und -berater der Kassen erbracht werden: „Wir arbeiten nicht mit einem Versorgungsplan. Der Rahmenvertrag in Schleswig-Holstein besagt, dass Aufgabe der PSP das Care-Management ist und kein Fallmanagement. Für das Fallmanagement soll übergeleitet werden an die Pflegeberatung der Pflegekassen. Trotzdem geht unsere Beratung in Einzelfällen über die einfache Beratung hinaus.“

### **6.2.3 Konkrete Hilfestellungen im Einzelfall**

Um einen Eindruck von der Arbeitsweise der PSP bei der Auswahl und Inanspruchnahme von geeigneten (Sozial-)Leistungen im Einzelfall zu erhalten, wurden die Pflegestützpunkte nach der Häufigkeit typischer Unterstützungsleistungen gefragt. 62 PSP konnten dazu keine detaillierten Aussagen treffen, merkten jedoch teilweise an, dass alle genannten Hilfestellungen erfolgen.

In der überwiegenden Mehrheit aller Beratungsfälle werden Leistungsansprüche, deren Auswahl und Kombinationsmöglichkeiten persönlich erläutert. Es folgen die Weitergabe von Adresslisten regionaler Dienstleister und von Informationsbroschüren zu Leistungen der Sozialversicherung (vgl. Abbildung 42). Die konkrete

---

Vermittlung weiterer Ansprechpartner und die aktive Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen erfolgen in 60 % der Fälle und in jedem zweiten Fall wird die Umsetzung vereinbarter Maßnahmen überprüft. Seltener wird von den Beraterinnen und Beratern direkt mit Pflegedienstleistern oder anderen zuständigen Stellen Kontaktaufgenommen (je 28 %). Die Koordination des Einsatzes unterschiedlicher Dienstleister erfolgt nur in 14 % aller Fälle.

Abbildung 42: Übersicht zu konkreten Hilfestellungen im Einzelfall nach Häufigkeit (n = 122; Schätzwerte in % bezogen auf alle Beratungsfälle; Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: IGES

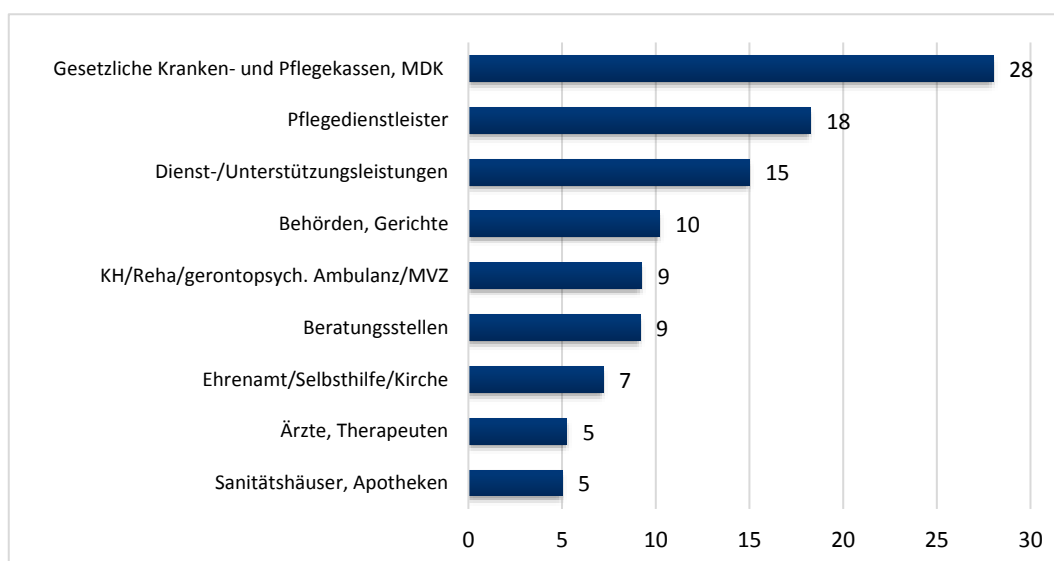
Ein häufig angesprochener Aspekt ist die Neutralität der Pflegeberatung, insb. wenn sie durch die Pflegekasse erfolgt. Deshalb wurden die PSP um eine Einschätzung gebeten, ob alle Antragssteller auf Pflegeleistungen neutrale Informationen von Pflegekassen über PSP bzw. zuständige Berater erhalten. Weniger als die Hälfte der PSP (rd. 41 %) bestätigt generell eine neutrale Beratung, knapp ein Drittel beschränkte diese Aussage auf einzelne Kassen. Mit einem klaren „nein“ votierten nur sieben PSP (4 %). Die restlichen 40 PSP sahen sich nicht zu einer Einschätzung in der Lage.

#### 6.2.4 Zusammenarbeit mit externen Akteuren bei der Koordinierung einzelner Beratungsfälle

In einem typischen FM-Fall sind nach Angaben der PSP im Schnitt drei bis sieben Akteure zu koordinieren, wobei die angegebene Spannbreite bei ein bis 20 Akteuren lag. Das zeigt, dass Fallmanagement nicht in allen PSP an die Voraussetzung der Einbindung mehrerer Akteure in die Versorgung gebunden ist.

Um die Versorgung im Einzelfall entsprechend den Bedarfen der Betroffenen bestmöglich zu koordinieren, ist in der Regel eine Zusammenarbeit mit externen Akteuren erforderlich. Daher wurden die Pflegestützpunkte gebeten jeweils einzuschätzen, wie häufig sie mit unterschiedlichen Akteuren (Dienstleister, Behörden etc.) zusammenarbeiten. Die Ergebnisse in Abbildung 43 geben einen Überblick, welche Akteure wie häufig fallbezogen eingebunden werden. 64 PSP konnten dazu keine konkreten Angaben machen – teilweise wurden verbale Einschätzungen gegeben (häufig, gelegentlich, nie), teilweise wurde mitgeteilt, dass der PSP mit allen genannten Akteuren kooperiere.

Abbildung 43: Akteursgruppen, mit denen PSP häufig zusammenarbeiten (n = 120; jeweils in % bezogen auf alle Beratungsfälle)



Bei der Koordinierung im Einzelfall arbeiten die Pflegestützpunkte am häufigsten mit den Kostenträgern und dem MDK zusammen. Das lässt darauf schließen, dass hier die Unterstützung beim Zugang zu Sozialversicherungsleistungen im Vordergrund steht. Danach folgen Hilfestellungen bei der Sicherstellung der Versorgung (Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen und Dienstleistern). An vierter Stelle stehen Kontakte zu Behörden (Sozialamt, Betreuungsbehörde etc.) zur Klärung weiterer Hilfen. Relativ selten erfolgt eine Zusammenarbeit mit Ärzten/Therapeuten sowie Ehrenamt und Selbsthilfegruppen.

Zehn PSP merkten an, dass sie selbst Wohnberatung anbieten (und daher diesbezüglich nicht mit Dritten kooperieren müssen). Teilweise verfügen einzelne Beschäftigte über spezielle Weiterbildungen zur Wohnberatung.

Neben den bereits genannten Akteuren wurden ergänzend u. a. folgende Akteure aufgeführt:

- ◆ Integrationsfachdienste und Beratungsstellen; Migrationsdienste,
- ◆ Frühförderung; Jugendamt, Sozialpädiatrisches Zentrum,
- ◆ Wohnungsbaugesellschaften; Vermieter,
- ◆ Schuldnerberatung,
- ◆ Pflege in Not – Beratungsstellen; Interventionsstelle Gewalt, Polizei
- ◆ Urlaubsanbieter,
- ◆ Jobcenter; Versorgungsamt.

Ein Hinweis auf die Zusammenarbeit mit der Pflegestrukturplanung des Landes ist wohl eher dem dritten Themenblock (Vernetzung und Kooperation unabhängig vom Einzelfall) zuzuordnen. Ein PSP gab an, infolge mangelnder personeller Ressourcen keine Koordinierungsaufgaben wahrnehmen zu können.

### **6.3 Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren**

Der dritte Fragenblock beschäftigte sich mit der Thematik der fallunabhängigen, übergeordneten Aufgabe der PSP gemäß § 7 c Abs. 2 Punkt 3 „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“. Dies bezieht sich auf die Etablierung und Weiterentwicklung bedarfsgerechter regionaler Versorgungsstrukturen.

Die folgenden Kapitel geben einen Einblick, in welcher Form die Pflegestützpunkte mit externen Akteuren zusammenarbeiten und wie zufriedenstellend diese Zusammenarbeit bewertet wird. Ein besonderer Fokus galt darüber hinaus den Aktivitäten der Pflegestützpunkte, die beispielsweise durch die Gründung von Netzwerken dazu beitragen, die regionalen Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Dies wurde u. a. unter Berücksichtigung der personellen und finanziellen Rahmenbedingungen untersucht.

---

### 6.3.1 Gestaltung der Zusammenarbeit mit externen Akteuren

Die folgende Tabelle 26 listet die Akteure auf, mit denen die meisten PSP zusammenarbeiten (und die mindestens 120 Mal genannt wurden), beginnend mit dem am häufigsten genannten Akteur. Die rechte Spalte gibt jeweils den Anteil der PSP an, die die Einschätzung „gute Zusammenarbeit von beiden Seiten“ gegeben haben.

Im Durchschnitt arbeitet jeder PSP mit 27 anderen Akteuren zusammen. Wenig überraschend sind Sozialämter, Kranken- und Pflegekassen sowie Pflegeeinrichtungen erneut die am häufigsten genannten Kooperationspartner der PSP. Deutlich seltener dagegen (nicht in der Tabelle enthalten), aber immer noch von rund der Hälfte der PSP genannt, arbeiten PSP mit Therapeuten, Medizinischen Versorgungszentren oder Apotheken zusammen. In der Regel erfolgt die Zusammenarbeit ohne vertragliche Basis („sonstige Zusammenarbeit“), eine schriftliche Vereinbarung wurde bisher im Schnitt mit nur einem Akteur pro PSP getroffen.

Anhand der Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit (rechte Spalte) wird deutlich, dass diese insgesamt noch viel Verbesserungspotenzial enthält: Eine fast durchweg positive Bewertung erhielten mit 93 % nur benachbarte Pflegestützpunkte. An zweiter und dritter Stelle (in der Tabelle grün hervorgehoben) folgen Fachstellen Demenz und Sozialämter bzw. Sozialhilfeträger mit jeweils knapp 80 % guter Bewertung. Die geringsten Zustimmungswerte (rot hinterlegt) erhielten dagegen die niedergelassenen Haus- und Fachärzten und Fahrdienste.

Als explizit „noch nicht befriedigend“ wird mit den höchsten Zustimmungswerten die Zusammenarbeit mit folgenden drei Gruppen eingestuft:

- ◆ Hausärzte (von 40 % genannt)
- ◆ Niedergelassene (Fach-)Ärzte (von 35 % genannt) und
- ◆ Krankenhäuser und Fachkliniken (Sozialdienste, Entlassmanagement) (von 28 % genannt).

Als weitere Kooperationspartner nannten die Pflegestützpunkte folgende Akteure:

- ◆ Wohnraumanbieter (einseitiger Kontakt durch den PSP); Wohnungsbau-gesellschaften; Vermieter und Genossenschaften (noch nicht befriedi-gend); Wohnungsverwaltung (gute Zusammenarbeit)
  - ◆ Kontaktpolizei (gute Zusammenarbeit),
  - ◆ Migrationsvereine, „Interkulturelle BrückenbauerInnen in der Pflege“ (Ko-operationsvertrag - sehr gut),
  - ◆ Seniorenvertretung (befriedigend); Seniorenbeiräte (gute Zusammenar-beit), Behindertenbeiräte,
  - ◆ Jugendamt (gute Zusammenarbeit); (Förder-)Schulen, Elterninitiativen
  - ◆ Pflege- und Sozialplanung (gute Zusammenarbeit), Jobcenter, Rentenver-sicherung, Versorgungsamt.
-

Tabelle 26: Akteure, mit denen PSP zusammenarbeiten nach Häufigkeit der Nennungen (n > 120) und Anteil „gute Zusammenarbeit“ (in %)

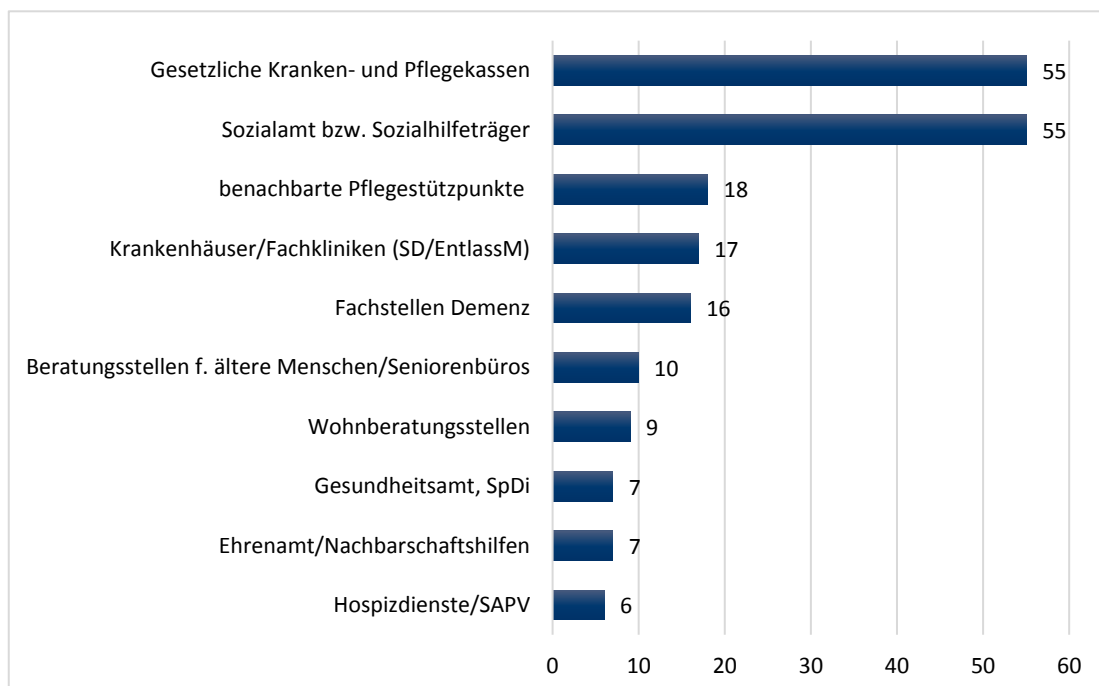
Akteure mit mindestens 120 Nennungen	n	Anteil in %
Sozialamt bzw. Sozialhilfeträger	179	78
Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen	177	62
stationäre Pflegeeinrichtungen	174	59
Ambulante Pflegedienste	173	71
Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst	173	66
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	172	60
Krankenhäuser und Fachkliniken (Sozialdienst/Entlassmanagement)	171	54
Hospizdienste/SAPV	170	71
Anbieter von Unterstützungsleistungen im Alltag (Betreuung)	168	58
Pflegestützpunkte in benachbarten Kommunen, Kreisen	166	93
Betreuungsbehörden	165	71
Anbieter von Haushaltshilfen und Freizeitangeboten	161	42
Selbsthilfevereine und -gruppen	159	60
Hausärzte	158	25
Anbieter von Hausnotrufsystemen	157	51
Betreuungsvereine	154	66
Ehrenamt/Nachbarschaftshilfen, Freiwilligenagenturen	153	64
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	150	48
Sanitätshäuser	149	32
Rehaeinrichtungen (Sozialdienst/Überleitungsmanagement)	145	52
Niedergelassene (Fach-)Ärzte	144	20
Fachstellen Demenz	144	79
Koordinationsstelle Behindertenarbeit, Behindertenbeauftragte	144	71
Beratungsstellen für ältere Menschen, Seniorenbüros	136	76
Vereine/Verbände der Alten- und Behindertenarbeit	134	54
Wohnberatungsstellen	132	61
Fahrdienste	123	31

Quelle: IGES. Grün hervorgehoben sind die drei Akteure mit der besten Bewertung zur Zusammenarbeit, rot dagegen die drei mit der schlechtesten Bewertung.

Insgesamt zeigt sich ein positiver statistischer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Zusammenarbeit mit einer Akteursgruppe und einer positiven Bewertung der Zusammenarbeit ( $r = 0,6$ ). Eine Ursache könnte darin liegen, dass sich PSP häufiger in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einigen der oben rangierenden Akteure befinden (z. B. 70 % bei Kommunalverwaltungen, 40 % bei Pflegeeinrichtungen etc., vgl. Abbildung 26 auf S. 108), was eine gute Zusammenarbeit auch auf persönlicher Ebene befördert. Ein weiterer Einflussfaktor dürfte das Vorhandensein von schriftlichen Vereinbarungen sein, die die Zusammenarbeit auf eine verbindliche Basis stellen und durch klare Absprachen erleichtern. Am häufigsten gibt es solche Vereinbarungen mit den Kassen, Sozialämtern und benachbarten Pflegestützpunkten (siehe Abbildung 44).

Nur knapp 30 % der PSP haben jeweils schriftliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und/oder mit Sozialämtern geschlossen (vgl. Abbildung 44). Mit weiteren Akteuren (mind. fünf Mal genannt) haben jeweils weniger als 10 % der PSP solche konkreten Absprachen getroffen. Obwohl Pflegedienstleister die zweithäufigsten Akteure sind, mit denen PSP zusammenarbeiten, gibt es mit diesen nur in Einzelfällen schriftliche Vereinbarungen.

Abbildung 44: Akteure, mit denen PSP **schriftliche Vereinbarungen** zur Zusammenarbeit getroffen haben (absolute Häufigkeit, > 5 Nennungen)



Quelle: IGES

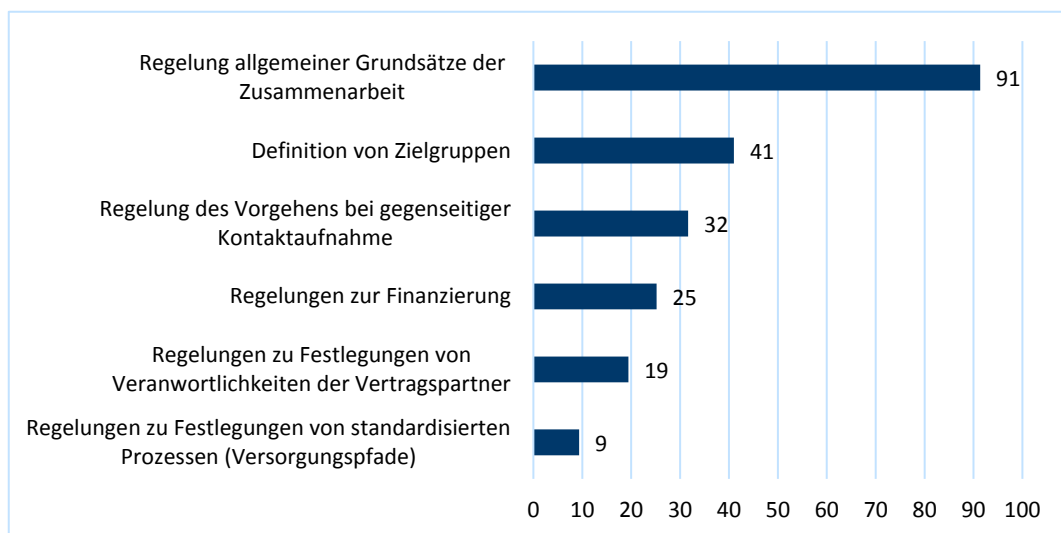
Insgesamt 139 PSP machten konkrete Angaben zu den Inhalten schriftlicher Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit Dritten (vgl. Abbildung 45). In 90 % aller



Fälle werden darin allgemeine Grundsätze der Zusammenarbeit geregelt. Konkrete Verfahrensregeln für definierte Zielgruppen legen 40 % fest und nur jede dritte Vereinbarung enthält darin das Vorgehen bei der gegenseitigen Kontaktaufnahme. Noch seltener werden die Verantwortlichkeiten der Vertragspartner untereinander geregelt oder gar standardisierte Prozesse erarbeitet.

Unter „sonstige Regelungen“ wurden vorrangig Aufgabenverteilungen untereinander aufgezählt, z. B. Wohnberatung erfolgt im Pflegestützpunkt, die Pflegeberater nach § 7a SGB XI dürfen die Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes mitnutzen oder die Durchführung von Schnittstellengesprächen, um die Zuständigkeiten besser klären zu können.

Abbildung 45: Inhalte der verbindlichen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit externen Partnern (Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: IGES

Nach ergänzender Einschätzung der Expertinnen und Experten, die am Workshop teilgenommen haben, ist vor allem letztlich die gelebte Zusammenarbeit von Bedeutung. Die Praxis zeigt, dass die „informelle Zusammenarbeit“ manchmal besser funktioniert als jene auf Basis schriftlicher Vereinbarungen, wenn gute Regelungen zwar aufgeschrieben, aber nicht umgesetzt werden.

### 6.3.2 Vernetzungstätigkeiten der PSP

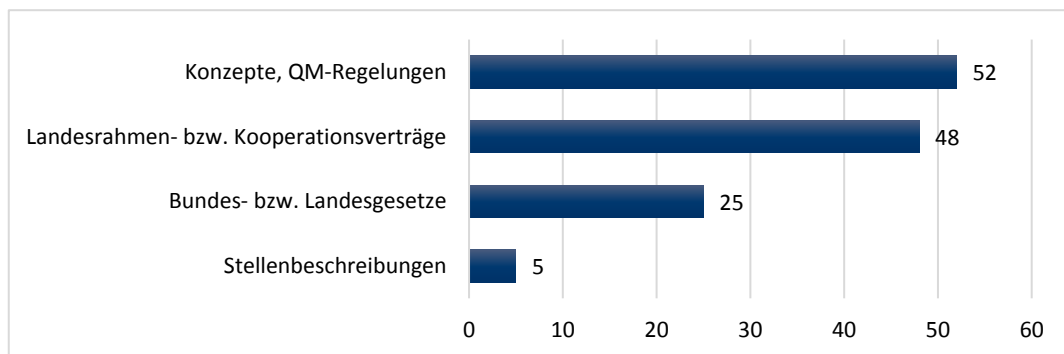
Primär geht es in diesem Abschnitt um die konkrete Umsetzung der Vernetzungsaufgaben (Zuständigkeiten, klare Regelungen, Umfang und Ziele).

Die PSP gaben mehrheitlich an, dass es bzgl. der Zuständigkeiten der PSP klare Regelungen gibt (77 %). Lediglich 42 PSP sind der Meinung, dass solche Vorgaben

fehlen – die meisten davon in Berlin (17), Nordrhein-Westfalen (6) und Rheinland-Pfalz (5).

Die PSP, deren Aufgaben klar abgegrenzt sind, verweisen auf insgesamt vier Quellen, die entsprechende Regelungen enthalten:

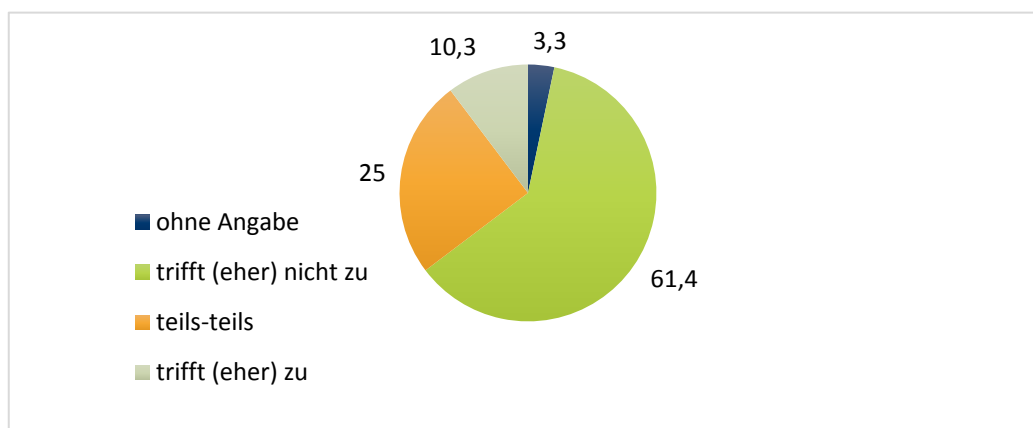
Abbildung 46: An welcher Stelle sind die Zuständigkeiten/Aufgaben der Pflegestützpunkte klar geregelt? (n = 130; absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

40 % der PSP (von 130) haben zur detaillierten Regelung von Zuständigkeiten eigene Konzepte bzw. QM-Regelungen oder Arbeitsrichtlinien erarbeitet, ähnlich viele verweisen auf entsprechende Regelungen in den Rahmen-/Kooperationsverträgen und jeder fünfte PSP ist der Ansicht, dass die bundes- bzw. die landesgesetzlichen Regelungen entsprechend aussagekräftig sind. Einige PSP verwiesen auf Stellenbeschreibungen. Die Antworten verdeutlichen, dass klare Abgrenzungen von Zuständigkeiten, konkret operationalisiert für den Arbeitsalltag, häufig noch nicht vorliegen.

Abbildung 47: Vernetzung regionaler Akteure - eine Aufgabe der Träger? (Angaben in %)



Quelle: IGES

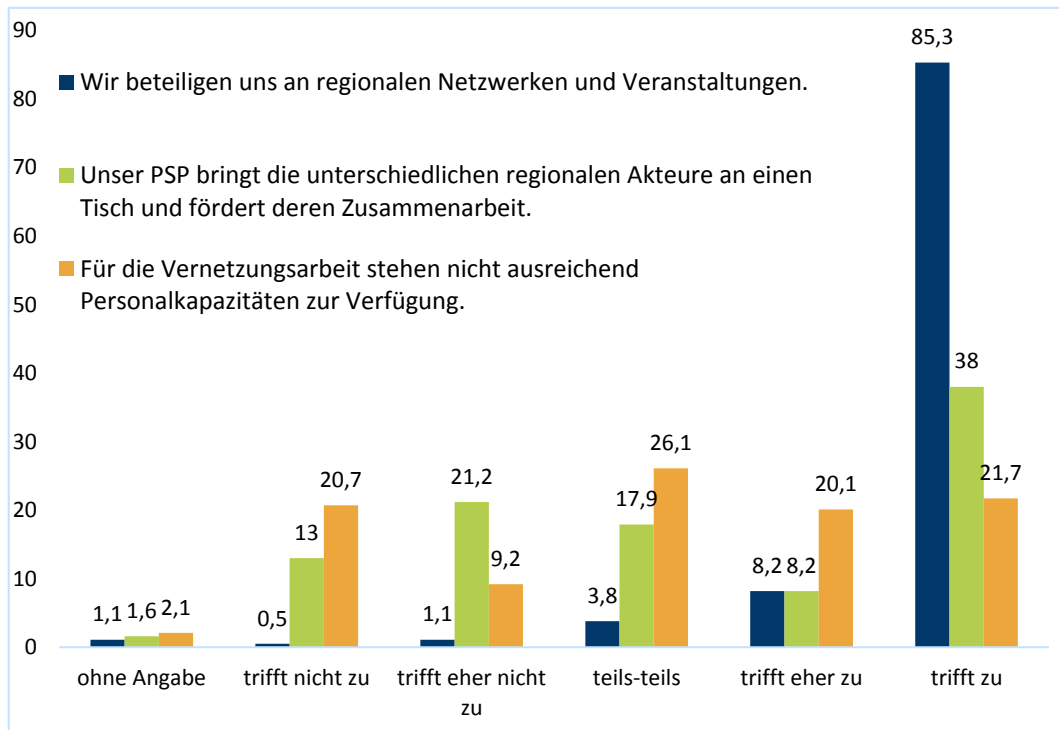
Ein Drittel der PSP ist der Ansicht, dass die Vernetzung mit regionalen Akteuren eher bzw. teilweise Aufgabe der Träger der PSP ist (siehe Abbildung 47). Dass dem ganz klar **nicht** so sei, sagen knapp 40 % (trifft nicht zu).

Auf personeller Ebene im Stützpunkt liegt die Zuständigkeit für die Zusammenarbeit mit den regionalen Akteuren vorwiegend bei allen Beschäftigten (160 PSP, 87 %). Nur in 22 PSP wurde diese Aufgabe einzelnen Personen übertragen – in zehn Fällen der Leitung/Koordination des PSP, in zwei Fällen sind Beschäftigte der Kommune dafür zuständig. Weitere besondere Zuständigkeiten gibt es für Kinder.

151 Pflegestützpunkte (82 %) berichten, dass es ein Budget gibt, aus dem die Finanzierung der Aufwendungen für die Vernetzungsarbeit erfolgt. Im Saarland ist die Vernetzungsarbeit beispielsweise im Budget integriert (Personal- und Sachkosten). Bei 33 PSP gäbe es kein Budget für die Vernetzungsarbeit, darunter 12 in NRW, sechs in Niedersachsen und fünf in Berlin. Allerdings scheint dies für die Vernetzungsaktivitäten kein großes Hindernis zu sein, da sich diese PSP allesamt trotzdem an Netzwerken und Veranstaltungen beteiligen und dafür auch ausreichend Personal haben.

Fast alle PSP beteiligen sich an regionalen Netzwerken und Veranstaltungen (vgl. Abbildung 48, blaue Säulen), nur zwei PSP stimmten dieser Aussage eher nicht zu und sieben nur teilweise (aus verschiedenen Bundesländern). Mit 38 % sind deutlich weniger allerdings der Meinung, dabei eine „treibende Kraft“ zu sein, ein Drittel stimmen dem (eher) nicht zu (grüne Säulen). Für Vernetzungstätigkeiten (eher) nicht genügend Personalkapazitäten zur Verfügung zu haben bestätigten rd. 42 % der Pflegestützpunkte, ein weiteres Viertel meinte „teils-teils“ (orangefarbene Säulen). Ein Abgleich der Einschätzung mangelnder Personalkapazitäten für Vernetzung mit der Größe der Einzugsgebiete (Einwohner pro VZ) und der Fallzahl pro VZ ergab keinen statistischen Zusammenhang.

Abbildung 48: Einschätzung der Vernetzungsarbeit aus Sicht der Pflegestützpunkte (Angaben in %)



Quelle: IGES

Konkret führten die Pflegestützpunkte u. a. folgende Beispiele für eigene Initiativen zur Förderung der regionalen Zusammenarbeit an:

- ◆ „Wir haben eine AG „Pflegeüberleitung“ ins Leben gerufen.“
- ◆ Gemeinsame AG zur interkulturellen Öffnung „Alter und Pflege“ mit dem Nachbar PSP, AG mit Netzwerkpartnern aus der Region zu Pflege und Versorgung von Kinder,
- ◆ „Als Kinderbeauftragte im Bezirk habe ich mich z. B. im Jugendamt und in den Sozialpädagogischen Zentren vorgestellt. Angehörige von pflegebedürftigen Kindern mit Beratungsbedarf werden an mich weitergeleitet. Mit Einverständnis der Angehörigen können gemeinsam mit dem Jugendamt und den Sozialarbeitern in den SPZs Lösungen für die Familien gefunden werden.“
- ◆ „Pflegetisch in Zusammenarbeit mit Altenhilfeplanerin“
- ◆ „regelmäßige Treffen mit den Hausärzten in der Region, Treffen mit den Leistungsanbietern amb. und stat. Pflegeeinrichtungen“
- ◆ „Austauschtreffen mit Sozialpsychiatrischem Dienst und Betreuungsstelle“

- ◆ „Erfahrungsaustausch mit den Pflegeberatern der Kassen, Erfahrungsaustausch mit den Sozialarbeitern in den Sozialstationen, Regionalkonferenz“

Eine Schätzung zum Anteil der Arbeitszeit, der für Vernetzungstätigkeiten aufgewandt wird, liegt nur von 53 PSP (29 %) vor. Bei einer Spannbreite von 3 % bis 50 % ergab sich ein Mittelwert von rund 20 % (Median: 15 %). Auch diese Schätzungen weisen keinen statistischen Zusammenhang zur Anzahl der Vollzeitstellen der PSP auf. Anhand der nach Bundesland ermittelten Durchschnittswerte (in Tabelle 27) wird deutlich, dass dies u. a. mit den landesspezifisch unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten der PSP zusammenhängt.

Während Rheinland-Pfalz mit im Bundesdurchschnitt geringer Personalausstattung pro PSP mit 10 % auch einen vergleichsweise geringen Arbeitszeitanteil für Vernetzungstätigkeiten angibt, weist Thüringen mit der kleinsten Stellenzahl mit 50 % den höchsten Anteil für diese Aufgaben aus. In Thüringen (und auch Schleswig-Holstein) wird in den PSP keine Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI angeboten. In Rheinland-Pfalz dagegen gehört dies zu den Aufgaben der PSP – wie auch im Saarland, wo der höhere Anteil für Vernetzungstätigkeiten auch mit einer höheren Personaldecke einhergeht.

Tabelle 27: Vollzeitstellen je PSP und Anteil Vernetzungstätigkeit an der Arbeitszeit nach Bundesländern

	Durchschn. VZ	Schätzung Anteil AZ für Vernetzung in %
Saarland	4,6	25
Nordrhein-Westfalen	3,6	12
Hamburg	3,1	11
Berlin	2,9	25
Bremen	2,8	k. A.
Brandenburg	2,7	20
<i>Schleswig-Holstein</i>	2,2	35 (n = 1)
Hessen	2,1	25
Mecklenburg-Vorpommern	2,0	k. A.
Niedersachsen	2,0	12
<i>Bayern</i>	1,5	28 (n = 2)
Rheinland-Pfalz	1,4	10
Baden-Württemberg	1,3	k. A.
Thüringen	0,9	50

Quelle: IGES

Aus Befragungen von PSP in Hessen Ende 2011 ist bekannt, dass der von den Beratern geschätzte Zeitanteil für die persönliche Beratungstätigkeit zwischen 50 und 70 % lag, Tendenz steigend. Insofern erscheint der geschätzte Wert für Hessen mit 25 % für Vernetzungstätigkeit plausibel.

### 6.3.3 PSP und regionale Netzwerke

Vernetzungstätigkeiten beinhalten sowohl eine Beteiligung der PSP an Netzwerken Dritter als auch die Gründung von Netzwerken zur Verbesserung der lokalen Versorgungsstrukturen. Immerhin knapp die Hälfte der Pflegestützpunkte berichtete, ein Netzwerk initiiert zu haben bzw. rd. 10 % sind aktuell am Aufbau eines solchen beteiligt. Für rd. 42 % der Pflegestützpunkte traf dies allerdings nicht zu.

Aus den Angaben in den erläuternden Freitexten wird jedoch deutlich, dass teilweise auf bereits bei Gründung der PSP bestehende Netzwerke bzw. Netzwerke Dritter verwiesen wurde (u. a. in Hessen oder Berlin). Als Partner für von den PSP initiierte Netzwerke wurden am häufigsten Leistungserbringer der Pflege, Krankenhaus-Sozialdienste und Partner aus den Bereichen Demenz und Palliativversorgung genannt. Weiterhin vernetzen sich PSP u. a. mit ehrenamtlich Tätigen, Selbsthilfe- und Betreuungsvereinen und der kommunalen Altenhilfe.

Die von den PSP (n = 108) genannten Zielstellungen von selbst initiierten Netzwerken offenbaren ein breites Spektrum mit teilweise sehr unterschiedlicher Stoßrichtung:

- ◆ (bessere) Koordinierung der Versorgung; gezielte Weitervermittlung von Ratsuchenden innerhalb des Netzwerkes an einzelne Akteure; klare Absprachen und Zuständigkeiten,
- ◆ Kennenlernen der Angebote der Netzwerkpartner, Weiterentwicklung von Angeboten,
- ◆ Identifikation von Versorgungslücken sowie gemeinsame Aktionen zur Beseitigung derer,
- ◆ fachlicher Austausch (u. a. zu neuen gesetzlichen Regelungen) und gemeinsame Fortbildungen
- ◆ Öffentlichkeitsarbeit (öffentliche Stärkung des Pflegesektors; Sensibilisierung für Themen wie Demenz),
- ◆ Gewinnung von Informationen zu freien Kapazitäten im Betreuten Wohnen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Pflegeheimen und Tagespflegeeinrichtungen

69 der 89 PSP, die bereits ein oder mehrere Netzwerke initiiert haben, haben verbindliche Netzwerkregeln oder Zusammenarbeitsstandards erarbeitet. Dies sind beispielsweise Standards zur Häufig- bzw. Regelmäßigkeit der Arbeitsgruppentreffen oder der Art und Weise der Dokumentation (Protokoll), Festlegungen gemein-

---

samer Leitlinien der Zusammenarbeit, fester Ansprech- und Koordinationspartnern sowie einer Geschäftsordnung bzw. eines Kooperationsvertrages. Mehrfach erfolgte hier der Hinweis, dass die PSP selbst keine schriftlichen Vereinbarungen schließen könnten. Konkrete Zielvereinbarungen für die Netzwerkarbeit trafen lediglich 47 PSP, eine Evaluation der Arbeit sehen 41 Vereinbarungen vor.

Konkret wurden von 67 PSP (36 %) vielfältige Initiativen der jeweiligen Träger genannt, die durch verbindliche Kooperationen zur Versorgungsoptimierung in der Region beitrugen. Diese sind in der folgende Tabelle 28 nach Bundesländern aufgelistet. Die Bandbreite reichte von Arbeitskreisen bis hin zu Konferenzen und Verbänden. Die Themenschwerpunkte betrafen insbesondere das Entlassmanagement der Krankenhäuser, die Hospiz- und Palliativversorgung, das Thema Demenz und die Stabilisierung der pflegerischen Strukturen (z. B. ambulante Versorgung). Häufig wurden „Pflegetische“ gegründet sowie regionale Pflegekonferenzen zur Analyse und Bewältigung von Versorgungsproblemen durchgeführt.

Neun PSP aus Mecklenburg-Vorpommern sahen sich in diesem Punkt nicht aussagefähig und regten an, dies bei den Kassen und Kommunen abzufragen. Einzelne PSP (z. B. in Berlin und Niedersachsen) und die beiden PSP aus Thüringen gaben an, dass es keine verbindlichen Kooperationen gibt bzw. keine Optimierung der Strukturen erkennbar sei.

Tabelle 28: Beispiele für Initiativen der Träger der PSP zur Versorgungsoptimierung mittels verbindlicher Kooperationen

Bundesland	Initiativen
Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Gesundheitskonferenz; Ärztenetz</li> </ul>
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Hospiz- und Palliativnetzwerk</li> <li>◆ Überleitungsmanagement</li> <li>◆ Pflegetisch</li> </ul>
Berlin	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Initiierung und Mitarbeit an der Neufassung verbindlicher Strukturen der Zusammenarbeit im bezirklichen Verbund</li> <li>◆ Gewinnung von Haus- und Fachärzten, die tatsächlich Hausbesuche machen</li> <li>◆ regionales Versorgungsnetzwerk Demenz</li> <li>◆ Evaluation des Entlassmanagements aus den Krankenhäusern</li> <li>◆ Stärkung der Gerontopsych.-geriatrischen Verbände (GGV) zum Thema sektorenübergreifende Zusammenarbeit durch finanzielle Unterstützung im Jahre 2018 und 2019</li> </ul>
Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Gründung Runder Tisch der Pflege</li> <li>◆ Pflegekurse (gab es bis vor zwei Jahren nicht)</li> <li>◆ Aufbau von regionalen Pflegekreisen als Netzwerkstruktur. Es werden flächendeckend für die 16 Städte, Ämter und Gemeinden des Landkreises regionale Pflegekreise angestrebt.</li> </ul>
Bremen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Momentan durchgeführte Kurzzeitpflege-Untersuchung, dessen Idee im Sozialdienst im Krankenhaus-Netzwerk entstand. Partner ist die Hochschule Bremen.</li> </ul>
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflegekonferenz Hamburg-Nord</li> <li>◆ Aktivtreffpunkt für Senioren</li> <li>◆ Kooperationsvereinbarung mit Bürgerinitiative Ausländische Arbeitnehmer</li> </ul>
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Arbeitskreis Demenz und Krankenhaus</li> <li>◆ Fallkonferenzen</li> <li>◆ Arbeitsgruppe geriatrische Versorgung im Landkreis</li> <li>◆ Altenhilfe- und Pflegekonferenz</li> <li>◆ Installierung einer Pflegeplatzbörse</li> </ul>
Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Pflege(stamm)tisch Mecklenburgische Seenplatte</li> <li>◆ Vorbereitung eines Pflegenetzwerkes des Landkreises</li> <li>◆ Mehrgenerationenbeirat</li> <li>◆ Unterstützung der Demenzberatung durch den PSP</li> <li>◆ Unterstützung von Pflegelotsen in den Gemeinden und Betrieben</li> </ul>
Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Angebotsentwicklung im ambulanten und stationären Bereich für Menschen mit einem herausforderndem Verhalten bei Demenz</li> <li>◆ Hospiz- Palliativnetzwerk; Runder Tisch Palliativversorgung</li> <li>◆ Austauschtreffen mit Sozialpsychiatrischem Dienst und Betreuungsstelle</li> <li>◆ Initiierung eines Pflegetisches</li> </ul>



Bundesland	Initiativen
Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Kooperation mit dem Demenz-Fachdienst</li> <li>◆ aktuelles Treffen der Sozialdienste der Krankenhäuser zur Optimierung der Zusammenarbeit bzgl. Entlassmanagement und Überleitungspflege</li> </ul>
Rheinland-Pfalz	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verbund der niedergelassenen Pflegedienste auf Regionalebene</li> <li>◆ Kooperationsvereinbarung mit Sozialhilfeträger, Krankenhäusern</li> <li>◆ Projekt Entlassmanagement</li> <li>◆ Pflegekonferenz</li> <li>◆ Wundnetzwerk</li> </ul>
Saarland	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit Krankenhaus</li> <li>◆ Vertrag zum Netzwerk Palliative Versorgung</li> <li>◆ Initiative Auf Rädern zum Essen derzeit in Arbeit</li> </ul>
Schleswig-Holstein	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Heime können bei Bedarf freie Kapazitäten melden und wir sammeln dies</li> <li>◆ E-Mail-Verteiler mit Newsletter über neue Angebote zum Thema „alternatives Wohnen im Alter“</li> <li>◆ Liste, in der für alle 55 Kreiskommunen aktualisiert angegeben wird, welche ambulanten Pflegedienste dorthin fahren</li> <li>◆ Organisation Netzwerktreffen mit ambulanten Pflegediensten</li> </ul>

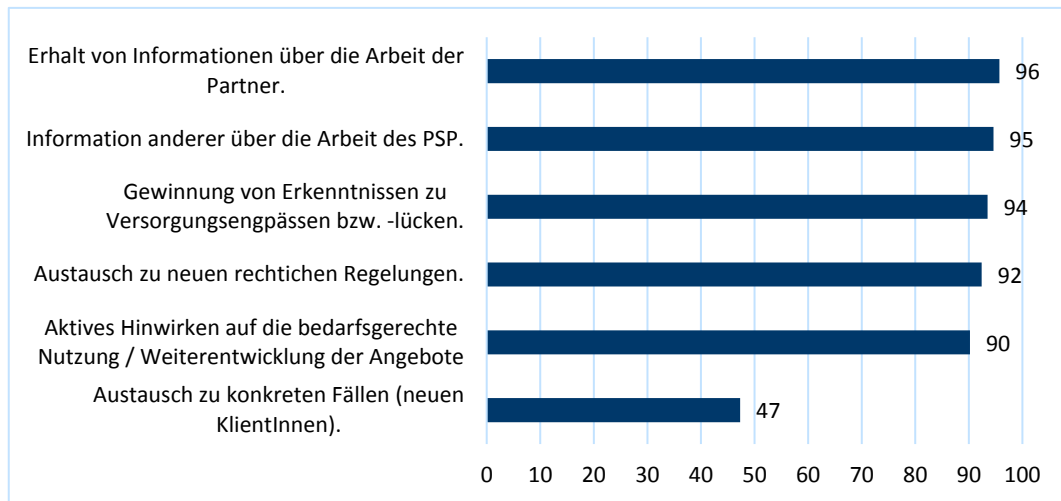
Quelle: IGES

### Beteiligung an Netzwerken Dritter

Lediglich acht PSP aus fünf Bundesländern gaben an, sich nicht regelmäßig an Netzwerktreffen zu beteiligen. Die anderen 176 PSP nannten entsprechend viele Beispiele für regionale Verbände (n = 141), denen sie angehören, z. B. Demenz-, Psychiatrie-, Onkologie-, Depressions- und Palliativverbände, kommunale und ehrenamtliche Verbände (Runde Tische), Senioren-, Nachbarschafts- und Quartiersverbände, Sozialarbeiterverbände, Pflegekonferenzen, Behindertenverbände/Inklusionsverbände, Migrationsverbände, Beratungsverbände (Arbeitsgemeinschaften verschiedener Beratungsstellen), Selbsthilfe-Verbände, Reha-Verbände, Ärztenetze und Netzwerke mit anderen Pflegestützpunkten.

Über die Ziele bei der Teilnahme an solchen Netzwerktreffen Dritter waren sich die Pflegestützpunkte recht einig. Im Vordergrund steht der Informationsaustausch in Bezug auf die regionalen Versorgungsangebote, ein Austausch zu konkreten Einzelfällen war nur für knapp die Hälfte der Pflegestützpunkte relevant (vgl. Abbildung 49). Unter „sonstiges“ wurden zusätzlich Öffentlichkeitswirkung, Kommunikationsverbesserung sowie die Aktualisierung der Unterstützungsangebote genannt.

Abbildung 49: Übersicht der Ziele von Pflegestützpunkten bei den Netzwerktreffen Dritter (Angaben in %)



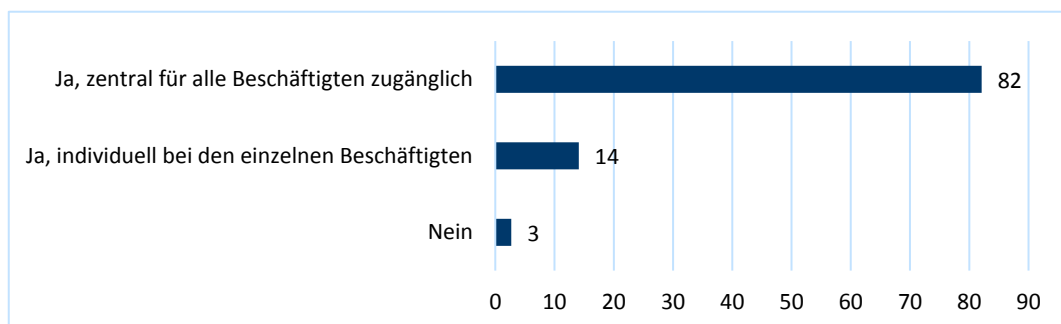
Quelle: IGES

### 6.3.4 Arbeitshilfen zur Vernetzung

Technische Arbeitshilfen/Datenbanken unterstützen sowohl die Beratung als auch die regionale Vernetzung. Angesichts der heterogenen Organisationsstrukturen der PSP in den Bundesländern wurde gefragt, ob es solche Hilfen gibt und inwieweit diese allen Beschäftigten des PSP gleichermaßen zugänglich sind.

Insgesamt haben fast alle Pflegestützpunkte (177) eine Arbeitshilfe/Datenbank, die jedoch in 26 PSP (14 %) nur individuelles Arbeitsmittel einzelner Beschäftigter ist (vgl. Abbildung 50). In zwei PSP befand sich zum Zeitpunkt der Befragung eine Datenbank in Planung/im Aufbau.

Abbildung 50: Nutzung von Arbeitshilfen/Datenbanken in den Pflegestützpunkten (Angaben in %)



Quelle: IGES

Zentral verfügbare Arbeitshilfen/Datenbanken gibt es jeweils in allen PSP des Rücklaufs der Bundesländer Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Schleswig-Holstein.

In Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Thüringen und Berlin dagegen gab es unterschiedliche Varianten, d. h. jeweils sowohl zentral verfügbare als auch individuelle Arbeitshilfen/Datenbanken. Exemplarisch dargestellt am Beispiel der regionalen Datenbank „Hilfelotse“ aus Berlin ([www.hilfelotse-berlin.de/](http://www.hilfelotse-berlin.de/)) stellt sich dies wie folgt dar: Die Datenbank wurde vom Land Berlin aufgebaut und wird weiterhin gepflegt/aktualisiert. Im Internet steht eine Version für die Öffentlichkeit zur Verfügung. Die Beschäftigten der 12 landesseitigen Pflegestützpunkte (die anderen 24 PSP werden von den Kassen betrieben) haben hier einen gesonderten Zugang zur Datenbank, um auf erweiterte Informationen, wie z. B. Kosten und besondere Leistungsangebote, zugreifen zu können, während die kassenseitigen Pflegestützpunkte nur die öffentlichen Daten einsehen können. Dagegen verfügen die Kassen über weitere eigene Datenbanken (Pflegelotse, Pflegenavigator etc.) mit ggf. erweiterten Informationen für interne Nutzer.

In NRW gab es ebenfalls unterschiedliche Lösungen, so zum einen zentrale und individuelle Arbeitshilfen und zum anderen noch im Aufbau befindliche Datenbanken oder auch gar keine solchen Arbeitshilfen. Ähnliches ist in Niedersachsen festzustellen, wobei dort für den Großteil der Pflegestützpunkte eine zentrale Arbeitshilfe/Datenbank für alle Beschäftigten zur Verfügung steht und nur in einzelnen PSP nicht.

Eine weitere Frage beschäftigte sich mit der Ausgestaltung der Zusammenarbeit von PSP mit den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen – den wichtigsten Partnern bei der Pflegeberatung, insb. in den Bundesländern, in denen die Pflegestützpunkte nicht selbst die Beratung gem. § 7 a SGB XI durchführen. Nach allgemeiner Einschätzung der PSP wurde die Zusammenarbeit mit den Kassen nur von 62 % als gut eingeschätzt (siehe Tabelle 26, S. 149). Die anderen PSP beurteilen sie jeweils hälftig als „vorwiegend einseitiger Kontakt durch den PSP“ oder „noch nicht befriedigend“.

Da die PSP in der Regel mit vielen verschiedenen Kassen zu tun haben, stellt eine Übersicht zu den jeweils für unterschiedliche Kassen und dort wiederum unterschiedliche Bereiche zuständigen Ansprechpartnern eine wichtige Arbeitshilfe dar. Diese scheint es aber mehrheitlich nicht zu geben: Lediglich 25 Pflegestützpunkte (14 %) berichteten, über eine Liste der für die Pflegeberatung zuständigen Kassenvertreter zu verfügen und das teilweise auch nur von einigen Pflegekassen (Liste der Ersatzkassen, nur Trägerkasse). Das Gros der PSP verneinte die Frage und fügte erläuternd hinzu: Es lägen nur unvollständige Listen oder ausschließlich Rufnummern bei den Kassen vor (Hotline) bzw. würden die Kassen häufig die Zuständigkeiten ihrer Beschäftigten ändern oder die namentliche Benennung von Ansprechpartnern verweigern. Andere wiederum ermitteln bei Bedarf den Kassenvertreter oder haben selbstbeschaffte Kontaktdaten der örtlichen Krankenkassen. Für viele

Pflegestützpunkte wäre jedoch eine solche, stets aktuelle Liste sehr wünschenswert und hilfreich. Angesichts der derzeit (Stand Januar 2018) 110 Kranken- und Pflegekassen in Deutschland sind die PSP auf die Kooperation der Partner angewiesen.

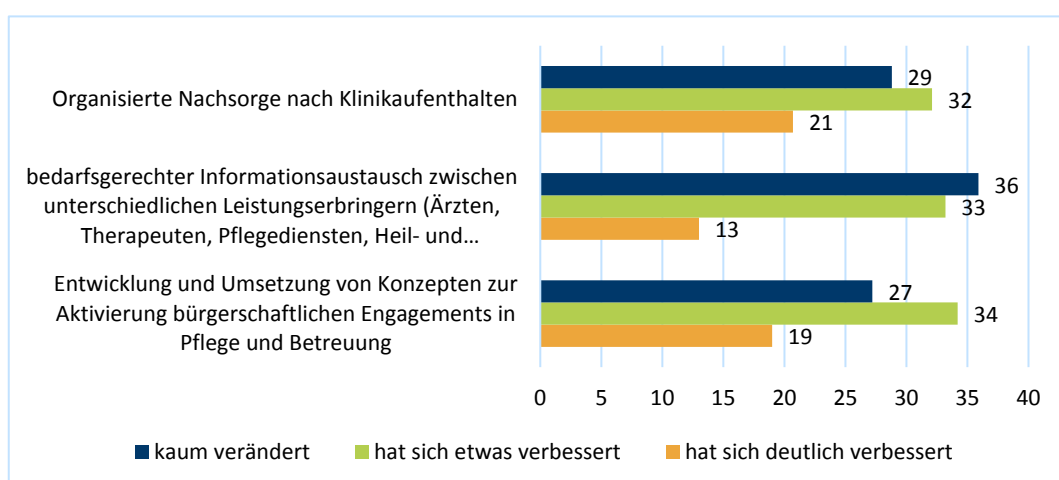
Die Kranken- und Pflegekassen wiederum sind nach Aussagen der PSP weitgehend über die regionalen Zuständigkeiten der Pflegeberaterinnen und -berater informiert (87 % Zustimmung). Die Pflegestützpunkte haben die Kassen aktiv informiert, Listen aller Pflegestützpunkte zur Verfügung gestellt oder auf der Homepage der PSP klare Auskünfte veröffentlicht. Jedoch teilten die Pflegestützpunkte gleichzeitig mit, dass offenbar nicht alle Kassen ihre Beschäftigten entsprechend informiert hätten, es teilweise Informationslücken gäbe und die Versicherten Fehlinformationen erhalten haben.

Letztlich ist es primär Aufgabe der Kasse ihre Versicherten über die jeweils zuständigen Pflegeberater zu informieren. Dies scheint in der Praxis nicht immer reibungslos zu funktionieren. Abschließend sei erwähnt, dass nicht alle Bundesländer über von Kassen getragene Pflegestützpunkte verfügen, so z. B. Hamburg. Berlin ergänzte zudem, dass die Kassen zwar nicht die regionalen Zuständigkeiten kennen, aber zumindest über die Pflegestützpunkte informiert seien.

### 6.3.5 Beitrag des PSP zur Entwicklung der regionalen Versorgung

Letztlich wurden die Pflegestützpunkte in diesem Fragenblock gebeten, eine Einschätzung zur Entwicklung in der Versorgungsregion seit Etablierung des Pflegestützpunktes abzugeben. Die Ergebnisse sind der Abbildung 51 zu entnehmen – nicht dargestellt sind jeweils die Häufigkeiten der Antwortkategorien „ohne Angabe“ (jeweils 15 %) und „lief bereits vor Etablierung des PSP gut“ (3-4 %).

Abbildung 51: Einschätzung der Entwicklungen seit Etablierung des Pflegestützpunktes in der Versorgungsregion (n = 184, Angaben in %)



Quelle: IGES

Im Bereich Entlassmanagement/organisierte Nachsorge nach Klinikaufenthalten sahen etwas mehr als die Hälfte der Pflegestützpunkte (53 %) eine leichte bis deutliche Verbesserung. Die Schnittstelle zwischen Krankenhäusern und Pflege ist sowohl relativ häufig im Fokus von Initiativen und Netzwerken der PSP (vgl. Kapitel 6.3.3), gleichzeitig werden Krankenhäuser/-Sozialdienste auch nach der Ärzteschaft als Akteure genannt, mit denen die Vernetzung bisher schwierig sei. Insofern lässt sich nachvollziehen, dass durch die Aktivitäten der PSP positive Entwicklungen angestoßen wurden, aber gleichzeitig weiterhin Verbesserungspotenzial besteht. Ähnlich wurde die Entwicklung des Bereichs des bürgerschaftlichen Engagements eingeschätzt.

Im Vergleich dazu gab es weniger positive Einschätzungen hinsichtlich des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringern. Nur 13 % sahen hier deutliche Verbesserungen, ein Drittel zumindest leichte. Auch diese Einschätzung zeigt sich konsistent mit der Bewertung der Zusammenarbeit insb. mit der Ärzteschaft. In diesem Bereich liegen die größten Verbesserungspotentiale.

Ein Viertel der PSP (47) machten ergänzende Angaben zu weiteren Entwicklungen seit Etablierung des Pflegestützpunktes in der jeweiligen Versorgungsregion. Als positiv zeige sich eine Zunahme der Transparenz zu Angeboten und Akteuren in der Region, gleichzeitig konnte eine Steigerung der Nutzung der Angebote (in den PSP) festgestellt werden. Nicht nur die Beratungsnachfrage in Folge eines gesteigerten Angebots könne besser bedient werden, auch die Qualität der Informationen, z. B. über Leistungsansprüche und Entlastungsleistungen, habe sich verbessert und die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme einer Beratung sei gesunken. Ratsuchende schätzten die Informationen aus einer Hand und den damit verbundenen deutlich besseren Informationsfluss. Der Pflegestützpunkt würde immer mehr ein Ort, an dem die Informationen über Angebote zusammenlaufen.

In anderen Regionen konnten zielgruppenspezifische Angebote mit Unterstützung der Pflegestützpunkte initiiert werden, wodurch insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund besser erreicht werden (kultursensiblen Beratung). Interkulturelle Angebote werden dementsprechend zunehmend wahrgenommen. Kooperationen mit Modellprojekten unterstützen und ergänzen den Ausbau des Beratungsangebots. Durch die Etablierung einer Pflegeberatung für Kinder (in Berlin) erhalten nun auch Eltern bedarfsgerechte Informationen.

Pflegestützpunkte trugen weiterhin zu einer gesteigerten Sensibilisierung von bestimmten Themen in der Öffentlichkeit bei, z. B. im Bereich Demenz. Verstärkte Informationen und Aufklärung in bestimmten Themengebieten führten in der Folge auch zu einer gesteigerten Inanspruchnahme bzw. auch einem Ausbau von Angeboten (Tagespflege, Pflegekurse).

Als weiterer positiver Aspekt wurde nochmals die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren in der Region aufgegriffen. An dieser Stelle wurde beispielsweise aufgeführt, dass durch die Mitträgerschaft der Krankenkasse die Anzahl der Beratungsanfragen deutlich zugenommen und die Zusammenarbeit mit den Kranken- und Pflegekassen sich verbessert hätte. Auch eine Verbesserung der Zusammenarbeit

---

mit Ärzten, Ämtern und Einrichtungen bzw. Leistungserbringern konnte verzeichnet werden. Auf der anderen Seite gab es die Rückmeldung, dass die Angebote vor Ort der steigenden Nachfrage oftmals nicht gerecht werden (z. B. haushaltsnahe Dienstleistungen, barrierefreier Wohnraum, zu wenig Pflegedienste, Langzeit- und Kurzzeitpflegeplätze). Hier sehen sich die Pflegestützpunkte nur sehr begrenzt in der Lage Abhilfe zu schaffen.

Insofern schließt sich hier die Frage nach einem institutionalisierten Austausch zwischen den Beraterinnen und Berater des PSP und den entscheidungsbefugten Akteuren der Träger des PSP, insbesondere bezüglich regionaler Versorgungsoptimierungsbedarfe, an. Erkenntnisse zu Versorgungslücken und -defiziten aus dem Beratungsalltag können nur dann Impulse zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der regionalen Strukturen auslösen, wenn sie systematisch erfasst und den entscheidungsbefugten Stellen zugeleitet werden.

Die große Mehrheit der Pflegestützpunkte (83 %) bestätigt einen solchen institutionalisierten Austausch und nennt u. a. den regelmäßigen und zusätzlich projektbezogenen Austausch (regelmäßige Trägertreffen, regelmäßige institutionalisierte Kommunikation), Lenkungsgruppen- und Pflegeberaterentreffen, jährliche Regional- und Pflegekonferenzen, den Landessteueraussschuss, eine entsprechende Arbeitsgruppe der Pflegestützpunkte oder Teamgespräche/-runden/-treffen.

Rd. 17 % der Pflegestützpunkte (32, darunter sieben aus NRW und je sechs aus Niedersachsen und dem Saarland) sehen einen solchen institutionalisierten Austausch als nicht gegeben. Es wurde angemerkt, dass u. a. kassenseitig kein Interesse bestehe, der Austausch aber wünschenswert wäre oder der Austausch nur mit den bei Krankenkassen angestellten Beratungskräften, aber nicht mit den entscheidungsbefugten Akteuren der Träger des Pflegestützpunktes stattfindet.

### **6.3.6 Fazit zur Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren**

Insgesamt ist deutlich geworden, dass die Pflegestützpunkte viele Aktivitäten zur Vernetzung mit regionalen Akteuren unternehmen. Sie beteiligen sich dabei nicht nur an Veranstaltungen und Netzwerktreffen Dritter, sondern haben in einigen Fällen auch eigene Netzwerke initiiert. Deutlich wurde insbesondere aus den Freitexten, dass dabei unterschiedliche Ziele verfolgt werden - von der Steigerung der eigenen Bekanntheit in der Region über allgemeinen fachlichen Austausch, gemeinsame Fortbildungen bis hin zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Eher selten werden mit Partnern fallbezogene Reflektionen vorgenommen oder konkrete Prozesse an Schnittstellen definiert. Als „treibende Kraft“ bei der Vernetzung sehen sich nur 38 % der PSP.

Eine oft beidseitig gute Zusammenarbeit findet bereits mit vielen Akteuren im kommunalen Bereich statt (Sozialamt, andere PSP, Fachstellen Demenz). Eher schwierig gestaltet sich vor allem die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Krankenhäusern im Rahmen des Entlassmanagements. Aber auch die Kranken- und Pflegekassen werden in diesem Zusammenhang von einigen PSP genannt.

---

Die Zusammenarbeit beruht in der Regel eher selten auf schriftlichen Vereinbarungen und konkreten Festlegungen, vielmehr auf informellen Absprachen. Das birgt die Gefahr, dass die Kooperation stark von Einzelnen abhängig ist und bei personellen Veränderungen ggf. endet. Hinzu kommt, dass die Vernetzungsarbeit im Schnitt rund ein Fünftel der personellen Ressourcen bindet, die angesichts der insgesamt dünnen Personaldecke in der Beratung fehlen. Nur ein Drittel der PSP gab an, für Vernetzungsaufgaben ausreichend Personal zur Verfügung zu haben.

Die Befunde für die PSP aus Schleswig-Holstein (allerdings haben nur drei von 13 PSP an der Befragung teilgenommen) weisen darauf hin, dass dort das Augenmerk etwas stärker auf den Vernetzungsaktivitäten liegt – entsprechend der im Landesrahmenvertrag vorgesehenen Aufgabenteilung (Care Management im Stützpunkt, Case Management bei den Kranken- und Pflegekassen). Ein PSP hat mit mehr als zehn Akteuren schriftliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit geschlossen, in denen konkrete Zielgruppen definiert und Verantwortlichkeiten der Partner festgelegt wurden. Alle drei PSP haben bereits selbst Netzwerke initiiert, u. a. mit den Zielen, Prozesse an Schnittstellen zu optimieren und Versorgungsengpässe zu erfassen. Allerdings scheint die Kooperation mit den Kranken- und Pflegekassen, zumindest nach Aussagen der drei PSP, eher noch nicht so gut zu funktionieren. Relativierend ist bzgl. der Vernetzungstätigkeiten der PSP in Schleswig-Holstein jedoch zu ergänzen, dass anhand von Tätigkeitsberichten einzelner PSP auf eine hohe Auslastung der Berater durch zunehmende Klientenkontakte geschlossen werden muss (vgl. Hagelstein 2017).

## **6.4 Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten**

Ziel dieses Fragenblocks war primär die Gewinnung eines ersten Überblicks zum Umgang der PSP mit dem Thema Qualitätssicherung im Sinne einer Bestandsaufnahme. Erfragt wurden die Rahmenbedingungen (Vorhandensein von Regelungen, Vorgaben etc.), die organisatorische Ausgestaltung und konkrete Maßnahmen der Qualitätssicherung.

### **6.4.1 Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung**

Sofern bei den PSP konkrete Vorgaben bzw. Bestimmungen zur Qualitätssicherung vorlagen, waren diese sowohl in den Landesrahmenverträgen als auch in den Pflegestützpunktverträgen verankert. Rd. 80 % der Pflegestützpunkte gaben an, Regelungen zur Qualitätssicherung in ihren Pflegestützpunktverträgen zu haben. 36 PSP verneinten diese Frage. Eine Analyse der Antworten nach Bundesländern ergab folgendes Bild:

Tabelle 29: Häufigkeit von Regelungen zur QS im PSP-Vertrag nach Bundesländern (n = 184, Anzahl der Nennungen)

Bundesland	QS-Regelungen im PSP-Vertrag- ja	QS-Regelungen im PSP-Vertrag - nein
Baden-Württemberg	2	
Bayern	8	
Berlin	31	1
Brandenburg	14	1
Bremen		2
Hamburg	7	1
Hessen	25	
Mecklenburg-Vorpommern	14	
Niedersachsen	7	13
Nordrhein-Westfalen	5	10
Rheinland-Pfalz	25	4
Saarland	7	1
Schleswig-Holstein	2	1
Thüringen	1	2
<b>Gesamt</b>	<b>148</b>	<b>36</b>

Quelle: IGES

Anhand der Freitextangaben, mit denen diese Regelungen zur QS in den Stützpunktverträgen konkret benannt werden sollten, wurde deutlich, dass in einigen Bundesländern lediglich auf die Landesrahmenverträge und teilweise auf die Einhaltung von (noch zu entwickelnden) Standards verwiesen wird. So gibt es für alle Berliner PSP „vorgegebene Qualitätsstandards“, die vom Steuergremium Berliner Pflegestützpunkte erarbeitet wurden. In Bayern verweist der Vertrag ebenfalls auf die Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Pflegestützpunkte in Bayern und enthält Regelungen zu Teamsitzungen und Fortbildungen. Die PSP aus Brandenburg nennen Vorgaben zur Qualifikation von Pflege- und Sozialberatern, weitere Details ergeben sich aus den PSP-Konzepten und werden vom Lenkungsgremium festgelegt.

Die PSP aus Mecklenburg-Vorpommern nennen unisono folgende Regelungen: „Geschäftsordnung der PSP, Konzept: Evaluation, Qualifikation § 7 a SGB XI mit Methode CM“. Aus Rheinland-Pfalz werden mehrheitlich „Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ sowie Dokumentationspflichten genannt und auch



die PSP aus dem Saarland führen Regelungen zur einheitlichen Datenerfassung, zur Qualifikation des Personals sowie zu Fortbildungen an.

Für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind eindeutige Organisations- und Verantwortungsstrukturen in den PSP erforderlich – insb. in Hinblick auf die Leitung und Fachaufsicht. Eine für alle Beschäftigten im PSP zuständige Leitung und/oder Fachaufsicht wäre vorteilhaft. Nur ein Drittel der PSP (n = 62) verfügen allerdings über eine von allen Trägern gemeinsam eingesetzte Leitung (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 52).

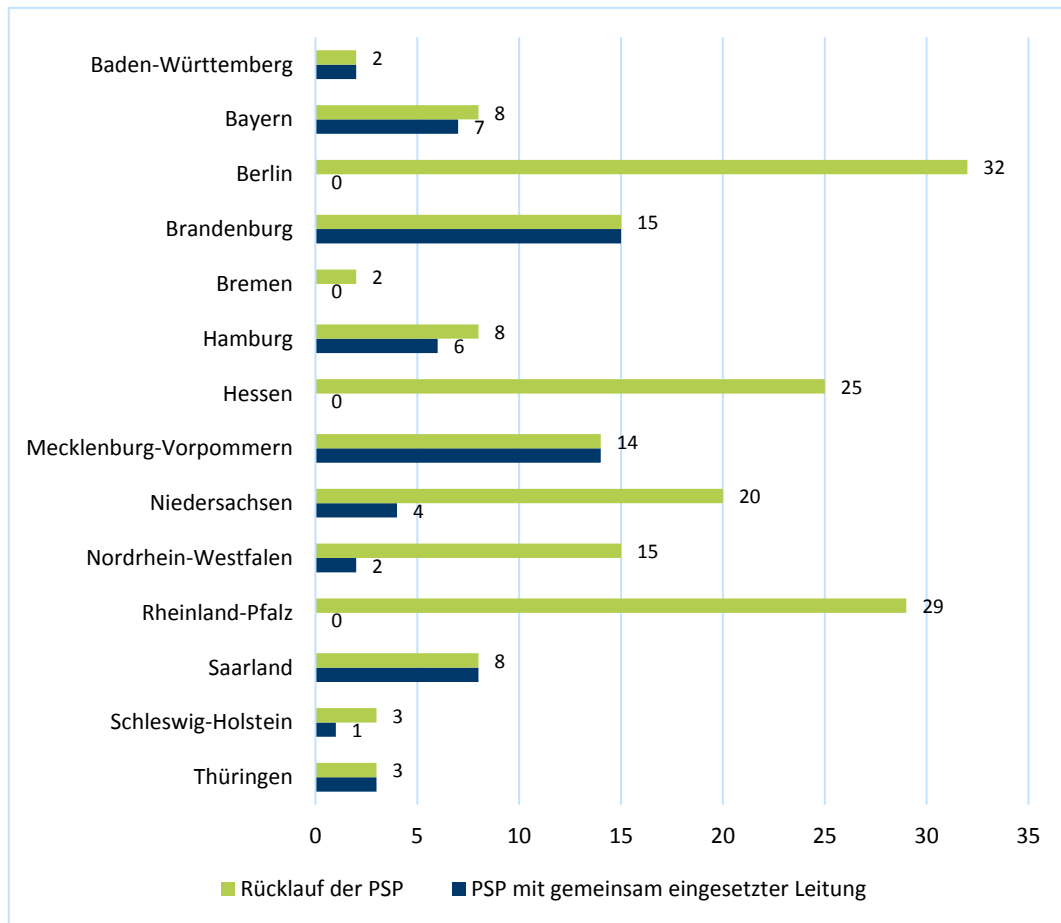
Tabelle 30: Gibt es eine von allen Trägern gemeinsam eingesetzte Leitung?

	Häufigkeit	Prozent
Ja	62	34
Nein	122	66
Gesamt	184	100

Quelle: IGES

Konkrete Bestimmungen zur Leitung der PSP finden sich nur im Rahmenvertrag des Saarlandes. Dort heißt es: „Die verantwortliche Führung des Pflegestützpunktes/Beratungs- und Koordinierungsstelle gemäß Gesetz und Vertrag obliegt einem zu bildenden Kooperationsausschuss und einer Geschäftsführung.“ (§ 9 LRV Saarland).

Abbildung 52: Pflegestützpunkte mit gemeinsam eingesetzter Leitung nach Bundesländern (n = 184; absolute Häufigkeit)

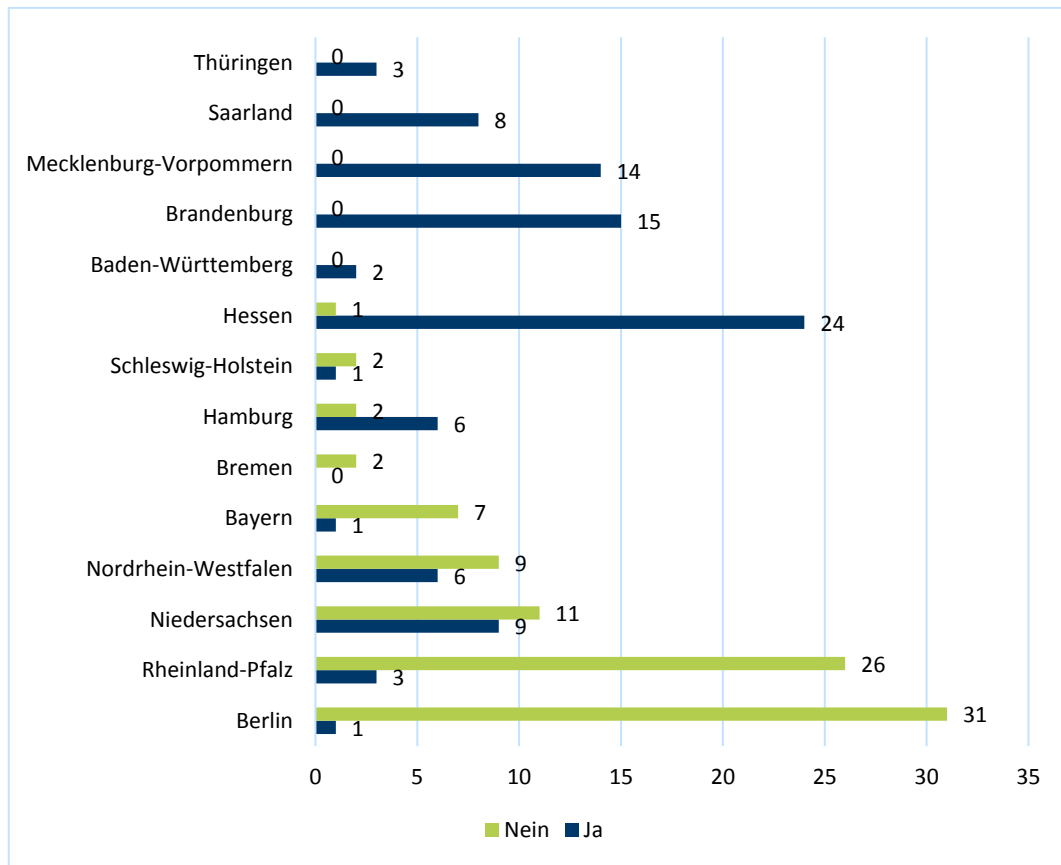


Quelle: IGES

Um zu klären, inwieweit zumindest eine einheitliche fachliche Führung aller Beschäftigten in den PSP gegeben ist, wurde ergänzend nach dem Vorhandensein einer Fachaufsicht gefragt. Diese Frage wurde von insgesamt 93 PSP (51 %) bejaht (Antworten nach Bundesländern vgl. Abbildung 53).

Allerdings weisen die Freitexteinträge mit der konkreten Benennung der Fachaufsicht auf ein uneinheitliches Verständnis in der Beantwortung dieser Frage hin. So wurde die Frage beispielsweise von den PSP in Mecklenburg-Vorpommern und Hessen bejaht mit dem Verweis, die Fachaufsicht liege „beim jeweiligen Träger“ bzw. beim landesweiten Lenkungsgremium. Dagegen verneinte eine Vertreterin des Berliner Steuerungsgremiums die Frage mit folgender Begründung: Jeder einzelne Träger unterliegt einer Fachaufsicht. Eine Fachaufsicht konkret für die Beschäftigten der Pflegestützpunkte gibt es in Berlin dementsprechend nicht.

Abbildung 53: Angaben zur einheitlichen Fachaufsicht nach Bundesländern (n = 184; absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

Ergänzend wurden deshalb die Rahmenverträge der Bundesländer bezüglich etwaiger konkreter Regelungen zur Fachaufsicht analysiert (siehe Tabelle 31). Anhand der Ergebnisse ist ersichtlich, dass in den sechs Bundesländern Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz (in der Tabelle grau hinterlegt) aufgrund der Bestimmungen des RV in den PSP keine einheitliche Fachaufsicht vorgesehen ist, da jeweils auf die Zuständigkeit des Anstellungsträgers verwiesen wird. Zwar gilt dies auch für das Saarland (Verweis auf Dienstaufsicht), aber da dort jeder PSP eine Geschäftsführung hat, kann unterstellt werden, dass diese zumindest die Fachaufsicht einheitlich für alle Beschäftigten übernimmt.

Tabelle 31: Übersicht zu den Regelungen in den Rahmenverträgen der Bundesländer zur Dienst- und Fachaufsicht in den PSP

Bundesland	Konkrete Regelungen zur Dienst- und Fachaufsicht
Baden-Württemberg	Keine Angaben im Rahmenvertrag
Bayern	Regelungen zur Dienst- und Fachaufsicht obliegen jeweils den Trägern der PSP
Berlin	Mustervertrag: das jeweilige Dienstverhältnis bleibt unberührt
Brandenburg	Musterkonzept: Dienstrechtlich unterstehen die dem Pflegestützpunkt zugewiesenen Arbeitnehmer dem jeweils zuweisenden Arbeitgeber
Bremen	Die im Pflegestützpunkt tätigen Mitarbeiter bleiben Beschäftigte der entsendenden Leistungsträger und unterliegen deren Fach- und Dienstaufsicht.
Hamburg	Keine Angaben im Rahmenvertrag
Hessen	Die Dienst- und Fachaufsicht über die im PSP tätigen Fachkräfte verbleibt beim jeweiligen Anstellungsträger.
Mecklenburg-Vorpommern	Die im Pflegestützpunkt tätigen Mitarbeiter bleiben Beschäftigte des bereitstellenden Trägers.
Niedersachsen	Keine Angaben im Rahmenvertrag
Nordrhein-Westfalen	Keine Angaben im Rahmenvertrag
Rheinland-Pfalz	Die Dienst- und Fachaufsicht verbleibt beim jeweiligen Anstellungsträger.
Saarland	Die im Pflegestützpunkt/Beratungs- und Koordinierungsstelle tätigen Mitarbeiter bleiben Beschäftigte des bereitstellenden Trägers und unterliegen weiterhin dessen Dienstaufsicht.
Schleswig-Holstein	Keine Angaben im Rahmenvertrag
Thüringen	kein Rahmenvertrag vorhanden

Quelle: Zusammenstellung IGES aus den Rahmenverträgen der Bundesländer.

### Internes Qualitätsmanagement

Ein internes Qualitätsmanagement gibt es nur für die Hälfte der Pflegestützpunkte (93), darunter sind drei PSP in Hamburg, wo dies in Vorbereitung sei. Diese verteilen sich auf die Bundesländer wie folgt:

Tabelle 32: PSP mit internem QM nach Bundesländern (n = 93, Anzahl)

Bundesland	PSP mit internem QM
Bayern	6
Berlin	29
Bremen	1
Hamburg	5
Mecklenburg-Vorpommern	14
Niedersachsen	3
Nordrhein-Westfalen	2
Rheinland-Pfalz	23
Saarland	8
Schleswig-Holstein	1
Thüringen	1
<b>Gesamt</b>	<b>93</b>

Quelle: IGES

Mecklenburg-Vorpommern und Saarland (grün markiert) waren die einzigen Bundesländer, in denen alle Befragungsteilnehmer ein internes Qualitätsmanagement etabliert haben. Auf der anderen Seite berichteten die Pflegestützpunkte in Brandenburg und Hessen durchgängig, dass dies nicht der Fall sei.

In Hessen wurden dies zu Beginn der Errichtung der Pflegestützpunkte klar geregelt. Wie in Kapitel 4.4.7 erläutert, wurde die Entwicklung von Qualitätsstandards im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung nach Aussage des Steuerungsausschusses als nicht notwendig erachtet mit der Begründung, dass entsprechende Standards bereits „(...) über Rahmenvertrag, Stützpunktverträge und die Arbeitsverträge mit den Mitarbeiter/innen geregelt [seien] und (...) entsprechend umgesetzt [würden].“ (Joost und Metzenrath 2012: 52)

Die bezgl. eines internen QM am häufigsten genannten Instrumente sind:

Tabelle 33: Antworten der PSP zu Formen des internen QM (Anzahl der Nennungen)

Für das interne QM gibt es ...	Anzahl
QM-Handbuch, QM-System	26
Standards für einzelne Prozesse (Beratung, Widerspruch, Beschwerde; Wohnberatung, Vorsorge)	20
Vorgaben zur Datenerfassung	19
Öffentlichkeitsarbeit (Flyer, Pressemitteilungen, Impressum)	18
Jahresbericht	18
Arbeits-, Verfahrensweisungen (z. B. zur Datenerfassung und -pflege; Dokumentation und Datenschutz)	11

Quelle: IGES

Weiterhin wurden vereinzelt Arbeitshilfen, Gesprächsleitfaden, Check-Listen und Überleitungsbogen genannt. Mehrere PSP aus Hamburg verweisen erneut auf die vom GKV-Spitzenverband bis Ende Juli 2018 vorzulegenden Pflegeberatungs-Richtlinien, auf deren Grundlage das QM weiterentwickelt werden soll.

In Rheinland-Pfalz wurden in allen Landkreisen und kreisfreien Städten Kooperationsgemeinschaften eingerichtet, die den Ausbau, den laufenden Betrieb sowie die Qualität und Transparenz der Arbeit der PSP gestalten (vgl. Kapitel 4.4.11, S. 76 ff.). 23 der 29 PSP, die an der Befragung teilgenommen haben, verwiesen auf Vorgaben dieser regionalen Kooperationsgemeinschaften zum QM, z. B. zum Jahresbericht, zum einheitlichen Auftritt der PSP in der Öffentlichkeit, zum Vorgehen bei Pressemitteilungen und Angaben zum Impressum sowie zur landesweit einheitlichen Nutzung der Software synCase, die die Struktur der Beratungsprozesse vorgibt.

Zum internen Qualitätsmanagement gehören auch **Funktions- und Stellenbeschreibungen**. Rd. 11 % der Pflegestützpunkte berichteten, weder über Funktions- noch Stellenbeschreibungen zu verfügen. Bei der deutlichen Mehrheit der Pflegestützpunkte lagen diese jedoch vor - einheitlich für alle Beschäftigten bei einem Viertel aller PSP oder, in der Mehrzahl, unterschiedliche (rd. 64 %) (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34: Vorhandensein von Funktions- und Stellenbeschreibungen

	Anzahl Nennungen	Anteil in %
Die Beschäftigten haben gleichlautende Funktions- und Stellenbeschreibungen.	46	25
Die Beschäftigten haben unterschiedliche Funktions- und Stellenbeschreibungen.	118	<b>64</b>
Es gibt keine Funktions- und Stellenbeschreibungen.	20	11
Gesamt	184	100

Quelle: IGES

Unterschiedliche Funktions- und Stellenbeschreibungen gibt es in allen teilnehmenden PSP der Bundesländer Brandenburg (15), Bremen (2) und Mecklenburg-Vorpommern (14). In Brandenburg gibt es laut den ergänzenden Anmerkungen unterschiedliche Beschreibungen für die Pflege- und Sozialberater bzw. ist dies über das Pflegestützpunktkonzept geregelt, in Bremen würden alte Beschreibungen beim Amt bzw. andere oder noch ältere bei der Kasse vorliegen. In Mecklenburg-Vorpommern obliegen die Stellenbeschreibungen den jeweiligen Anstellungsträgern. In allen anderen Bundesländern verhielt sich dies sehr unterschiedlich (vgl. Tabelle 35).

Meist unterscheiden sich die Stellenbeschreibungen nach dem Anstellungsträger (Kassen- und Behördenmitarbeiter bzw. Angestellte der Kommunen), seltener nach fachlicher Ausrichtung (Pflege- und Sozialberater) oder nach dem Verantwortungsbereich (Leitungskräfte und Mitarbeiter).

Nur ein Drittel der PSP mit Funktions- und Stellenbeschreibungen (56 von 164 PSP) gibt an, dass sich die QM-Regelungen auch darin wiederfinden. Darunter sind keine PSP aus den Ländern Bremen, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen.

Tabelle 35: Funktions- und Stellenbeschreibung nach Bundesländern

Bundesland	Gleichlautende Funktions- und Stellenbeschreibung (Anzahl Nennungen)	Unterschiedliche Funktions- und Stellenbeschreibung (Anzahl Nennungen)	Keine Funktions- und Stellenbeschreibung (Anzahl Nennungen)
Baden-Württemberg	1	1	
Bayern		7	1
Berlin	21	9	2
Brandenburg		15	
Bremen		2	
Hamburg	3	2	3
Hessen	1	21	3
Mecklenburg-Vorpommern		14	
Niedersachsen	11	6	3
Nordrhein-Westfalen		7	8
Rheinland-Pfalz	3	26	
Saarland	3	5	
Schleswig-Holstein	1	2	
Thüringen	3		
<b>Gesamt</b>	<b>47</b>	<b>117</b>	<b>20</b>

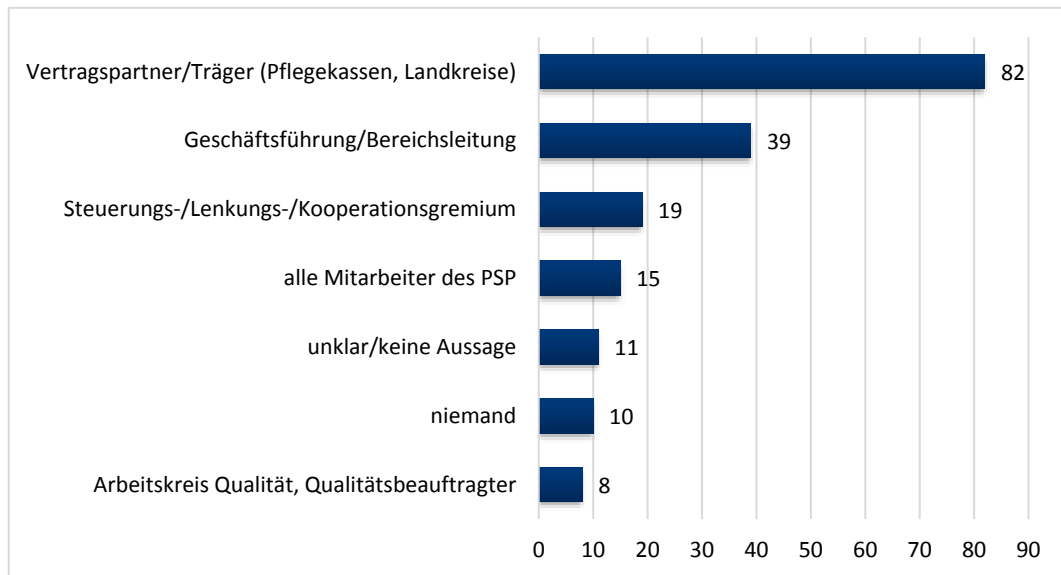
Quelle: IGES

Die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ist erwartungsgemäß ebenfalls unterschiedlich geregelt. Aus der folgenden Abbildung 54 geht hervor, dass bei mehr als der Hälfte der PSP (101, 55 %) diese Zuständigkeit nicht im PSP selbst, sondern bei den Trägern bzw. übergeordneten regionalen oder landesweiten Gremien liegt. In 21 Fällen (11 %) ist die Zuständigkeit für QS offenbar nicht bekannt bzw. nicht geregelt.

Innerhalb der PSP sind am häufigsten die Leitungskräfte für die QS zuständig (21 %), sofern es nicht speziell damit beauftragte Mitarbeiter oder Arbeitskreise gibt, was eher selten der Fall ist (4 %).



Abbildung 54: Zuständigkeit für die Qualitätssicherung (n = 184; absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

#### 6.4.2 Maßnahmen und Organisation der Qualitätssicherung

Gefragt nach konkreten Maßnahmen zur Qualitätssicherung machten die PSP sehr heterogene Angaben. 16 PSP (9 %) gaben „keine“ bzw. „nicht bekannt“ an, darunter die beiden PSP aus Bremen, vier aus Niedersachsen und je drei aus NRW und Rheinland-Pfalz. Fünf PSP in Niedersachsen und NRW erarbeiten derzeit konkrete Maßnahmen.

Die folgende Tabelle 36 listet Aussagen auf, die mindestens 10 Mal genannt wurden. Diese veranschaulichen, wie unterschiedlich das Verständnis der Befragungsteilnehmer hinsichtlich dieser Thematik ist. Auf der einen Seite stehen pauschale Hinweise auf Arbeitsgruppen und Treffen mit Trägern/übergeordneten Gremien, die nicht auf eine systematische QS im Arbeitsalltag hindeuten. Andere Aussagen beschränken sich auf die Nennung einer systematischen Datenerfassung bzw. auf eine Dokumentation. Einige PSP dagegen scheinen relativ umfassende QS-Maßnahmen durchzuführen – von der Festlegung von Standards über regelmäßige Schulungen und Fortbildungen bis zur Evaluation der Beratungsergebnisse durch Kundenbefragungen. Die im Schnitt meisten Maßnahmen nannten die PSP aus Rheinland-Pfalz, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Berlin (in absteigender Reihenfolge).

Tabelle 36: Häufig genannte Maßnahmen der PSP zur Qualitätssicherung (> 10 Nennungen, Anzahl)

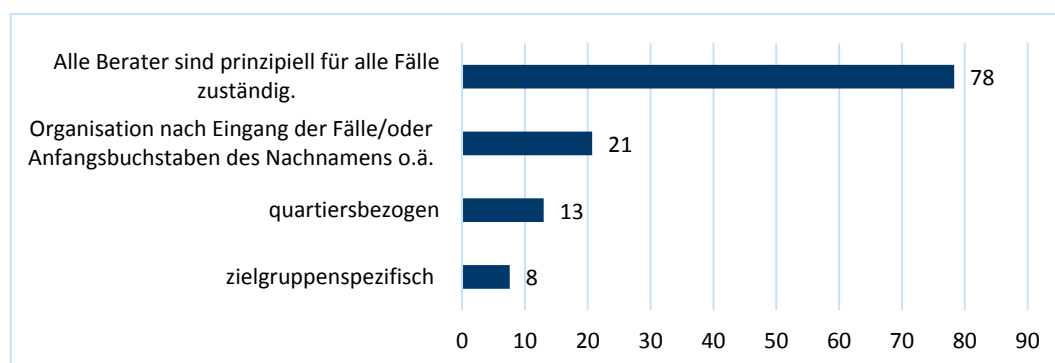
Maßnahme	Häufigkeit
Fallbesprechungen, Team-, Dienstberatungen, fachlicher Austausch untereinander (innerhalb PSP bis Länderebene)	80
Schulungen, Fort-, Weiterbildung	71
Nutzung einer Datenbank /Software	37
Einheitliche Dokumentation und Kontrollen	33
Supervision (auch fallgebunden)	30
Kundenbefragungen, klientenbezogene Datenerhebung	29
Arbeitsgruppen/Arbeitskreise	20
Treffen mit Trägern/Lenkungsgremium	20
Leistungsstatistik, Jahresberichte	16
regelmäßige Evaluation (auch des Handbuches)	13
Entwicklung von Prozessesstandards	12

Quelle: IGES

### Organisation der Zuständigkeit

Die Zuständigkeiten für die einzelnen Beratungsfälle können nach verschiedenen Kriterien organisiert werden. In der Regel waren jedoch alle Beraterinnen und Berater für alle Fälle zuständig (rd. 78 %). Bei rund einem Fünftel erfolgte eine Organisation nach dem Eingang der Fälle bzw. nach Anfangsbuchstaben des Nachnamens. Eher weniger gab es quartiersbezogene oder zielgruppenspezifische Zuständigkeiten (vgl. Abbildung 55).

Abbildung 55: Organisation der Zuständigkeit für einzelne Beratungsfälle (Angaben in %; Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: IGES

Eine Differenzierung nach Bundesländern veranschaulicht, wie heterogen die Zuständigkeiten innerhalb der Bundesländer gehandhabt werden, wobei Zuständigkeiten sowohl quartiersbezogen als auch in Kombination nach den Anfangsbuchstaben verteilt werden können. Andere Kombinationen sind ebenfalls möglich (vgl. Tabelle 37).

Tabelle 37: Organisation der Zuständigkeit für einzelne Beratungsfälle nach Bundesland

Bundesland	Organisation der Zuständigkeit (Anzahl Nennungen)			
	alle Fälle	Eingang der Fälle/Anfangs- buchstaben	Quartiers- bezogen	Zielgruppen- spezifisch
Baden-Württemberg	2			
Bayern	6	2		2
Berlin	29	9	3	5
Brandenburg	14	1	1	2
Bremen	2			
Hamburg*	8			
Hessen	24			1
Mecklenburg- Vorpommern	9	7	2	
Niedersachsen	11	5	7	
Nordrhein- Westfalen	12	1	2	3
Rheinland-Pfalz	21	10	2	
Saarland	1	1	6	
Schleswig-Hol- stein	3		1	1
Thüringen	2	2		
<b>Gesamt</b>	<b>144</b>	<b>38</b>	<b>24</b>	<b>14</b>

Quelle: IGES

Anmerkung: \* Hamburg hat zusätzlich einen PSP für Kinder und Jugendliche, der sich aufgrund seiner Besonderheiten nach Rücksprache mit IGES bei dieser Befragung nicht beteiligt hat.

Auch wenn eine Verteilung der Zuständigkeiten der Beratungsfälle nach Zielgruppen eher weniger in den Pflegestützpunkten erfolgte, so kristallisierten sich dennoch Schwerpunktgruppen heraus. In über der Hälfte der Fälle betraf dies die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, bei der offensichtlich ganz anders gelagerte Problemlagen im Alltag zu bewältigen sind, mit entsprechend anderen Ansprechpartnern. Neben der besonderen Situation in Hamburg (ein spezialisierter Pflegestützpunkt ausschließlich für diese Zielgruppe), gibt es überwiegend in Berlin extra für diese Gruppe zuständige Beraterinnen und Berater in einzelnen Pflegestützpunkten. Berlin bietet zudem eine Beratung ausschließlich für Menschen mit Migrationshintergrund an.

Andere Zielgruppen waren beispielsweise demenziell Erkrankte (Bayern) bzw. Menschen mit Suchterkrankungen (NRW). Sehr häufig wurde die Wohnberatung als spezielles Beratungsfeld genannt. Dies war vermehrt in NRW der Fall, wo Wohnberatung auch konzeptionell im Pflegestützpunkt verankert ist (dies ist teilweise auch in Berlin so).

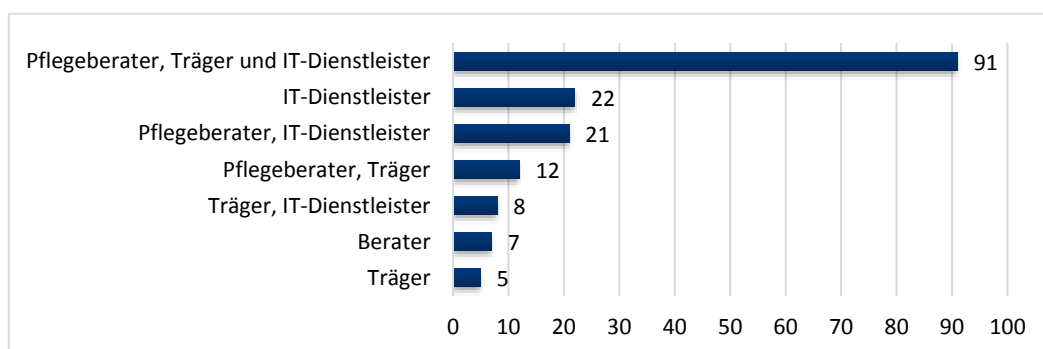
### Nutzung einer Software zur Dokumentation

In fast allen PSP (n = 166, 90 %) nutzen die Beschäftigten eine einheitliche Software zur Dokumentation der Beratungstätigkeit. Nicht der Fall ist dies in den drei PSP in Thüringen sowie weiteren PSP aus Baden-Württemberg, Brandenburg, Niedersachsen und NRW.

86 % (n = 143) der PSP mit einheitlicher Software nutzen Qualitätszirkel zur Weiterentwicklung der inhaltlichen Ausgestaltung der Software. Dies ist in allen an der Umfrage teilnehmenden PSP aus den Ländern Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland der Fall.

Die große Mehrheit der PSP (n = 142, 85 %) arbeitet bei der Weiterentwicklung der Software mit IT-Dienstleistern zusammen – in unterschiedlichen Konstellationen (vgl. Abbildung 56). In mehr als der Hälfte aller Fälle (91 PSP, 55 %) arbeiten sowohl die Berater als auch die Träger mit der IT zusammen.

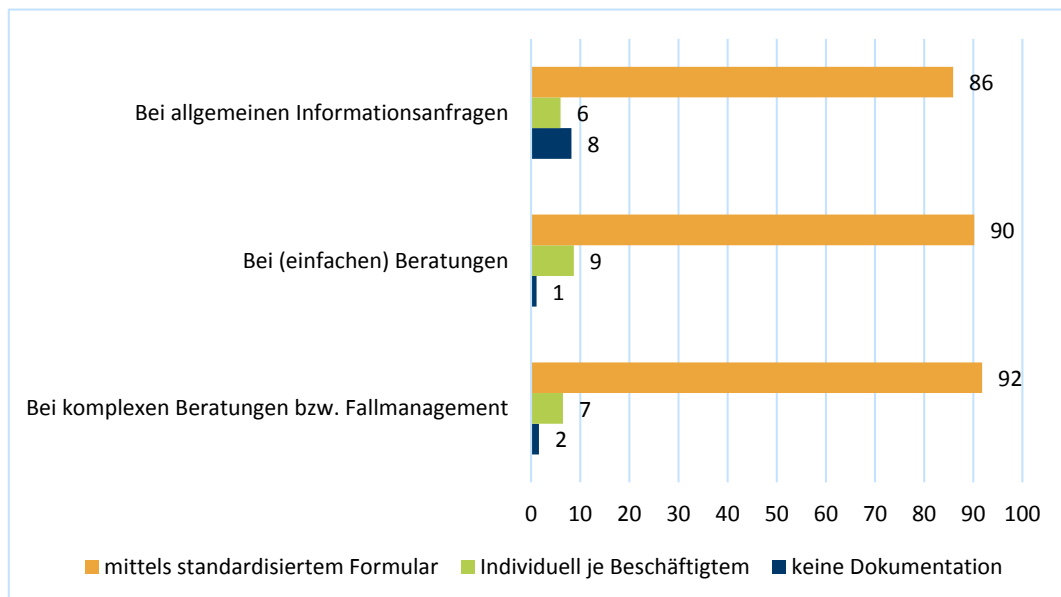
Abbildung 56: Wer entwickelt die Beratungssoftware inhaltlich weiter?  
(n = 166; absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

Die Art und Weise der Dokumentation der Beratungstätigkeit wurde getrennt für die drei unterschiedlichen Fallkategorien (Information, einfache und komplexe Beratung) abgefragt. Insgesamt werden in der Regel alle Beratungsfälle mittels standardisiertem Formular dokumentiert (vgl. Abbildung 57).

Abbildung 57: Vorgaben zur Dokumentation der Beratungsfälle (n = 184, Angaben in %)



Quelle: IGES

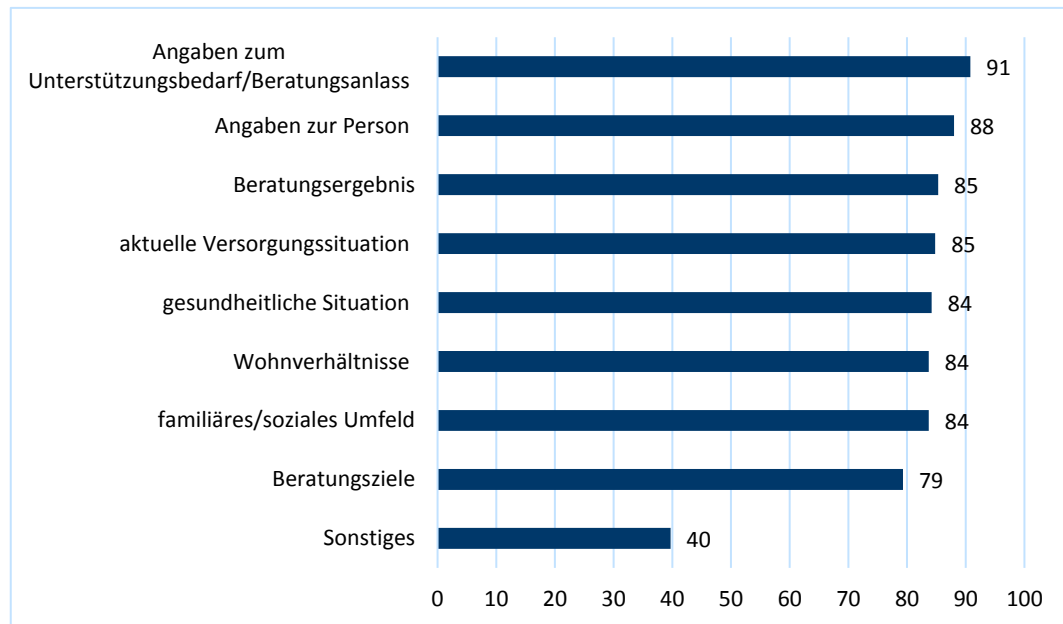
15 PSP (8 %), darunter acht aus NRW und vier aus Niedersachsen, dokumentieren Beratungen, die sich auf allgemeine Informationsanfragen beschränken, nicht. Zwei PSP aus NRW dokumentieren auch einfache Beratungsfälle nicht, einer davon gibt gar bei allen drei Kategorien „keine Dokumentation“ an.

Die Inhalte der Dokumentation (d. h. welche Angaben pro Fall erfasst werden) ist der Abbildung 58 zu entnehmen. Auffällig ist, dass es keine Kategorie gibt, die von allen PSP berücksichtigt wird – auch nicht „Angaben zur Person“ der Ratsuchenden oder zum konkreten Unterstützungsbedarf, die u. a jeweils von 12 Berliner PSP nicht dokumentiert werden (das sind vermutlich die 12 landesseitig betriebenen PSP, die keine Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI durchführen, und daher hier nur Angaben „sonstiges“ zu dokumentieren). Die PSP aus Schleswig-Holstein dagegen, die dies ebenfalls betrifft, erfassen bei ihren Beratungsfällen sämtliche der abgefragten Angaben.

Ergänzend wurden folgende Angaben genannt:

- ◆ kontaktaufnehmende Person/vermittelnde Stelle
- ◆ Beratungsdauer
- ◆ Aufgaben und Tätigkeiten der Berater

Abbildung 58: In der Falldokumentation enthaltene Angaben (n = 184; Angaben in %)



Quelle: IGES

Weiterhin wurde darauf verwiesen, dass personenbezogene Daten nur bei vorliegender Einverständniserklärung/Vollmacht erhoben werden können und generell die Erfassung abhängig sei von der Leistungsart sowie der damit verbundenen Notwendigkeit zur Datenerhebung (Berlin, Rheinland-Pfalz).

Insgesamt acht Musterformulare (Dokumentationsbögen) wurden zur Verfügung gestellt (vier aus Niedersachsen, je einer aus Berlin, Brandenburg, Thüringen und Hessen). Ein Formular ist identisch mit dem als Versorgungsplan eingereichten Muster (Hessen). Die Länge der Formulare variiert von einer bis vier Seiten. Auch die Inhalte der Beispieldokumentationen unterscheiden sich deutlich, wie aus der folgenden Tabelle 38 hervorgeht: Lediglich die ersten drei Kategorien sind in allen acht Formularen zu finden.

Tabelle 38: Inhalte von Beratungsbögen (n = 8)

Angaben zu .....	Enthalten in ... (Anzahl) Beispiele
Beratungsort/-art	8
an der Beratung teilnehmende Personen	8
Klientendaten	8
Kontaktperson	7
Pflegegrad	7
Beratungsthemen	7
Anliegen/Problemschilderung	6
Wohnsituation	5
Zeitungsfang der Beratung	5
Dienstleister	4
Soziale Situation	4
Diagnosen	4
Evaluation	4
Absprachen/Beratungsergebnis	3
Hausarzt	3
Ressourcen	3
Wirtschaftliche Situation	3
Leistungen der Berater	2
Abfrage: Versorgungsplan notwendig?	2
Abfrage: Case-Management notwendig?	2
Aushändigung Formulare, Broschüren, Flyer	2
Datenschutzhinweis	2
Abfrage: Hausbesuch notwendig?	1
Einverständniserklärung der Klienten	1

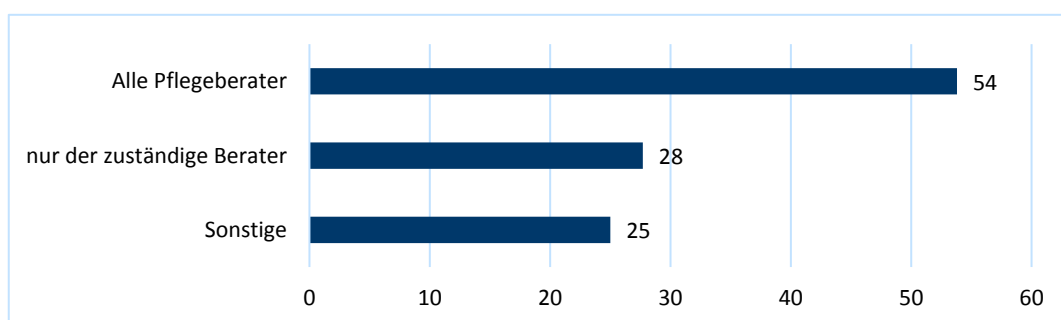
Quelle: IGES

Besonderheiten gibt es bei der Ausgestaltung der Formulare zu den Beratungsthemen. Alle acht Beispiele sind unterschiedlich strukturiert. Es finden sich neben Freitextfeldern Untergliederungen nach Leistungsarten, Begutachtungsthemen oder bezogen auf vorhandene Hilfen:

- ◆ Gliederung: a) Leistungen der Sozialversicherungen; b) psychosoziale Aspekte; c) finanzielle Aspekte; d) sonstige rechtliche Themen; e) Adressen/Infos
- ◆ zehn Punkte: Mobilität, Wohnsituation, HWV, Pflege, med. Versorgung, kogn./komm. Fähigkeiten, Alltagsleben, Verhalten/Psychologie/Orientierung, Situation Pflegeperson/Angehörige, Finanzen
- ◆ Freitext plus Auswahl des zugrundeliegenden Sozialgesetzbuches
- ◆ fünf Auswahlmöglichkeiten: Hauswirtschaft, pflegerischer Bedarf, Sozialleistungen, Pflegeleistungen PD, Hilfsmittel
- ◆ 15 Auswahlmöglichkeiten (Hausnotruf, Menübringdienst, Haushaltshilfe, Demenzcafé, Nachbarschaftshilfe, DUO-Helfer, Pflegehilfsmittel, Inkontinenzversorgung, Zuzahlungsbefreiung, Behandlungspflege, Verhinderungs-/Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag, Überleitungspflege, Krankentransport, Wohnraumberatung), plus Freitext
- ◆ sechs Auswahlmöglichkeiten (finanzielle Unterstützung, ambulant/stat. Dienste, Pflegegrad, Pflegebedürftigkeit/Demenz, Schwerbehinderung, niedrigschwellige Angebote), plus Freitext
- ◆ 29 Auswahlmöglichkeiten (z. B. Antrag Pflegegrad, betreutes Wohnen, Essen auf Rädern, Hausnotruf, Bestattungsvorsorge, Wohnraumberatung), plus Freitext

Einen Zugriff auf die Dokumentation haben in etwas mehr als der Hälfte der PSP alle Pflegeberaterinnen und -berater (siehe Abbildung 59), ein Viertel beschränkt die Zugriffsrechte auf die jeweils für den Fall zuständigen Beraterinnen und Berater.

Abbildung 59: Zugriffsrechte auf die Dokumentation (n = 184, Anteil in %, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: IGES



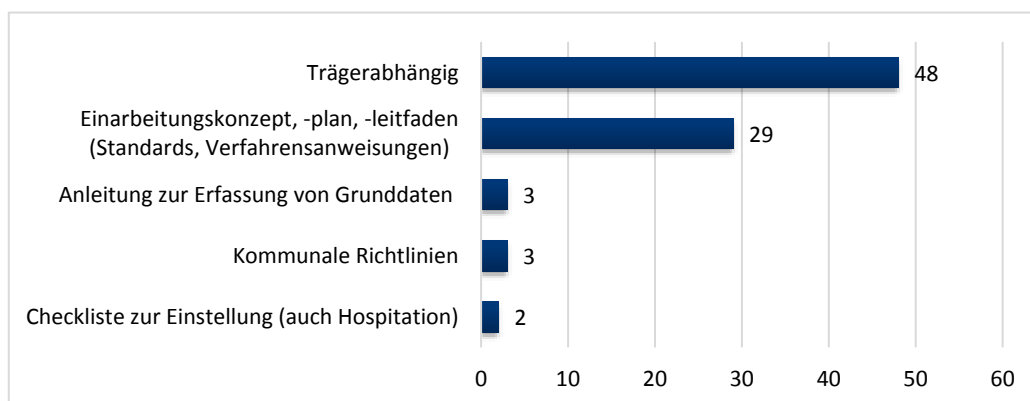
Sonstige Möglichkeiten sind:

- ◆ im Vertretungsfall auch andere Pflegeberater im Stützpunkt
- ◆ Fachgebietsleitung, Verwaltungskraft
- ◆ Regelungen entsprechend des Datenschutzkonzeptes (Mecklenburg-Vorpommern)
- ◆ Zugriffsrechte trägerabhängig
- ◆ kommunale Mitarbeiterin
- ◆ Verwaltungskraft
- ◆ Seniorenberaterin, Altenhilfeplanerin, IT-Admin
- ◆ alle Pflegeberater im jeweiligen Bezirk
- ◆ alle Berater des jeweiligen Stützpunktes (Rheinland-Pfalz).

### 6.4.3 Personalkonzepte

In 98 PSP (54 %) gibt es Richtlinien für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Diese sind zur Hälfte trägerabhängig (u. a. in Brandenburg, Hessen und Rheinland-Pfalz) und daher nicht einheitlich bezogen auf die Stützpunktarbeit ausgerichtet. Einarbeitungskonzepte oder -pläne haben nur 29 PSP, mehrheitlich in Berlin (vgl. Abbildung 60).

Abbildung 60: Richtlinien für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter (absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

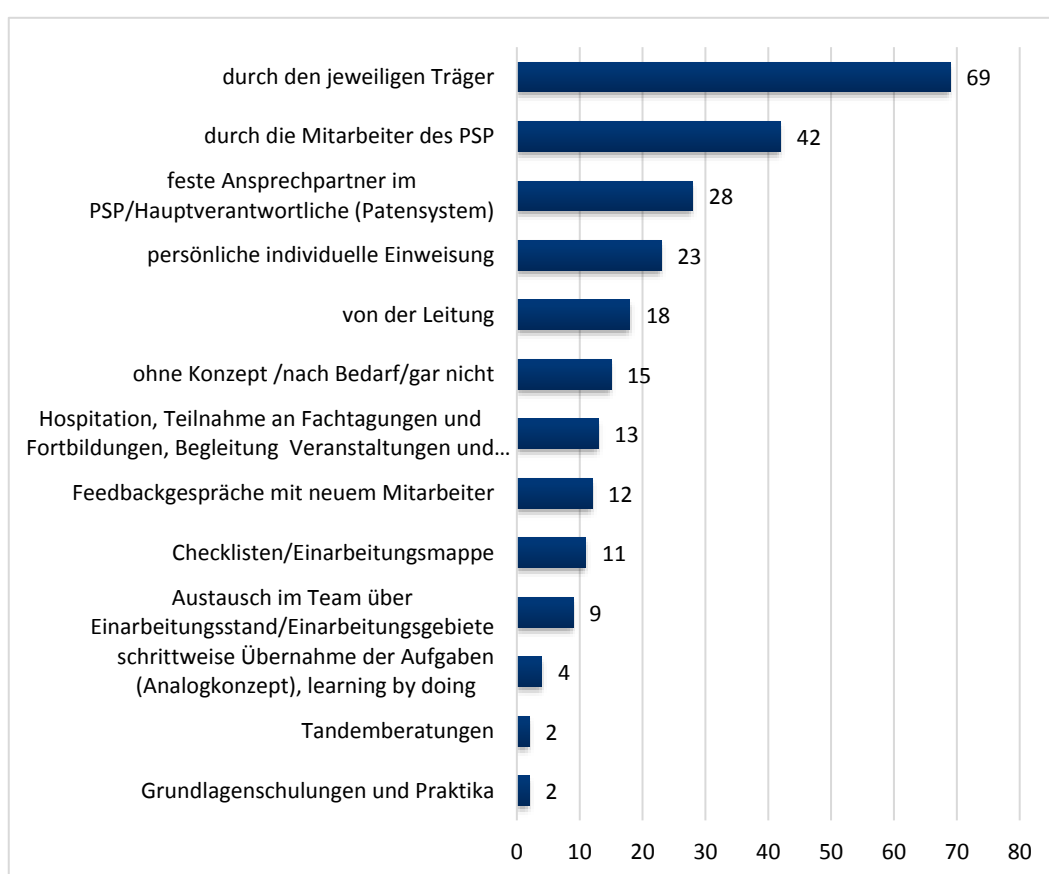
Auch die Antworten zur Organisation der Einarbeitung beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte (siehe Abbildung 61): Die Zuständigkeit für die Einarbeitung liegt zumeist bei den Trägern (u. a. in Hessen), teilweise erfolgt die Einarbeitung durch die Leitung des PSP, alle Beschäftigten gleichermaßen oder verantwortliche Einzelpersonen (Patensystem in Berlin, Mentoren). Die Einarbeitung selbst erfolgt

mittels Hospitation, Checklisten und Feed-back-Gesprächen, der schrittweisen Übernahme von Aufgaben oder Tandem-Beratungen sowie individuell (u. a. Hamburg, Niedersachsen, NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland). Seitens der PSP aus Mecklenburg-Vorpommern wird auf den Einarbeitungsplan verwiesen.

Die meisten PSP (168, 91 %) bieten ihren Beschäftigten regelmäßige Fortbildungen an, allerdings nur 40 % für alle Beschäftigten einheitlich (siehe Abbildung 62). In der Hälfte der PSP werden Fortbildungen getrennt bei den jeweiligen Arbeitgebern angeboten – insb. in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz. Einige dieser PSP merkten an, dass sie sich dies „anders wünschen“.

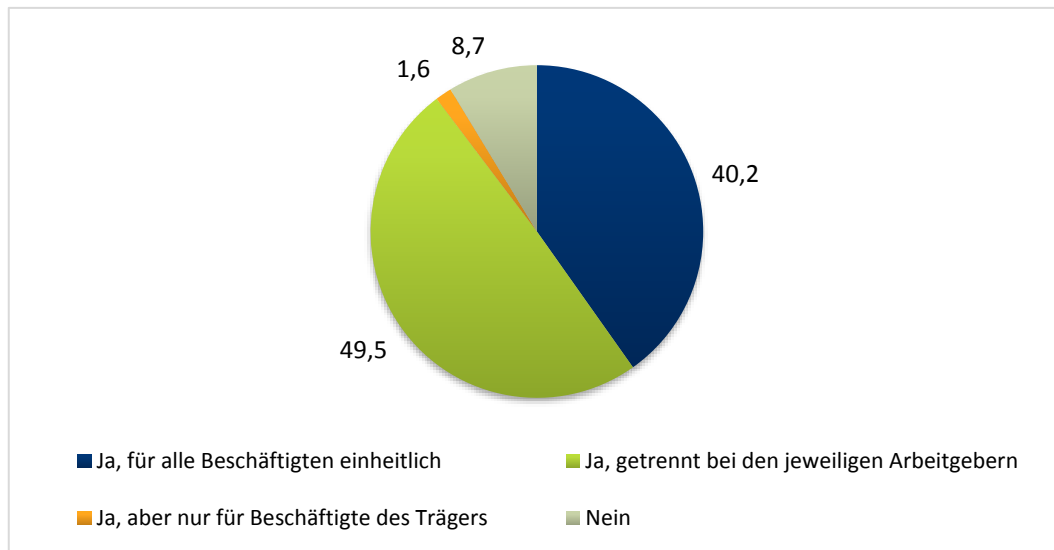
Die Fortbildungen sind mehrheitlich verpflichtend für die Beschäftigten (136 PSP, 74 %). Die Finanzierung erfolgt in der Regel durch die jeweiligen Träger der PSP (158, 85 %). Die PSP aus Mecklenburg-Vorpommern wiesen zusätzlich auf die Teilnahme an kostenlosen Veranstaltungen hin. In den Bundesländern Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen werden Fortbildungen aus dem Sachkostenbudget der PSP finanziert.

Abbildung 61: Organisation der Einarbeitung (absolute Häufigkeit; Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: IGES

Abbildung 62: Regelmäßige Fortbildungen für Pflegestützpunkt-Beschäftigte (n = 184, Anteil in %)

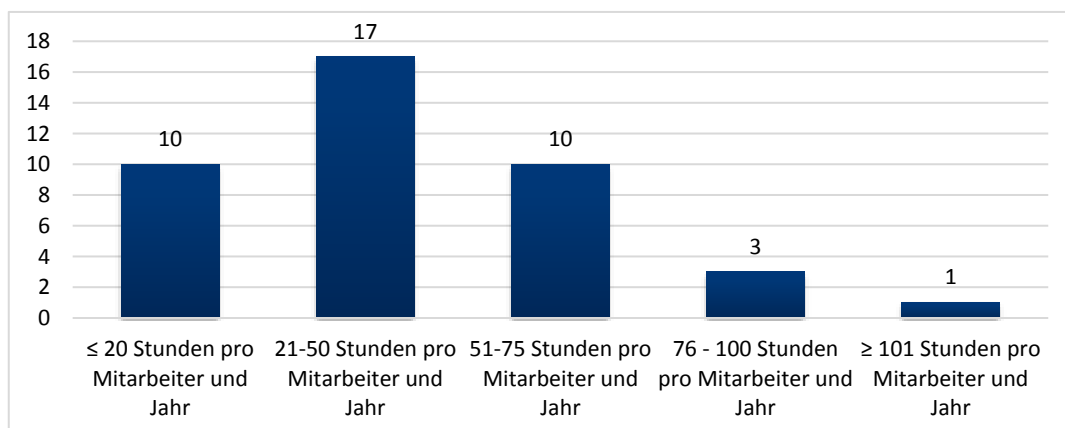


Quelle: IGES

Die Einschränkung, dass Fortbildungen nur für Beschäftigte eines Trägers angeboten werden (drei PSP, Kreissegment orange), wurde für Rheinland-Pfalz mit Hinweis auf Beschäftigte des vdek und für Thüringen der Stadtverwaltung erläutert.

Lediglich 41 PSP gaben eine Rückmeldung zum zeitlichen Umfang von Fortbildungen. Dieser liegt zwischen unter 20 Stunden bis zu mehr als 100 Stunden pro MA und Jahr, 40 % liegen bei 25 bis 50 Stunden.

Abbildung 63: Zeitlicher Umfang von Fortbildungen (n = 41, absolute Häufigkeit)



Quelle: IGES

Die Inhalte von Fortbildungen, die zu 60 % vom Team der PSP festgelegt werden (zu 40 % extern durch die Träger), umfassen beispielsweise folgende Themen – mit einem deutlichen Schwerpunkt auf sozialrechtlichen Regelungen und altersassoziierten Krankheitsbildern:

Tabelle 39: Themen, zu denen geschult wird (absolute Häufigkeit)

Themenbeispiele Fortbildungen	Anzahl Nennungen
gesetzliche Neuerungen/ Sozialrecht (SGB XI, SGB XII, PSG I-III, BTHG)	54
Schulungen zu Krankheitsbildern (z. B. Demenz, Delir, Sucht)	39
Daten- und Arbeitsschutz, Hygiene	8
synCase Datenerfassung /EDV	6
Weiterentwicklung/QS der Beratungskompetenz (auch Beschwerdemanagement)	5
Wohnformen, Wohnberatung	4
Hospiz- und Palliativversorgung, SAPV	4
Rehabilitation	4
Heil- und Hilfsmittelversorgung	4
Erste Hilfe	4
Fortbildung Care-Management	3
Begutachtungskriterien/-richtlinien des MDK	3
Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht	2
Psychosoziale Belastung in Beratungssituationen / Psychologische Themen	2
Coaching der Mitarbeiter, Gesprächsführung	2
Versorgung von Kindern	1
Widerspruchmanagement	1

Quelle: IGES

Abschließend wurde im Themenblock Qualitätssicherung gefragt, ob den Beschäftigten, die oft mit schwierigen und psychisch belastenden Situationen konfrontiert sind, Supervision angeboten wird. Etwa 59 % der Pflegestützpunkte können auf ein solches Angebot zurückgreifen. Für immerhin 41 % ist dies jedoch kein Standard.

Sehr deutlich wurde anhand der ergänzenden Erläuterungen, dass in der Mehrzahl der Fälle das Angebot einer Supervision vom Träger abhängt. Vermehrt erhalten nur die Beschäftigten der Kassen diese Unterstützung. Supervisionen werden deut-

lich häufiger bedarfsorientiert und weniger regelmäßig durchgeführt, wie beispielsweise in neun PSP in Berlin, wo Supervision einmal pro Quartal erfolgt. Das Budget spielt bei einigen Pflegestützpunkten auch eine Rolle. So wurde beispielsweise die Supervision nur im Rahmen der Modellphase der PSP finanziert oder das Angebot sei weiterhin nur möglich, wenn die dafür benötigten Gelder zur Verfügung stehen (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Ergänzende Anmerkungen zur Supervision (Freitexte) (n = 56)

	Anzahl Nennungen	Anteil in %
trägerabhängig	26	46,4
bedarfsorientiert	12	21,4
regelmäßiges Angebot (quartalsweise/halbjährlich)	9	16,1
abhängig vom Budget	3	5,4
trägerübergreifende Supervision	3	5,4
Sonstige	3	5,4

Quelle: IGES

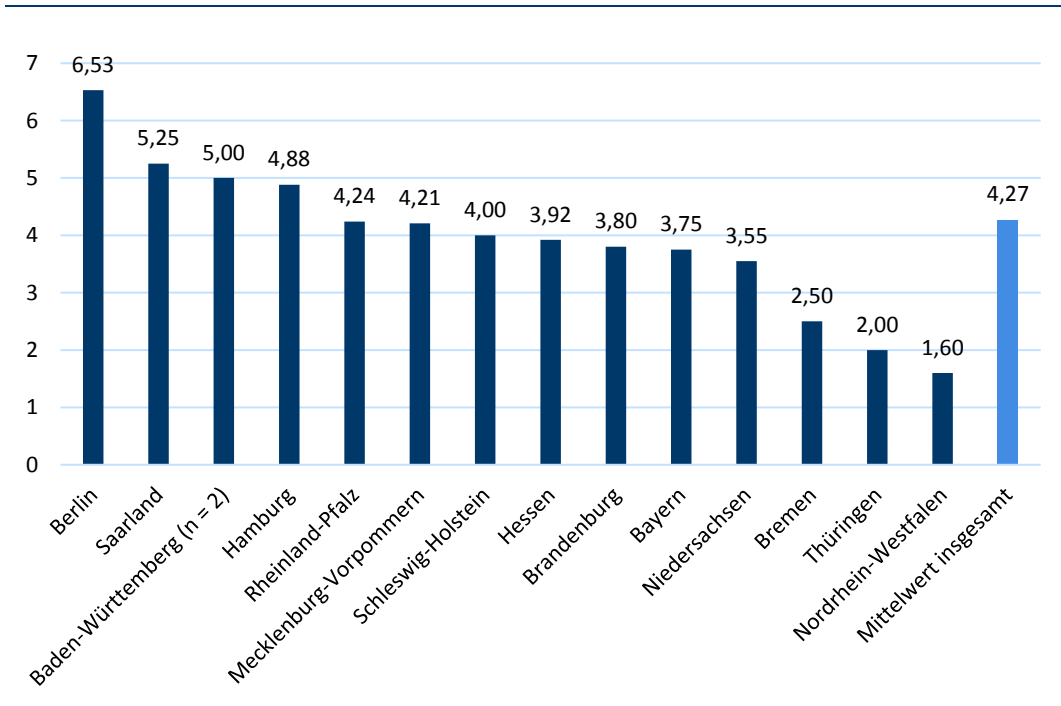
Weitere Anmerkungen zur Supervision enthielten Hinweise, dass eine solche wünschenswert/erforderlich sei bzw. eigentlich regelmäßig angeboten werden müsste.

#### 6.4.4 Zusammenfassender Überblick zur Qualitätssicherung auf Ebene der Bundesländer

Um einen länderbezogenen, vergleichenden Überblick zu den Antworten der PSP zur Qualitätssicherung zu erhalten, wurden die Angaben der einzelnen PSP zu folgenden acht Aspekten ausgewertet (je Kriterium, das erfüllt wird, wurde ein Punkt vergeben, so dass max. 8 Punkte pro PSP erreicht werden konnten) und der Durchschnittswert auf Länderebene ermittelt (s. Abbildung 64):

- ◆ Regelungen zur Qualitätssicherung im PSP-Vertrag
- ◆ Internes Qualitätsmanagement vorhanden
- ◆ für alle MA gleichlautende Funktions- und Stellenbeschreibungen
- ◆ QM-Regelungen finden sich in den Funktions- und Stellenbeschreibungen wieder
- ◆ Nutzung einer einheitlichen Software (alle Berater)
- ◆ Richtlinien zur Einarbeitung vorhanden
- ◆ für alle MA einheitliche Fortbildung
- ◆ für MA wird Supervision angeboten

Abbildung 64: Überblick zu Elementen der Qualitätssicherung in den PSP (max. Punktzahl je PSP = 8, Durchschnittswerte je Bundesland)



Quelle: IGES

Im Durchschnitt werden von den 184 PSP aus der Befragung etwas mehr als vier der genannten Kriterien umgesetzt – mit 6,5 am meisten in den Berliner PSP und am wenigsten in Nordrhein-Westfalen, wo es im Schnitt weniger als zwei Kriterien sind. Die große Spannweite macht noch einmal deutlich, wie unterschiedlich der Stand hinsichtlich der Qualitätssicherung in den PSP bundesweit ist. Deutlich wird aber auch, dass dort, wo es landesweite Steuergremien gibt, die Qualitätssicherung bereits flächendeckender implementiert ist (Berlin, Baden-Württemberg, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern).

## 6.5 Hinweise der Befragten zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte

Zum Abschluss der Befragung hatten die PSP die Möglichkeit, in einem Freitextfeld Ergänzungen, Hinweise oder Anregungen zur untersuchten Thematik mitzuteilen.

57 PSP aus elf Bundesländern (mit Ausnahme von Hamburg, dem Saarland und Thüringen) gaben Hinweise zur Weiterentwicklung der Strukturen und Arbeit der Pflegestützpunkte. Diese Hinweise, Anregungen und Wünsche werden kurz zusammengefasst dargestellt.

Die häufigsten Wünsche bestehen hinsichtlich der Erweiterung der Personalausstattung und des finanziellen Rahmens der PSP sowie der Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit mit den Akteuren. Die Personalkapazitäten

sollten zum einen an die gesetzliche Verpflichtung zur Beratung nach § 7 a SGB XI angepasst und zum anderen in den Rahmenverträgen neu geregelt werden. Folgendes Zitat veranschaulicht, wie niedrig die Personalbesetzung teilweise ist, und macht gleichzeitig klar, dass der Anspruch an vielfältige Kooperations- und Vernetzungstätigkeiten angesichts dieser Situation nicht erfüllbar ist:

*"[Der] PSP [...] wird [...] ausschließlich durch eine Mitarbeiterin ausgefüllt, es besteht seit über 2 Jahren ein erhöhter Personalbedarf, der nicht abgedeckt ist, Zeiten für Krankheit, Urlaub und anderweitige dienstliche Termine sind nicht abgedeckt" (Mecklenburg-Vorpommern).*

Andere PSP berichten, dass die Personalsituation es derzeit nicht erlaube, „den Neuerungen des PSG III nachzukommen“.

Umfassender ist der Wunsch eines PSP in Niedersachsen: Die Finanzierung durch die Pflegekassen müsse neu diskutiert werden, da sie auf Zahlen von 2007 basiere. Der demografische Wandel und die umfangreiche Erbringung von Fallmanagement mit Versorgungsplänen sollten einfließen.

Mehrere PSP aus Hessen haben sich auf eine Wunschliste verständigt, die vier Punkte enthält:

- „1. Strukturelle, sektorenübergreifende Anreizstrukturen für Kooperationen*
- 2. Als PSP-Land Nr. 1 (Hessen) wünschen wir uns zusätzliche finanzielle Ressourcen des Bundes in Höhe 120.000, -- Euro pro PSP und Jahr*
- 3. Ausbau der Pflegestützpunkte zu Gesundheits- und Pflegestützpunkten entsprechend dem hessischen Gesundheitspakt 2.0*
- 4. Klare Abgrenzung der Beratungstätigkeit der Reha-Träger nach SGB IX zur Arbeit der Pflegestützpunkte“*

Die Qualität der Beratung könne nur durch eine regelmäßige und zeitnahe Fortbildung zu gesetzlichen Änderungen gewährleistet werden, stellen Vertreter aus Hessen und Schleswig-Holstein fest. Weiterhin sollte die Koordinierung von Fortbildungen besser abgestimmt werden. Der Wunsch nach Vereinheitlichung von Standards und Verfahrensanweisungen für Assessments, Versorgungspläne nicht nur regional, sondern auch überregional, ist weit verbreitet. Eine vereinheitlichte Datenschutzrichtlinie und die Dokumentation mit einer einheitlichen Software, die zugleich benutzerfreundlich und an die Beratungsbedarfe angepasst ist, wird gefordert:

*"Einheitliches Erscheinungsbild nach außen als Beratungsstelle, verbindliche Netzwerkarbeit, höherer Personalschlüssel in den Pflegestützpunkten, bundesweit einheitliche Strukturen, bessere Angebotsstrukturen und damit verbundene schnelle Umsetzung, mehr Transparenz und Qualitätssicherung bei den Anbietern (Prüfmechanismen) mit Konsequenzen, mehr sektorenübergreifende Arbeit, genügend Angebot von wohnortnahen Dienstleistern wie z. B. Tagespflege, die allen problemlos und auch ohne Antrag zugänglich sind, [...], Etablierung einer kultursensiblen Pflegeberatung" (PSP Berlin)*

Erst bei besserer Finanzausstattung sei in einigen PSP die gesetzlich vorgeschriebene Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI möglich und die Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit könne intensiviert und weiter ausgebaut werden. Damit könnten auch Öffnungszeiten für die Ratsuchenden erweitert werden:

*"Vorträge, Pflegestammtische, Hausbesuche waren oft ausschlaggebend, dass eine Arbeitskraft den PSP allein bespielen musste. Deswegen [wurden die] Öffnungszeiten ... verkürz[t], damit [...] Zeit [ist] für [...] Organisation, hoffentlich auch im Hinblick darauf, Fallbesprechungen, Netzwerktreffen und Qualitätsmerkmale weiterzuentwickeln" (PSP im Norden).*

Aus dem Zitat wird erneut deutlich, dass die Arbeitszeit ausschließlich für aufsuchende Beratungen und Anwesenheit zu den Öffnungszeiten reichte, um Ratsuchenden Unterstützung zu bieten. Netzwerk- und Koordinierungsarbeit sind daher nur unzureichend erfüllbar. Um mehr Aufmerksamkeit zu bekommen und Rückhalt zu erfahren, sei eine verstärkte Thematisierung auf landespolitischer Ebene erforderlich. Diese wünscht sich auch ein PSP aus Bayern, wo PSP-Beschäftigte keine Hausbesuche machen dürfen, was als sehr nachteilig erlebt wird.

Im Bereich der zu erfüllenden Aufgaben und Tätigkeiten der Beschäftigten wird hervorgehoben, dass die Beratung von Personen ohne Pflegebedürftigkeit häufig zeitlich zu kurz kommt, obwohl auch dieses Angebot im Sinne einer frühzeitigen Beratung in den Leistungskatalog der Pflegestützpunkte gehöre. In Niedersachsen darf nach Aussagen einiger PSP keine Pflegeberatung (§ 7 a SGB XI) angeboten werden, da diese den Pflegekassen „vorbehalten“ ist. Diese könnte jedoch im Pflegestützpunkt erbracht werden und somit dazu beitragen den Hilfesuchenden alles aus einer Hand zu bieten.

Auf Ebene der Öffentlichkeitsarbeit wird die Verbesserung der Außendarstellung vorgeschlagen sowie eine regelmäßige Newsletter-Erstellung mit aktuellen Themen, um Ratsuchende besser zu erreichen. Die bessere Erreichung der Zielgruppe ist auch Anliegen weiterer PSP: Sie schlagen eine Umbenennung der Pflegestützpunkte in Beratungsstellen vor. Dies sei eine „zielgruppenfreundlichere“ Bezeichnung.

Bezüglich der Themen Koordinierung und Vernetzung wird vor allem der Ausbau des Netzwerks inklusive der Kooperationen und die Intensivierung der Zusammenarbeit mit bereits vorhandenen Partnern gewünscht, nicht nur hinsichtlich zeitlicher Kapazitäten, sondern auch hinsichtlich der Qualität der Zusammenarbeit. So sei die Zusammenarbeit verbesserungswürdig, mahnen PSP aus Hessen an. In einem PSP aus Brandenburg hingegen ist

*„die Zusammenarbeit mit der Kommune [...] in unserem Landkreis sehr gut" (PSP Brandenburg).*

In zwei Bundesländern (Berlin und Nordrhein-Westfalen) wird auch der Wunsch nach einem überregionalen Austausch deutlich. Ein PSP aus Hessen regt an:



*"Sektorenübergreifende Anreizstrukturen für Kooperationen schaffen, um Versäulungseffekte der Versorgungsstruktur zu überwinden" (PSP Hessen).*

In die gleiche Richtung geht die oben zitierte Anregung aus Hessen zum Ausbau der PSP zu Gesundheits- und Pflegestützpunkten.

## **6.6 Zusammenfassung der Befragungsergebnisse - Zwischenfazit**

Wie bereits aus der Literaturanalyse ersichtlich, zeigt sich auch anhand der Befragungsergebnisse einmal mehr die große Heterogenität sowohl in den Strukturen als auch in der Arbeitsweise der Pflegestützpunkte und im Verständnis von Begrifflichkeiten seitens der Berater. Aufgrund dieser Unterschiedlichkeiten in den Bundesländern merkten einige Befragungsteilnehmer an, dass manche Fragestellungen nicht ganz passgenau für die jeweiligen Gegebenheiten des Bundeslandes waren.

Trotz des relativ hohen Arbeitsaufwands für die Beantwortung des Fragebogens nahmen 184 Pflegestützpunkte aus allen 14 Bundesländern mit PSP an der Befragung teil. Das entspricht einem Rücklauf von 46 % bezogen auf die gezogene Stichprobe von 399 PSP. Dabei ist lediglich Baden-Württemberg mit nur zwei Teilnehmern von insgesamt 52 PSP deutlich unterrepräsentiert. Im Hinblick auf die Verteilung nach Siedlungsstrukturtyp sind im Rücklauf sowohl mehr städtische als auch ländlich geprägte PSP vertreten als in der Stichprobe, so dass der Anteil von PSP aus Regionen mit Verstärkeransätzen im Rücklauf nur halb so groß war wie in der Stichprobe.

### **6.6.1 Strukturen der Pflegestützpunkte**

Mehr als die Hälfte (60 %) der teilnehmenden Pflegestützpunkte ging aus vorhandenen Beratungsangeboten, in der Regel für die Zielgruppe der Senioren hervor und übernahm nahezu vollständig das dort beschäftigte Personal. Fast alle Pflegestützpunkte (89 %) befinden sich in räumlicher Nähe zu anderen, für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit relevanten Akteuren, wie Kommunalverwaltungen, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen oder Kranken- und Pflegekassen.

Die Trägerschaft der PSP liegt bei knapp 80 % befragten Pflegestützpunkte bei mehreren Akteuren gemeinsam, meist die Kranken- und Pflegekassen mit den kommunalen Gebietskörperschaften. Nur in 20 % der Fälle sind Kommunen oder Kassen alleinige Träger. Vertraglich vereinbarte Kooperationen bestehen vor allem mit Kranken-/Pflegekassen und Sozialhilfeträgern. Nur jeder zehnte PSP hat solche auch mit Selbsthilfegruppen/Ehrenamt oder der privaten Krankenversicherung getroffen.

Nur ein Drittel der Pflegestützpunkte verfügt über eine von allen Trägern gemeinsam eingesetzte Leitung, in drei Bundesländern gibt es eine solche generell nicht. Die Hälfte der Pflegestützpunkte bejahte die Frage nach einer einheitlichen Fachaufsicht, wobei die Antworten auf ein unterschiedliches Verständnis diesbezüglich

hindeuteten. In einem Drittel der Bundesländer ist laut rahmenvertraglicher Bestimmungen keine einheitliche Fachaufsicht für alle PSP-Beschäftigten vorgesehen.

Die Personalausstattung der PSP ist im Hinblick auf die zu versorgende Bevölkerung sehr unterschiedlich (11.000 - 365.000 Einwohner pro Vollzeitstelle, am größten in Regionen mit Verstärkungsansätzen), obwohl in allen Bundesländern, wo es dazu Vorgaben im Landesrahmenvertrag gibt, diese im Schnitt eingehalten werden (keine Vorgaben gibt es in Bayern und Thüringen).

Unter Berücksichtigung der Größe der tatsächlichen Einzugsgebiete (Bevölkerung) der PSP im Rücklauf sowie weiterer Strukturmerkmale (wöchentliche Öffnungszeiten und Entfernungen für Hausbesuche) erreichen Rheinland-Pfalz, Bremen, das Saarland, Berlin und Hamburg die höchsten Versorgungsgrade (Baden-Württemberg aufgrund der geringen Beteiligung außenvorgelassen).

Die Qualifikationen der Beschäftigten der PSP liegen überwiegend in den Bereichen Sozialarbeit/-pädagogik, Pflege und Sozialversicherung.

Beratung findet hauptsächlich am PSP-Standort, aber auch telefonisch und, allerdings in sehr unterschiedlichem Umfang, in der Häuslichkeit der Klienten statt, berichten nahezu alle befragten PSP. Durchschnittlich bieten sie Öffnungszeiten an vier Tagen in der Woche, für insgesamt 20 Stunden, an. Die telefonische Erreichbarkeit liegt zusätzlich bei sieben bis elf Stunden pro Woche. Nahezu alle PSP betreiben eine systematische Öffentlichkeitsarbeit, um sich in der Region bekannt zu machen. Mehrheitlich erfolgt das Auftreten der PSP innerhalb des Bundeslandes einheitlich (Erscheinungsbild, zentrale Internetseite).

Während die Räumlichkeiten fast aller PSP weitgehend barrierefrei zugänglich sind, ist in 61 % der PSP eine barrierefreie Beratung (z. B. in anderen Sprachen, mit Gebärdendolmetscher etc.) nicht möglich. Die meisten barrierefreien Beratungsangebote gibt es in städtischen Regionen (Berlin, Hamburg und Rheinland-Pfalz).

Das Leistungs-/Beratungsgeschehen wird sehr unterschiedlich erfasst. 28 % der PSP haben keine belegbaren Daten zu jahresbezogenen Fallzahlen. Weniger als die Hälfte der teilnehmenden PSP (48 %) machten Angaben zur Anzahl der Beratungsfälle des Jahres 2016. Diese lag, bezogen auf eine Vollzeitstelle, zwischen 325 und 1.564 Fällen. Der Anteil von Hausbesuchen lag für 73 PSP bei durchschnittlich 15 %.

### **6.6.2 Koordinierung im Einzelfall**

90 % der PSP führen ein Fallmanagement durch und erstellen Versorgungspläne, meist anhand einer standardisierten Vorlage. 21 PSP, die diese Aufgaben nicht ausführen, liegen in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen. Wie unterschiedlich der Begriff Fallmanagement ausgelegt wird zeigt sich daran, dass z. B. nur die Hälfte aller PSP im Rahmen eines Fallmanagements auch die Erstellung eines Versorgungsplans vorsieht und sich rd. ein Drittel auf eine Vermittlerrolle beschränkt. Der Anteil vom FM-Fällen an allen Beratungsfällen liegt nach Schätzungen im Länderdurchschnitt zwischen einem Prozent und einem Drittel.

---

Konkrete Hilfestellungen zur Koordinierung der Versorgung im Einzelfall sind neben der Erläuterung von Leistungsansprüchen am häufigsten die Übergabe von Adressen/Kontaktdaten von Dienstleistern in der Region und Informationsbroschüren. Aktive Unterstützung bei der Antragstellung und Überprüfungen der Umsetzung bzw. Passung von Maßnahmen erfolgen in rund jedem zweiten Fall. In weniger als einem Drittel der Fälle nehmen die Beraterinnen und Berater selbst Kontakt zu Pflegeeinrichtungen oder anderen zuständigen Stellen auf und die Koordination des Einsatzes unterschiedlicher Dienstleister oder Fallbesprechungen kommen nur bei 14 bzw. 12 % der Fälle vor.

Einzelfallbezogen findet hauptsächlich die Zusammenarbeit mit Pflege- und Krankenkassen sowie dem MDK, Pflegeeinrichtungen und Dienst- und Unterstützungsleistern statt, die auch häufig als gut eingeschätzt wird. Dennoch haben nur wenige PSP die Kontaktdaten der jeweils für die Versicherten zuständigen Ansprechpartner der Pflegekassen, während umgekehrt bei den Kassen die Informationen zum PSP überwiegend vorhanden seien.

Defizite bestehen aus Sicht der PSP über alle Bundesländer hinweg in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern – ein Befund, der auch in vielen Studien und Jahresberichten von unterschiedlichen Beratungsstellen immer wieder auftaucht.

### **6.6.3 Kooperation und Vernetzung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Schriftliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren haben etwa ein Drittel der PSP geschlossen – am häufigsten mit Kranken-/Pflegekassen und Sozialämtern. Weitere Kooperationspartner sind (jeweils für max. 10 % der PSP) Krankenhäuser und andere Beratungsstellen (andere PSP, Senioren- und Wohnberatung). Vertreter ehrenamtlicher Arbeit nannten 4 % der PSP als Kooperationspartner. Die Inhalte der Vereinbarungen beschränken sich allerdings in der Hälfte der Fälle auf allgemeine Grundsätze der Zusammenarbeit.

Die Befragungsergebnisse zu klaren Vorgaben von Zuständigkeiten der Beschäftigten angesichts der oft fehlenden Leitung von PSP und vielfältiger regionaler oder landesweiter Steuergremien und Ausschüsse legen den Schluss nahe, dass es solche klaren Regelungen nicht überall gibt. Bezüglich der Aufgabe der regionalen Vernetzung sehen ein Drittel der PSP hier eher bzw. teilweise die Träger der PSP in der Pflicht. Innerhalb der PSP wurden diese Aufgaben nur in 22 Fällen einzelnen Zuständigen übertragen, meist der Leitung/Koordination. Die Finanzierung der Vernetzungstätigkeit erfolgt zu 82 % über das Budget der PSP, die restlichen 33 PSP gaben an, dafür kein Budget zur Verfügung zu haben.

Die Aktivitäten PSP zur regionalen Vernetzung sind vielfältig: Etwa die Hälfte aller PSP hat ein eigenes Netzwerk gegründet oder war an der Gründung beteiligt, nahezu alle PSP beteiligen sich an bestehenden Netzwerken Dritter. An verbindlichen Zielvereinbarungen und Standards der Zusammenarbeit mangelt es jedoch noch.

Nur 38 % sind der Ansicht, die Vernetzung in der Region selbst aktiv voranzutreiben. Knapp die Hälfte der PSP ist der Ansicht, dafür nicht genügend Personalkapazitäten zur Verfügung zu haben.

Der schätzungsweise für Vernetzungstätigkeiten eingesetzte Anteil an der Arbeitszeit liegt im Durchschnitt der Bundesländer zwischen 10 % (Rheinland-Pfalz) und 50 % (Thüringen) (für die Bundesländer Baden-Württemberg, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern lagen dazu keine Angaben vor). Dabei ist kein klarer Zusammenhang zur Durchführung von Fallmanagement erkennbar (lediglich Thüringen, wo kein FM erfolgt, hat den entsprechend hohen Anteil für Vernetzung angegeben).

Die Vernetzungsarbeit wird in der Regel durch den Einsatz technischer Hilfsmittel (Datenbanken etc.) unterstützt, die teilweise jedoch nur individuell von einzelnen Beschäftigten genutzt werden (in 25 PSP).

Seit Bestehen ihres PSP habe sich im Bereich der Schnittstelle Krankenhaus – ambulante Versorgung in mehr als der Hälfte der Regionen bereits eine Verbesserung ergeben, leichte Verbesserungen seien beim Informationsaustausch mit den unterschiedlichen Leistungserbringern zu verzeichnen. Auch seitens der Nutzer der Pflegestützpunkte würden positive Signale bezgl. der „aus einer Hand“ erhaltenen Beratung und der Bündelung von relevanten Informationen in den PSP gegeben.

#### **6.6.4 Qualitätssicherung**

Die Bestandsaufnahme der Verankerung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Pflegestützpunkten hat ergeben, dass Vorgaben bei rund 80 % der teilnehmenden PSP in den Stützpunktverträgen und/oder den Landesrahmenverträgen zu finden sind, aber in 20 % der Fälle (36 PSP, insb. in Niedersachsen und NRW) solche konkreten Vorgaben fehlen. Dort, wo weitere Hinweise vorhanden waren, beziehen sich die Vorgaben auf Qualifikationen des Personals, auf Dokumentations- und Evaluationspflichten. Mehrheitlich sind übergeordnete regionale oder Landesgremien und Ausschüsse für die Entwicklung und Fortschreibung von Qualitätsstandards zuständig.

Über ein internes Qualitätsmanagementsystem verfügt nur die Hälfte der teilnehmenden PSP, darunter flächendeckend nur in Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland. Meist genutzte Instrumente sind dabei QM-Handbücher, Prozessbeschreibungen bzw. Verfahrensanweisungen für im Beratungsalltag häufig vorkommende Verfahren, Regelungen zur Datenerfassung und für die Öffentlichkeitsarbeit sowie Jahresberichte (vgl. Tabelle 32). Darüber hinaus gibt es vereinzelt Check-Listen, Gesprächsleitfäden und Überleitungsbögen. Deutlich wurde auch, dass das Verständnis von QM sehr unterschiedlich ist – die Befragten ordnen dem QM sehr unterschiedliche Aspekte zu, die teilweise nicht dieser Kategorie zuzuordnen wären (vgl. u. a. Tabelle 33).

Stellen- und Funktionsbeschreibungen existieren in knapp 90 % der PSP, allerdings meist unterschiedlich je nach Anstellungsverhältnis der Beschäftigten (insb. in

Brandenburg, Bremen und Mecklenburg-Vorpommern). In 20 PSP (aus sechs Bundesländern, darunter acht aus NRW) gibt es keine Stellen- und Funktionsbeschreibungen (s. Tabelle 34).

Die Angaben zu konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung weisen erneut ein heterogenes Bild aus – nicht nur in der Breite der zum Einsatz kommenden Maßnahmen, sondern auch im zugrundeliegenden Verständnis von Qualitätssicherung. Am häufigsten werden Fallbesprechungen, Team- und Dienstberatungen sowie fachlicher Austausch innerhalb der PSP oder regional bis hin zur Länderebene genannt. Es folgen Schulungen, Fort- und Weiterbildung sowie die Nutzung einer Datenbank bzw. Beratungssoftware. Eher selten wird die Entwicklung von Prozessstandards und die Evaluation von Pflegeberatung aufgeführt (vgl. Tabelle 36).

Fast alle PSP nutzen eine einheitliche Software zur Dokumentation der Beratungstätigkeit, die auch in der Regel für sämtliche Beratungsfälle (gem. der vorab definierten Fallkategorien) zur Anwendung kommt. Die im Einzelnen in Beratungsbögen erfassten Angaben unterscheiden sich erheblich (teilweise auch innerhalb der Bundesländer, s. Tabelle 38).

Die Vorgehensweise bei der Personalentwicklung (Einarbeitung, Fortbildung etc., vgl. Abbildung 61) wird häufig in den PSP nicht einheitlich gehandhabt, sondern erfolgt meist trägerspezifisch, bis hin zur Festlegung der Fortbildungsthemen (in 40 % der PSP). Regelmäßige Supervision für die Berater ist eher eine Ausnahme und erfolgt meist auch nur für die Mitarbeiter einzelner Träger der PSP (vgl. Tabelle 40).

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Festlegung und Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in PSP von Ausnahmen abgesehen noch relativ am Anfang steht. Entsprechende Berechtigung hat die im PSG II verankerte Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur Erarbeitung grundlegender Richtlinien und Empfehlungen zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung bzw. zu Fragen der Personalausstattung. Es ist zu erwarten, dass die nun seit Mai 2018 vorliegenden Regelungen den weiteren Ausbau der Qualitätssicherung der Pflegeberatung forcieren.

#### **6.6.5 Hinweise der PSP zur künftigen Entwicklung**

Die häufigsten Wünsche der befragten PSP bestehen hinsichtlich der Erweiterung der Personalausstattung und des finanziellen Rahmens der PSP sowie der Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, für die es besondere Anreize geben sollte. Darüber hinaus besteht bei den PSP-Beschäftigten der Wunsch nach Vereinheitlichung von Dokumentationen und Verfahren sowie ein dezidiertes Interesse an einem überregionalen fachlichen Austausch zur Stützpunktarbeit.

## **7. Zusammenfassung der Erkenntnisse der Untersuchung und Einordnung in den aktuellen Kontext der Gesetzgebung**

In diesem Abschnitt erfolgt die zusammenführende Betrachtung und Bewertung der Erkenntnisse aus den beiden Studienteilen (Analyse der vertraglichen Grundlagen und der Literatur sowie Befragung der PSP) sowie deren Bewertung unter Berücksichtigung des aktuellen gesetzlichen Rahmens, insb. im Hinblick auf die Regelungen der Pflegestärkungsgesetze II und III sowie die zwischenzeitlich vorliegenden Richtlinien und Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes.

### **7.1 Systematik zu den Ausprägungen der Stützpunktarbeit in den Bundesländern**

Die Ergebnisse der Studie zeigen deutlich, dass sich die Heterogenität in der Errichtung der Pflegestützpunkte, die sich zunächst strukturell in der unterschiedlichen Anzahl von PSP je Bundesland (bezogen auf die Einwohnerzahl) sowie in der verschiedenen Einbindung bereits vorhandener Beratungsstellen offenbart, auf allen Ebenen fortsetzt. Jedes Bundesland hat seine eigene Lesart entwickelt, was sich bis in den Beratungsalltag hinein bemerkbar macht. Es erwies sich schon als schwierig, die aktuelle Anzahl der PSP je Bundesland zu ermitteln, da es z. T. unterschiedliche Bezeichnungen und Zählweisen (PSP, Außenstellen, Außensprechstunden etc.) gibt. Im Laufe der Studie wurden auch neue PSP eröffnet (z. B. in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern), was unterschiedliche Angaben in Tabelle 2 (Stand Januar 2018) und den Tabellen zur Stichprobenziehung und Befragung (Stand April 2017) erklärt.

Bereits die in den Landesrahmenverträgen zwischen den Verbänden der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden getroffenen Festlegungen zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte, zur finanziellen und personellen Ausstattung sowie zur konkreten Umsetzung und Qualitätssicherung der Beratung haben die Weichen für die weiteren Entwicklungen ganz unterschiedlich gestellt:

In einigen Bundesländern fungieren die Pflegestützpunkte vorrangig als allgemeine Informations- und Auskunftsstellen, als ergänzende, vorgelagerte Strukturen zur „eigentlichen“ Pflegeberatung (gem. § 7 a SGB XI), die die Versicherten bei einem Bedarf an umfassender Hilfestellung und Begleitung an die Berater der Pflegekassen verweisen. In anderen Bundesländern dagegen bieten die PSP den Ratsuchenden umfassende Beratung (auch gem. § 7 a SGB XI) sowie weitreichende Fallsteuerung und machen öfter Hausbesuche.

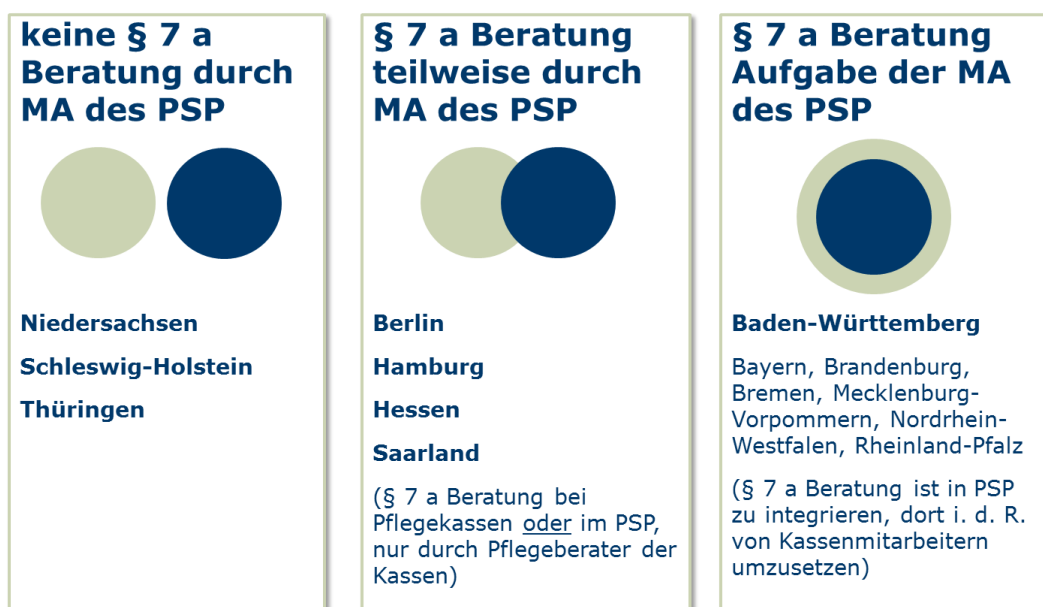
Ein prägnantes Beispiel für die erstgenannte Gruppe ist Schleswig-Holstein, wo die PSP schwerpunktmäßig die regionalen Vernetzungsaufgaben und allgemeine Beratung übernehmen sollen („Care-Management“) und die umfassende Pflegebera-

tung gem. § 7 a SGB XI („Case-Management“) nur von den Pflegekassen durchgeführt wird.<sup>3</sup> In Niedersachsen führen die Pflegekassen „auf Initiative des PSP Pflegeberatungen im Sinne des § 7 a SGB XI durch.“

In den meisten Bundesländern dagegen (siehe Abbildung 65, rechte Seite) ist die „§ 7 a Beratung“ in den Rahmenverträgen explizit als Aufgabe des PSP definiert. Am konsequentesten hat Baden-Württemberg dies in seinem neuen Rahmenvertrag umgesetzt: Die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI ist Aufgabe der PSP, obwohl dort ausschließlich Beschäftigte kommunaler Träger tätig sind. Die anderen sieben in der rechten Spalte genannten Bundesländer sehen die Durchführung der § 7 a Beratung ausschließlich oder vorrangig bei Pflegeberatern der Pflegekassen.

Die mittlere Spalte listet Bundesländer auf, welche die § 7 a Beratung nur eingeschränkt als Aufgabe der PSP definiert haben. Im RV Hessen heißt es z. B.: „Beratung nach § 7a SGB XI und nach § 11 SGB XII wird in der Verantwortung der jeweiligen Pflegekassen bzw. der Sozialhilfeträger in deren Geschäftsstellen oder zusätzlich zu den genannten Aufgaben in den Pflegestützpunkten erbracht, bei Bedarf in gemeinsamer Abstimmung.“ In den zwölf landesseitigen PSP in Berlin „wird die Pflegeberatung in den gemeinsamen Sprechstunden durch die Pflegeberater der Pflege- und Krankenkassen angeboten“, d. h. außerhalb dieser nicht.

Abbildung 65: Übersicht zur Einbindung der Beratung gem. § 7 a SGB XI in die Arbeit der PSP nach Bundesländern



Quelle: IGES

<sup>3</sup> Ein PSP aus Schleswig-Holstein merkte dazu an, dass die Trennung von Case- und Care-Management „in der Praxis nicht immer eingehalten werden kann.“ Das berichteten auch PSP-Mitarbeiter im Rahmen anderer Projekte.

Im Zuge des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III), das am 01. Januar 2017 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Pflegeberatung nach § 7 a zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte gehört und die Erbringung dieser Leistung in Pflegestützpunkten ausdrücklich gewollt ist. Regelungen in den Rahmenverträgen, die diesem Prinzip widersprechen, sind daher anzupassen.

Deutliche Unterschiede lassen sich bundesweit auch in der allgemeinen Arbeitsweise der PSP erkennen, wie die Umfrageergebnisse gezeigt haben: Das Spektrum reicht von ein bis elf Beschäftigten, mit Öffnungszeiten von 2,5 bis 43 Stunden pro Woche, und variiert auch stark bezogen auf die Anzahl der Beratungsfälle je Vollzeitkraft und den Anteil an Beratungen in der Häuslichkeit oder Fallmanagement.

Zur Systematisierung der PSP anhand ihrer Arbeitsweise wurden folgende drei Typen definiert:

1. PSP mit Beratungsorientierung
2. PSP mit Orientierung auf Beratung und Vernetzung
3. PSP mit Orientierung auf Information und Vernetzung

Die Zuordnung der einzelnen Bundesländer zu diesen drei Typen ist in Abbildung 66 dargestellt. Zu beachten ist dabei, dass innerhalb der Bundesländer teilweise ebenfalls eine große Vielfalt bei der Ausgestaltung der Stützpunktarbeit zu verzeichnen ist, sodass die Kategorie des Bundeslandes nicht für jeden einzelnen PSP passt. Eine Zuordnung aller 186 PSP, die an der Befragung teilgenommen haben, ist aufgrund der lückenhaften Angaben zum Beratungsgeschehen nicht möglich.

Abbildung 66: Typologie der PSP nach Arbeitsschwerpunkten



\* Einschätzung unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus Evaluationsstudien. Bildquellen: silbe-allgaeu.de, heartify.life.de, bbx.de

Quelle: IGES

Anmerkung: Die Zuordnung der mit \* gekennzeichneten Bundesländer erfolgte in Ermangelung von Daten aus der Befragung größtenteils auf Basis der Literaturrecherche.



Grundlage für die Zuordnung der Bundesländer zu den drei Typen waren neben den Bestimmungen in den Landesrahmenverträgen und den Ergebnissen der Literaturanalyse die in der folgenden Tabelle 41 zusammengestellten, auf Länderebene aggregierten Befragungsergebnisse, die einen Einblick in die Arbeitsweise aus der Praxis heraus bieten.

Bei **Typ Beratungsorientierung** liegt der Schwerpunkt auf

- ◆ der individuellen Beratung einschl. Fallmanagement (Spalte 4),
- ◆ der Anteil der Arbeitszeit für Vernetzung ist eher gering (Spalte 2) und
- ◆ ebenso die Fallzahl pro Vollzeitstelle (Spalte 5).

Bei **Typ Beratung und Vernetzung** sind

- ◆ sowohl die Zeitanteile für Vernetzung als auch
- ◆ der Anteil Fallmanagement eher hoch
- ◆ bei eher niedrigeren Fallzahlen pro VZ.

Der **Typ Information und Vernetzung** weist

- ◆ hohe Zeitanteile für Vernetzung
- ◆ geringe Anteile Fallmanagement und
- ◆ tendenziell höhere Fallzahlen pro VZ auf.

Die durchschnittliche Personalausstattung der PSP (Spalte 3) wurde jeweils in die Betrachtung einbezogen: je geringer diese ist, desto weniger sind tendenziell ausführliche Beratungen und Hausbesuche möglich.

Wegen der geringen Beteiligung von PSP aus Baden-Württemberg wurden auch Evaluationsergebnisse aus den Jahren 2012 berücksichtigt. Danach erbrachten knapp 60 % der PSP nach eigenen Aussagen „Beratung, die mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vergleichbar ist“ (Mehnert und Tebest 2013: 33). Der Anteil der Beratungen mit einem Fallmanagement wurde von den PSP damals mit 18 % angegeben (ebd.: 52).

Auch für Mecklenburg-Vorpommern wurden Erkenntnisse aus der Literatur herangezogen. Eine Evaluation der Arbeit der PSP ermittelte für 2014 und 2015 einen sehr hohen Anteil an allgemeinen Informationsanfragen (86 resp. 88 %) und nur in rund 2 % der Beratungen erfolgte ein Fallmanagement (Schmidt und Kraemer 2016: 6).

Für Schleswig-Holstein wurden ergänzend einzelne Sach-/Jahresberichte von PSP berücksichtigt (Rendsburg-Eckernförde, Herzogtum Lauenburg).

Tabelle 41: Kennzahlen zur Arbeitsweise der PSP nach Bundesländern (Umfrageergebnisse und Literatur)

Bundesland	Anteil AZ für Vernetzung in %	Durchschn. Anzahl Vollzeitkräfte	Anteil Fallmanagement in %	Fälle/VZ	Typ
1	2	3	4	5	6
Thüringen	50	0,9	30	1.159	Information und Vernetzung
Schleswig-Holstein*	35	2,2	6	877	Information und Vernetzung
Bayern	28	1,5	10	1.564	Information und Vernetzung
Hessen	25	2,1	24	664	Beratung und Vernetzung
Saarland	25	4,6	12	514	Beratung und Vernetzung
Berlin	25	2,9	8	k. A.	Information und Vernetzung
Brandenburg	20	2,7	32	660	Beratungsorientierung
Nordrhein-Westfalen	12	3,6	20	1.106	Beratungsorientierung
Niedersachsen	12	2	26	930	Information und Vernetzung
Hamburg	11	3,1	6	325	Beratung und Vernetzung
Rheinland-Pfalz	10	1,4	15	568	Beratungsorientierung
Bremen (n = 1)	k. A.	2,8	1	1.446	Information und Vernetzung
Baden-Württemberg*	k. A.	1,3	59 (n=1)	k. A.	Beratung und Vernetzung
Mecklenburg-Vorpommern*	k. A.	2	31	k. A.	Information und Vernetzung

Quelle: IGES.

Anmerkung: Die Zuordnung der mit \* gekennzeichneten Bundesländer erfolgte in Ermangelung von Daten aus der Befragung in erster Linie auf Basis der Erkenntnisse der Literaturrecherche.

Idealtypisch wäre es, wenn PSP alle Aufgabenbereiche gem. § 7 c Abs. 2 SGB XI – Information und Beratung im Einzelfall sowie Koordinierung und Vernetzung in der Region – gleichermaßen umfassend erfüllten. Dies setzt allerdings entsprechende Personalressourcen voraus. Die Personalausstattung der PSP ist nach Ansicht von IGES für dieses Aufgabenspektrum derzeit in den meisten Bundesländern deutlich zu gering. Weitere Ausführungen zur Personalausstattung folgen im Kapitel 7.3.

## 7.2 Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Hinsichtlich der Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben mit dem Ziel der Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen ist anhand der Untersuchungsergebnisse zu schlussfolgern, dass diese noch zu wenig systematisch in der Stützpunktarbeit verankert und erst in Ansätzen strategisch ausgerichtet sind. Das scheint auch für die PSP in Schleswig-Holstein zu gelten, wo zwar der Rahmenvertrag den Schwerpunkt des Care Managements bei den PSP verortet, wo aber in der Praxis mit relativ geringen Personalressourcen eine kontinuierlich steigende Anzahl von Klientenkontakten bearbeitet werden muss (900 bis 1.500 pro Vollzeitberater).

Die PSP-Mitarbeiter knüpfen individuell zahlreiche Kontakte und beteiligen sich an Netzwerken Dritter – das Hauptziel scheint dabei immer noch die Erhöhung des Bekanntheitsgrades der PSP und die Information über das Beratungsangebot unter Marketinggesichtspunkten zu sein. Die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ gem. 37 c Abs. 2 Pkt. 3 SGB XI erfordert dagegen vielmehr die Koordinierung von Vernetzungen der regionalen Akteure bis hin zu „Mitarbeit in der regionalen Strukturplanung“ (Joost & Metzenrath 2012: 73).

Die mangelnde strategische Ausrichtung zeigt sich zum einen in der meist fehlenden organisatorischen Festlegung der Zuständigkeiten für eine gezielte, strategisch umgesetzte Vernetzungstätigkeit vor Ort - nur ein Drittel der PSP gab an, dass es dazu Regelungen in PSP-Konzepten, im QM oder in Stellenbeschreibungen gibt und nur 22 PSP haben diese Aufgabe konkret benannten Personen übertragen. Ein Drittel der PSP ist der Meinung, dass Koordinierung und Vernetzung eine Aufgabe der Träger der PSP sei. Eine gute Vernetzung kann jedoch nur der Mitarbeiter im PSP, der die regionalen Ansprechpartner und Probleme der Ratsuchenden kennt, anstoßen. Diese Ansicht vertrat auch der Gesetzgeber, der in der Begründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2007 ausführte, dass insbesondere „Mitarbeiter, die etwa von der Kommune gestellt sind“, diese Aufgabe mit Unterstützung der von den Kranken- und Pflegekassen entsandten Pflegeberater bearbeiten könnten (Deutscher Bundestag 2007: 46).

Zum anderen wurde deutlich, dass es nur selten schriftliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit gibt. Je knapp ein Drittel der PSP haben solche mit Kranken- und Pflegekassen bzw. Sozialämtern (beide Akteure sind meist auch Träger der PSP), darüber hinaus haben sich nur 10 % der PSP auf konkrete Verfahren zur Zusam-

menarbeit mit weiteren Akteuren verständigt. Die Inhalte der Vereinbarungen beschränken sich meist auf allgemeine Grundsätze der Zusammenarbeit (vgl. Abbildung 45 auf S. 151).

Begrenzte personelle Kapazitäten sind, wie bereits erwähnt, ebenfalls zu berücksichtigen: Zwar beteiligen sich 85 % der PSP an bestehenden Netzwerken, aber nur 30 % gibt an dafür auch ausreichend Personalkapazitäten zu haben. Eine „treibende Kraft“ bei der regionalen Vernetzung zu sein, bestätigten lediglich 38 % der PSP.

Insgesamt wurde deutlich, dass die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ (§ 7 c Abs. 2 Pkt. 3 SGB XI) mehrheitlich **noch nicht als eigenständiger Kernprozess** innerhalb der Stützpunktarbeit etabliert ist. Das spürbare persönliche Engagement der Mitarbeiter lässt auf teilweise gut funktionierende, informelle Netzwerke schließen, die jedoch an einzelne Personen geknüpft sind. Viele Initiativen der Stützpunkte scheinen primär auf ein gegenseitiges Kennenlernen und einen allgemeinen, unverbindlichen Erfahrungsaustausch beschränkt zu sein und werden zu wenig gezielt und strategisch im Sinne der Weiterentwicklung regionaler, aufeinander abgestimmter Strukturen und einrichtungsübergreifender Versorgungsprozesse (Schnittstellenproblematik) genutzt.

Der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes II im § 7 a Abs. 7 SGB XI eine neue Regelung erlassen, die eine solche strukturierte Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Stellen, die den Auftrag zur Pflegeberatung haben, befördern soll. Konkret sollen „die Landesverbände der Pflegekassen .... gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung“ vereinbaren.

In der Gesetzesbegründung dazu heißt es: „Ziel dieser Zusammenarbeit ist die Verbesserung einerseits des unmittelbaren Zugangs zu Informationen für die Personen, die Pflegeberatung durchführen, und andererseits der Information pflegebedürftiger Personen und ihrer pflegenden Angehörigen über die örtlich und regional bestehenden Hilfe-, Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote.“ (Deutscher Bundestag 2015: 86). In der Begründung wird zwar in erster Linie auf „verbindliche Regelungen zu Informationsflüssen“ (ebd.: 64) hingewiesen, aber die Vertragspartner wären gut beraten, die Zusammenarbeit in der Beratung in diesen Rahmenverträgen auch darüber hinaus zu konkretisieren (z. B. Zuständigkeiten, genaue Verfahrensweisen, einheitliche, strukturierte Erfassung von Angeboten etc.). Die Regelung trat zum 01. Januar 2016 in Kraft. Bisher liegen noch keine Beispiele für Rahmenverträge gem. § 7 a Abs. 7 SGB XI vor.

Ebenfalls im Rahmen von PSG II, aber mit Gültigkeit ab 01. Januar 2017, wurde § 45 c SGB XI um einen Absatz 9 ergänzt, der die finanzielle Förderung von regio-

nen Netzwerken durch Pflegekassen vorsieht. Diese Netzwerke sollen „der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. (...) Je Kreis oder kreisfreier Stadt darf der Förderbetrag dabei 20.000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten.“

Die dazu Ende Juli 2017 vorgelegten Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. formulieren als Ziel der Förderung u. a., dass die Zusammenarbeit regionaler Akteure (insbesondere von Trägern und Selbsthilfegruppen) den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sowohl von Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen besser decken soll und die Arbeit des Netzwerks - gegebenenfalls mit etwaiger Schwerpunktsetzung - allen Pflegebedürftigen und sonstigen Betroffenen in der Region zugänglich sein muss (GKV-SV 2017: 16).

Die Förderfähigkeit von Netzwerken wird an mehrere Bedingungen geknüpft, die auch für die Vernetzungstätigkeit der PSP eine gute Leitlinie darstellen (vgl. ebd.: 16 f.):

- ◆ freiwilliger Zusammenschluss, z. B. als eingetragener Verein (e. V.), als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder ohne Rechtsform auf Basis von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen der in der Region beteiligten Akteure,
- ◆ aus der Vereinbarung ergeben sich die an der Vernetzung beteiligten Akteure sowie Ziele, Inhalte, beabsichtigte Durchführung und die Kosten,
- ◆ Vorhaltung eines QM zur regelmäßigen Überprüfung der Netzwerkarbeit und -prozesse,
- ◆ die Teilnahme regionaler Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie regionaler Gruppen ehrenamtlich Tätiger ist zu ermöglichen und
- ◆ Kreis oder kreisfreie Stadt kann der Vereinbarung beitreten.

Gefördert werden netzwerkbedingte Kosten, die aus der Koordination des regionalen Netzwerkes, der Öffentlichkeitsarbeit und ggf. der Organisation und Durchführung einer fachlichen Fortbildung der an dem regionalen Netzwerk beteiligten Akteure entstehen.

Beide neuen Regelungen (§ 7 a Abs. 7 und § 45 c Abs. 9 SGB XI) sind geeignet, die Weiterentwicklung der Arbeit der Pflegestützpunkte im Bereich der regionalen Koordinierung und Vernetzung in Hinblick auf die Etablierung einer strukturierten Zusammenarbeit zu befördern. Inwieweit dies gelingt, wird von der konkreten Umsetzung, insb. der neuen Rahmenverträge auf Landesebene, abhängen.

---

### 7.3 Personalausstattung der PSP

Bei Betrachtung der Angaben der PSP zum Beratungsgeschehen (Fallzahlen von bis zu 1.500 pro Vollzeitkraft und Jahr, einem Anteil Fallmanagement von teilweise 30 % und mehr, der Häufigkeit von Hausbesuchen bis zu 65 % und dabei zurückzulegenden Entfernungen von bis zu 100 km) und zu den weiteren Aktivitäten (regionale Vernetzung, Fortbildung, Verwaltung, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätssicherung) entsteht der Eindruck, dass die derzeitigen Personalkapazitäten kaum Spielraum lassen für intensive Vernetzungstätigkeiten oder gar für die Entwicklung neuer, wohnortnaher, integrierter Versorgungskonzepte, wie sie der Gesetzgeber bereits 2007 vor Augen hatte.

Welche Anhaltspunkte gibt es aber für eine „bedarfsgerechte“ Personalausstattung von Pflegestützpunkten?

Die im Mai 2018 verabschiedeten **Empfehlungen** des GKV-Spitzenverbandes zu Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und -berater (GKV-SV 2018a) geben u. a. Hinweise zu Faktoren zur Bemessung der Anzahl der Pflegeberaterinnen und -berater mit Blick auf die Beratung nach § 7 a SGB XI. Explizite populationsbezogene Personalanhaltswerte sind darin nicht enthalten. Die Personalausstattung müsse aber sicherstellen, „dass die Aufgaben der Pflegeberatung im Interesse der Anspruchsberechtigten gemäß § 7a SGB XI zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können“ (ebd.: 3). Zu berücksichtigende Faktoren sind beispielsweise (siehe § 1, dort werden weitere genannt):

- ◆ Dauer und Anzahl der Pflegeberatungen,
- ◆ kontinuierlich steigende Fallzahlen, Komplexität des Leistungsgeschehens,
- ◆ individuelle Beratungsbedarfe (Variation der Erst- und Wiederholungsberatungen, Fallmanagement),
- ◆ regionale Infrastruktur als Einflussfaktor bei der Suche nach Versorgungsmöglichkeiten und Zeitfaktor bei zugehender Beratung,
- ◆ Aufwand für Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit.

Je nach Blickwinkel (aus Sicht einer Pflegekasse oder eines PSP) ergeben sich für eine Personalbemessung unterschiedliche Bezugsgrundlagen: Für die Pflegekasse ist die Zahl der Versicherten bzw. der anspruchsberechtigten Personen und der Durchschnitt der je Pflegeberater abzudeckenden Region maßgebend. Für die PSP ist dagegen die Bevölkerung und Siedlungsstruktur im Einzugsgebiet, deren Zusammensetzung nach Alter, die regionale Beratungsinfrastruktur und die konkrete Aufgabenteilung zwischen PSP- und Kassenberatern gem. Rahmenvertrag ausschlaggebend.

Auch wenn der Personalbedarf jeweils entsprechend den Gegebenheiten einer Kommune zu bestimmen ist, sind allgemeine Orientierungswerte, die z. T. auf Basis

langjähriger Beratungserfahrung in den Bundesländern gewonnen wurden, dennoch zielführend. Deshalb werden im Folgenden die in der Literatur zu findenden Hinweise zur Thematik vorgestellt:

Die ursprünglich 2007 im Gesetzgebungsverfahren angedachte Größenordnung von einem PSP pro 20.000 Einwohner wurde von keinem Bundesland als Zielmarke übernommen (danach hätten bundesweit mehr als 4.000 PSP errichtet werden müssen). Aussagekräftiger als die Anzahl der Beratungsstellen pro Einwohner ist allerdings die Kennzahl Vollzeitstellen pro Einwohner. Dennoch finden sich in den Rahmenverträgen mehrheitlich Angaben ohne konkreten Bezug zur Einwohnerzahl, sondern zu Vollzeitstellen pro Pflegestützpunkt und zur Anzahl der im Land zu errichtenden PSP (z. B. einer pro Landkreis/kreisfreie Stadt).

Konkrete einwohnerbezogene Soll-Vorgaben zur Personalausstattung der PSP finden sich in den Rahmenverträgen von fünf Bundesländern:

- ◆ Berlin: 2,5 VZ pro 95.000 Einwohner (1:38.000 Einwohner)
- ◆ Hamburg: 3 VZ pro 100.000 Einwohner über 60 Jahre (1:33.300 Einwohner über 60 Jahre)
- ◆ Rheinland-Pfalz: 1,75 VZ (bis 2015: 1,5 VZ) pro 30.000 Einwohner (1:17.150 Einwohner) (0,75 VZ von Seiten der Kranken- und Pflegekassen und eine Stelle für Fachkräfte der Beratung und Koordinierung gem. § 5 LPflegeASG Rheinland-Pfalz)
- ◆ Saarland: 3 VZ (zzgl. Verwaltungskraft) pro 100.000 Einwohner (1:33.300 Einwohner)

Diese vier Bundesländer konnten alle bei Errichtung der PSP ab 2009 auf langjährige Erfahrungen mit kommunalen Beratungsstrukturen für Senioren zurückgreifen und daher auch konkrete Personalanforderungen formulieren.

Der neue, seit 01.07.2018 in Kraft getretene Rahmenvertrag Baden-Württemberg gibt eine grundsätzliche Orientierungsgröße von einer Vollzeitstelle im PSP pro 60.000 Einwohner an und ergänzt gleichzeitig: „auf der Grundlage einer entsprechenden Bedarfsfeststellung im Rahmen der kommunalen Sozialplanung ist ein weitergehender Abruf über die Orientierungsgröße hinaus möglich.“ (§ 6 RV BW).

Das IWAK hat für Hessen 2012 detaillierte, empirisch gestützte Personalbedarfsberechnungen vorgenommen, mit dem Ergebnis, dass eine Vollzeitskraft für 25.000 bis 40.000 Einwohner „die absolute Untergrenze an notwendigem Personal darstellt“ (IWAK 2012: 45). Damals ermittelten die Autoren, dass die PSP lediglich in sieben Kreisen/kreisfreien Städten Hessens über ausreichend Personal verfügten – gemessen an einem regional ermittelten „Mindestbedarf“ auf Basis einer Anhaltzahl von einer Vollzeitstelle für 40.000 Einwohner (IWAK 2012: 125). Bis heute hat sich die personelle Ausstattung der PSP in Hessen allerdings nicht nennenswert erhöht.

In Berlin werden die 12 landesseitigen PSP 2018 und 2019 um jeweils eine halbe Vollzeitstelle, auf dann 3,5 VZ, aufgestockt, so dass eine Quote von rund 1:27.000

Einwohner erreicht wird. Begründet wird dieser Personalmehrbedarf seitens der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit der Notwendigkeit einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung der Stützpunktarbeit, insb. in den Punkten Vernetzung, Verbesserung der Sichtbarkeit und Erreichbarkeit sowie Ausbau der aufsuchenden Beratung (SenGPG 2017a).

In den Freitext-Antworten zu Hinweisen zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte wurde von PSP aus Hessen und Niedersachsen explizit eine bessere Personalausstattung gewünscht (in beiden Ländern liegt die Quote deutlich über 1:100.000, vgl. Tabelle 12 auf S. 113), aber auch fast alle PSP aus Mecklenburg-Vorpommern und einer aus Brandenburg nannten dies, obwohl dort die Quote mit rund 60.000 Einwohnern je VZ noch vergleichsweise gut ist. Hier dürfte die vorwiegend ländlich geprägte Siedlungsstruktur eine große Rolle spielen. Letztlich gaben in der Befragung aber auch einige PSP aus Rheinland-Pfalz und Saarland mit im Bundesvergleich sehr guter Personalbesetzung an (sowie sechs weiteren Bundesländern), dass **für Vernetzungstätigkeiten nicht ausreichend Personalkapazitäten zur Verfügung** stünden – ein deutlicher Hinweis darauf, dass die im § 7 c Abs. 2 SGB XI formulierten Aufgaben zeitintensiv sind und diese teilweise auch mit einer Ausstattung von einer Vollzeitkraft pro 25.000 Einwohner nicht umfassend wahrgenommen werden können.

Aus diesen Angaben lässt sich ableiten, dass eine Bandbreite von einer Vollzeitkraft pro 20.000 bis 40.000 Einwohner eine gute, allgemeine Orientierungsgröße für eine bedarfsgerechte Personalausstattung von Pflegestützpunkten bietet – regionale Besonderheiten, wie vorhandene ergänzende Beratungs- und Versorgungsstrukturen, besonders hohe/niedrige Beratungsnachfrage, geringe/hohe Anteile Fallmanagement, weite Wege zu Hausbesuchen etc. können im Einzelfall zu abweichenden Personalbedarfen führen.

Anhand der in der vorliegenden Studie ermittelten Daten hatten nach diesem Maßstab die teilnehmenden PSP aus Rheinland-Pfalz (29) mit durchschnittlich rund 25.000 Einwohnern pro Vollzeitkraft eine „ausreichende“ Personalausstattung, ebenso das Saarland mit 27.000 Einwohnern und knapp auch Berlin mit 41.000 Einwohnern pro VZ (bezogen auf die jeweils in der Befragung angegebenen Einzugsgebiete der PSP, vgl. Tabelle 12 auf S. 113). Im Gegensatz dazu steht zu vermuten, dass in den Bundesländern, wo im Durchschnitt der befragten PSP nur eine Vollzeitkraft für mehr als 100.000 Einwohner tätig ist, mehr Personal benötigt wird – in Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen. In Schleswig-Holstein, wo die PSP bisher ausdrücklich „nur“ Aufgaben des Care-Managements übernehmen, ist angesichts der im PSG III verankerten Verpflichtung, die § 7 a-Beratung auch in PSP durchzuführen, zunächst das Konzept der PSP entsprechend anzupassen und im Zuge dessen auch der Personalbedarf.



## 7.4 Stand der Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Bundesländern

In der Gesamtbetrachtung der Erkenntnisse zur Qualitätssicherung (aus der Analyse der Rahmenverträge (vgl. Tabelle 5, S. 47), der Literatur und aus der Befragung, s. Abbildung 64, S. 188) lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Bestimmungen in den Rahmenverträgen und den Rückmeldungen aus der Praxis erkennen: In den Bundesländern, wo bereits in den RV detailliertere Hinweise zur Qualitätssicherung enthalten sind, wurden auch in der Praxis bereits mehr konkrete Elemente der QS etabliert (und umgekehrt). Sind in den Rahmenverträgen nur wenige Regelungen zur Qualitätssicherung zu finden, sind nach Angaben der PSP mehrheitlich auch in den Stützpunktverträgen keine Angaben dazu enthalten (vgl. Tabelle 29, S. 166) – vor allem in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Thüringen. Und entsprechend findet dann auch in der Praxis noch keine systematische QS statt.

Dies geht auch aus der folgenden Tabelle 42 zur Gesamteinschätzung zum Stand der Qualitätssicherung in den PSP nach Bundesländern hervor, die eine Synopse der Umfrageergebnisse und der Regelungen in den Rahmenverträgen (einschl. der Anlagen) darstellt. Für beide Aspekte wurden jeweils Punktwerte für vorhandene Elemente vergeben und addiert. Je höher die Gesamtpunktzahl zur QS (rechte Spalte), umso mehr Regelungen und Maßnahmen zur QS konnten identifiziert werden.

Dabei muss Baden-Württemberg in doppelter Hinsicht als „außer Konkurrenz“ betrachtet werden – zum einen aufgrund der geringen Beteiligung an der Umfrage und zum anderen wegen des erst im Juli 2018 in Kraft getretenen neuen Rahmenvertrages, der die aktuellen Entwicklungen sehr gut aufgreift (was später noch detaillierter dargestellt wird).

Am weitesten fortgeschritten hinsichtlich der Qualitätssicherung der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten sind die Länder Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Hamburg, Saarland und Rheinland-Pfalz. Diese Länder haben alle, mit Ausnahme des Saarlands, auf Landesebene ein Steuergremium etabliert, welches mit Vorgaben zu einheitlichen Standards und Arbeitshilfen die Arbeit der PSP strukturiert. Sie nutzen alle ein einheitliches Dokumentationssystem und 70 % der PSP dieser sechs Bundesländer haben ein internes Qualitätsmanagement etabliert (bezogen auf alle Befragungsteilnehmer waren es nur 50 %, vgl. Tabelle 32, S. 171).

Im Gegensatz dazu zeigt sich, dass in jenen Bundesländern, wo im Rahmenvertrag einschl. Anlagen wenig Vorgaben zur QS zu finden sind, auch die einzelnen PSP bisher wenig Elemente in der Praxis umsetzen.

Tabelle 42: Gesamtüberblick zum Stand der Qualitätssicherung nach Bundesländern (Befragungsergebnisse Spalte 2, Analyse der RV Spalte 3)

Bundesland	QS-Elemente in den PSP (Ø)	QS-Regelungen im RV + Anlagen	Gesamtpunktzahl zur QS
1	2	3	4
<i>Baden-Württemberg*</i>	<i>5,00*</i>	5	<i>10,00</i>
Berlin	6,53	3	9,53
Mecklenburg-Vorpommern	4,21	5	9,21
Hessen	3,92	5	8,92
Hamburg	4,88	4	8,88
Saarland	5,25	3	8,25
Rheinland-Pfalz	4,24	4	8,24
Brandenburg	3,80	3	6,80
Bayern	3,75	2	5,75
Niedersachsen	3,55	2	5,55
Bremen	2,50	3	5,50
Schleswig-Holstein	4,00	1	5,00
<i>Nordrhein-Westfalen**</i>	<i>1,60</i>	<i>3**</i>	<i>4,60</i>
Thüringen	2,00	1	3,00

Quelle: IGES

Anmerkungen: \* Baden-Württemberg nicht aussagekräftig aufgrund der geringen Rücklaufquote  
 \*\* In NRW wurden zwei Regelungen des RV nicht umgesetzt (Steuergremium und Evaluation), so dass NRW mit gesamt 2,6 Punkten noch hinter Thüringen rangieren müsste.

Ein grundlegender Umstand, der die Herausbildung PSP-bezogener Qualitätsstandards generell erschwert, ist die Tatsache, dass Pflegestützpunkte in der Regel keine selbständige Organisationseinheit sind (ohne eigene Rechtsfähigkeit). PSP sind „gemeinsame Stellen“ der jeweiligen Träger (vgl. Kirchen-Peters et al. 2016: 45 f.), die jeweils eigenes Personal entsenden. Das Anstellungsverhältnis verbleibt bei den unterschiedlichen Trägern und diese verweisen auf ihre eigenen QM-Systeme, denen die Berater der PSP weiterhin verpflichtet seien (s. z. B. Joost & Metzenrath 2012: 52). Diese Sichtweise hemmt jedoch die Entwicklung eines gemeinschaftlichen Verständnisses von Qualität innerhalb eines Pflegestützpunktes, was aus Sicht der Autoren (ebd.: 57) jedoch für die Umsetzung von Qualitätsstandards im Alltag essentiell, da stark handlungsleitend, ist.

Insgesamt wird deutlich, dass systematische Ansatzpunkte zur Qualitätssicherung und die Entwicklung eines Qualitätsmanagements in der Errichtungsphase der PSP hauptsächlich auf der strukturellen Ebene und nur vereinzelt auf der Prozess- und Ergebnisebene umgesetzt wurden. Dies liegt unseres Erachtens unter anderem daran, dass die Vertragspartner zunächst die Etablierung neuer gemeinsamer Beratungsstrukturen von Kranken- und Pflegekassen und Kommunen unter Einbindung regional vorhandener Angebote zu bewältigen hatten.

In der Verstetigungsphase sollten jetzt die Landesrahmenverträge im Hinblick auf die jüngsten gesetzlichen Regelungen sowie die bisherigen Erkenntnisse aus der Berichterstattung zur Entwicklung der Arbeit in PSP überprüft werden und sich konkreter auf Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Kernprozesse in den PSP ausrichten.

Dazu gehören u. a. landesweite Vorgaben zur Herausbildung eines einheitlichen Qualitätsverständnisses und zur Qualitätssicherung der Aufgaben von PSP, insbesondere:

- ◆ für den Kernprozess „Auskunft und Beratung“ in PSP (telefonische Auskunft bis komplexe Fallsteuerung) unter Beachtung der Pflegeberatungs-Richtlinien gem. § 7a SGB XI sowie
- ◆ für die Kernprozesse „Koordination und Vernetzung“ (Strategie, Zielsetzung, Verbindlichkeit der Kooperation) gem. § 7 c Abs. 2 SGB XI,
- ◆ für ein einheitliches und technisch gestütztes Dokumentationssystem auf der Grundlage des definierten Qualitätsverständnisses und ein darauf aufbauendes schlankes Berichtswesen,
- ◆ zur verpflichtenden Implementierung eines Qualitätsmanagements einschließlich der Evaluation der Stützpunktarbeit aus der Perspektive der Nutzer und
- ◆ Vorgaben von Orientierungsgrößen der flexiblen Anpassung von Personalressourcen in PSP, damit die gesetzlich definierten Aufgaben, auch der Vernetzung und Koordination, erfüllt werden können.

Für einzelne der hier aufgeführten Aspekte gibt es bereits gute Beispiele aus unterschiedlichen Bundesländern. Verwiesen sei insbesondere auf folgende Regelungen, ungeachtet dessen, ob sie so auch in der Praxis umgesetzt wurden:

- ◆ in **Bayern** die einheitliche Struktur zur Dokumentation des Beratungsprozesses im PSP in der Anlage zum im Rahmenvertrag (2009) mit der Gliederung
  - A: Stammdaten für die Beratung im Pflegestützpunkt
  - B: Beratung (einschließlich eines definierten Standards zur „Übergabe an Pflegeberater nach § 7 a“), je Beratungsthema sind die jeweilige Empfehlung bzw. das Beratungsergebnis und die Information zur Vermittlung eines Leistungserbringers (Neutralitätsnachweis) zu erfassen

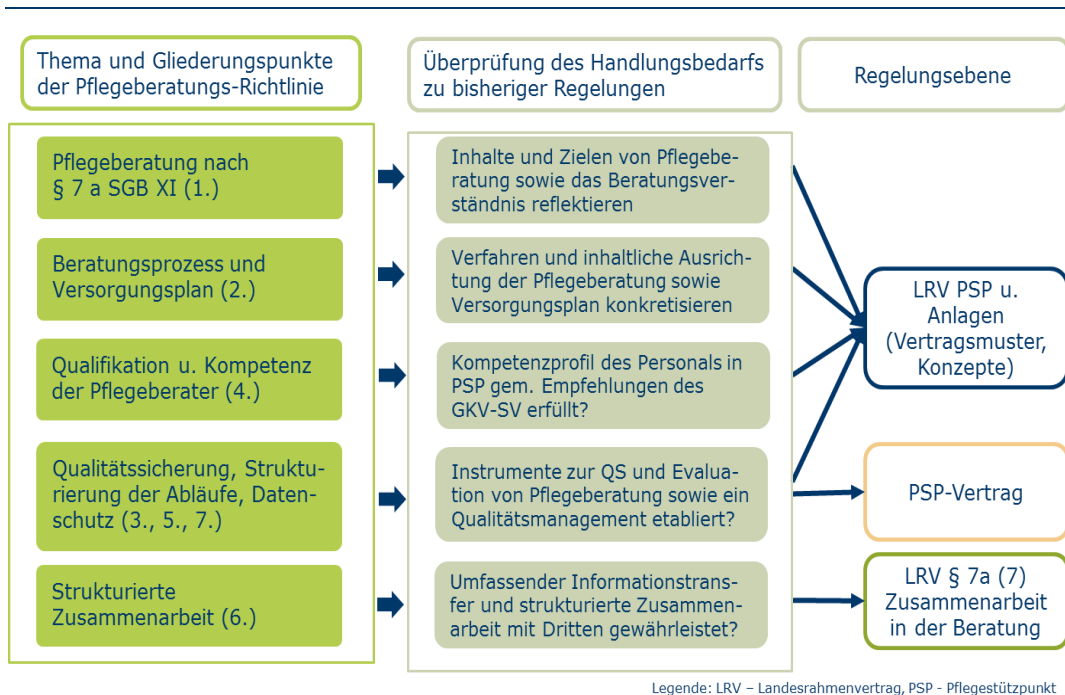
- C: Individueller Versorgungsplan (Hilfebedarf SGB XI, pflegerische Hilfen, präventive und medizinische Hilfen SGB V, Renten-/Unfallversicherung, Sozialhilfe und sonstige Leistungen sowie und Datenschutzerklärung) Zusammenfassung der Vereinbarung/Versorgungsplanung (Wer macht Was bis Wann und mit welchem Ziel sowie Handlungserfolge)
- ♦ ein in **Hessen** wissenschaftlich entwickeltes Manual (Instrument) zur Kundenzufriedenheitsbefragung in PSP (landesweit einheitlich) einschließlich der Dokumentation (vgl. Joost & Metzenrath 2012),
- ♦ in **Niedersachsen**
  - die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen dem Pflegestützpunkt/der Kommune die gesamten Angebotsstrukturen SGB V/SGB XI der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft zusammenzustellen und in elektronischer Form zu übermitteln und regelmäßig zu aktualisieren sowie
  - die speziellen Kontaktdaten und Ansprechpartner der Kassen der jeweiligen Kassenart für die entsprechende Kommune/Region zu übermitteln (§ 2 Abs. 2 RV)
  - die Entwicklung eines „Qualitätsstandards zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück“ (vgl. Büscher 2018) mit Qualitätsanforderungen auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene, die eine Evaluation der Beratungsleistung ermöglichen sowie Erläuterungen, die der Logik des Beratungsprozesses folgen.
- ♦ im **Saarland** die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft (BGB-Gesellschaft) je PSP und die einheitliche Führung des PSP durch einen Kooperationsausschuss und eine Geschäftsführung
- ♦ in **Schleswig-Holstein** die klare Zuordnung und verbindliche Aufgabenteilung zwischen PSP und den Pflegekassen (Anlage 2 des RV) (entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand der Gesetzgebung)

Wie bereits oben angesprochen sind die Landesrahmenverträge 2008 bis 2010 mit Fokus auf die Errichtung der Strukturen zur Beratung in Pflegestützpunkten entstanden und müssten nun, angesichts der bisher gesammelten Erfahrungen und des veränderten rechtlichen Rahmens angepasst werden, auch um die Verstärkung der Arbeit der PSP und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu befördern.

Bei diesem Prozess der Anpassung ist zu berücksichtigen, dass nun mit der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (7. Mai 2018) verbindliche Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dieser Leistung gibt und die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern nach § 7 a Abs. 3 Satz 3 SGB XI entsprechend angepasst wurden (22. Mai 2018). Die folgende Grafik gibt

einen Überblick zu den Inhalten der Richtlinie und den sich ggf. daraus ergebenden Handlungsbedarf.

Abbildung 67: Dimensionen der Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-SV und Handlungsbedarf zur Überprüfung bestehender Regelungen im LRV und PSP Verträgen



Quelle: IGES

Neue, überarbeitete Landesrahmenverträge zu Pflegestützpunkten gibt es bisher in Rheinland-Pfalz (Dezember 2016), Baden-Württemberg (Juli 2018) und Bremen (September 2018). Die konsequenteste Fortentwicklung erfolgte dabei, nach einem längeren Abstimmungsprozess, in Baden-Württemberg. Exemplarisch kann daran nachvollzogen werden, wie eine systematische Verankerung der landesweiten Steuerung, von Aspekten der Qualitätssicherung und des personellen Aufbaus in einem Rahmenvertrag erfolgen kann. Wesentliche Aspekte werden im Folgenden vorgestellt. Zur Steuerung der Arbeit der PSP in **Baden-Württemberg** wurden folgende Strukturen etabliert:

- ♦ eine **Kommission PSP**, in der alle Vertragsparteien des RV vertreten sind und das als oberstes Gremium zur Steuerung der inhaltlichen, organisatorischen, finanziellen und personellen Entwicklung auf allen Ebenen fungiert, einschließlich der Vorgaben zu Maßnahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie einer systematischen Berichterstattung,
- ♦ eine von allen Parteien getragene **Geschäftsstelle**, die der Kommission fachlich untersteht, ihre Arbeit unterstützt und von ihr Aufträge erhält.

- ◆ eine von allen Parteien getragene **Arbeitsgruppe Qualitätssicherung** aus Vertretern der Vertragspartner des RV und aus der Praxis, die fachlich der Kommission untersteht, von ihr Aufträge erhält und Empfehlungen zu Instrumenten der QS (unter Beachtung einer aktuellen Studie für ein QS-Konzept in PSP in Baden-Württemberg) ausspricht und regelmäßig überprüft.
- ◆ eine übergeordnete **Personalstelle Qualitätssicherung** zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in PSP, die ebenfalls fachlich der Kommission untersteht. Sie soll verbindliche Regelungen zur Qualitätssicherung in allen PSP erarbeiten.

Folgende ausgewählte Aspekte zur Struktur- und Prozessqualität sowie der Ergebnissicherung haben im Rahmenvertrag an unterschiedlichen Stellen eine erhebliche inhaltliche Präzisierung und Verbindlichkeit erfahren:

- ◆ Klar strukturierte Vorgaben für die Inhalte der PSP-Verträge und Ankündigung eines Vertragsmusters zur Umsetzung im Einvernehmen mit der Kommission. Die Regelungen betreffen die inhaltlichen und konzeptionellen Aufgaben, die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen und Ehrenamt, verschiedene sächliche und personelle Aspekte zur Organisation sowie der QS und Dokumentation.
- ◆ Definitionen von drei Beratungskategorien (von Information und Aufklärung bis Fallsteuerung), einschließlich der inhaltlichen Ausrichtung und Abgrenzung zueinander. Weiterhin eine differenzierte Darstellung zur wortortnahen Koordinierung sämtlicher Hilfsangebote und Festlegungen zu den Aufgaben der Vernetzung in PSP.
- ◆ Umsetzung des Initiativrechtes zur Errichtung von PSP gem. § 7c Abs. 1a SGB XI sowie zum Aufbau von zusätzlichen Vollzeitstellen in PSP (Gesamtpersonalrahmen von aktuell 83,05 auf 203,55 VZ-Kräfte) sowie die Finanzierung dieses Vorhabens. Die Vorgaben bezüglich des Personals sind nicht mehr statisch (Anzahl VZ pro PSP), sondern beinhalten eine allgemeine Orientierungsgröße bezogen auf die Einwohnerzahl (1 VZ pro 60.000 Einwohner) und ermöglichen bei Bedarf Abweichungen, unter Einbezug von Erkenntnissen der jeweiligen kommunalen Sozialplanung.
- ◆ Eine wissenschaftliche Evaluation zur inhaltlichen und personellen Weiterentwicklung der Arbeit in den PSP und des Umfangs der Pflegeberatung (Ende 2020). Hierzu gehören auch die festgelegte Orientierungsgröße zum Personal und die Finanzierung sowie die Erarbeitung einer Definition der Begriffe „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“, die den Vertragspartnern bisher nicht hinreichend geklärt sind.
- ◆ Regelungen durch die Kommission zur Transparenz der Arbeit in den PSP einschließlich der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI auf der Grundlage eines einheitlichen, verbindlichen sowie digitale gestützten Dokumentationsverfahren in den PSP.

- ♦ Die Überprüfung, mögliche Weiterentwicklung und ggf. Anpassung des Rahmenvertrags als kontinuierliche Aufgabe der Kommission. Hierzu gehört eine regelmäßige Information der Kommission über die Einrichtung, den Ausbau und den Betrieb von PSP durch die Stadt- und Landkreise auf Basis von Schlüsselkennzahlen, die die Kommission festlegt.

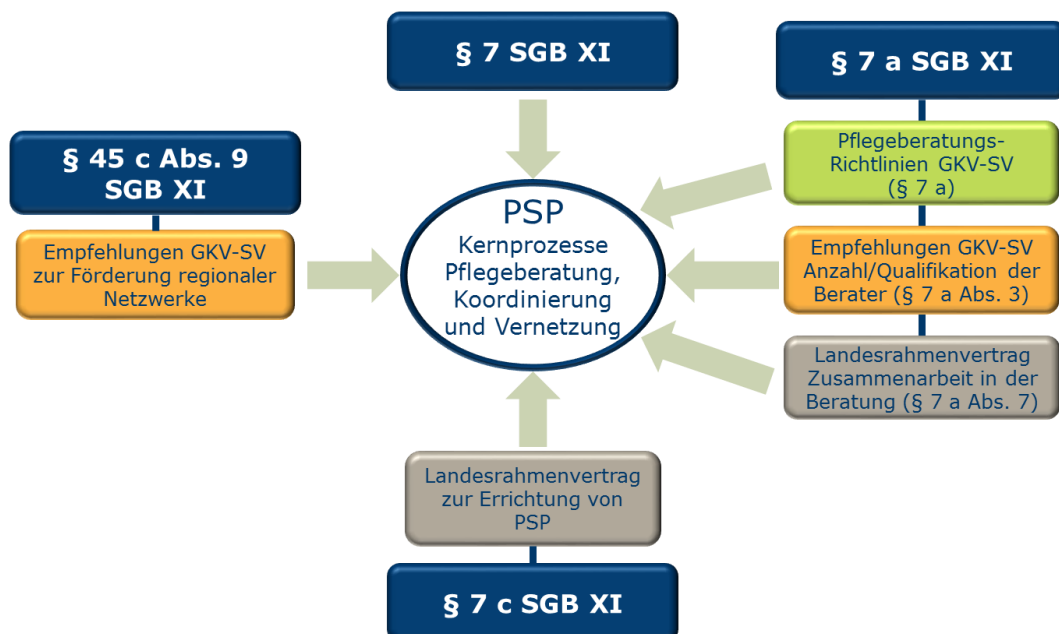
Auffällig ist allerdings bei dieser nunmehr klar am SGB III ausgerichteten Struktur des RV und zur QS auf allen Ebenen, dass hier nicht explizit auch Regelungen zur Qualifikation und Kompetenz des Personals in den PSP festgelegt wurden.

## 7.5 Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass u. a. mit den nun vorliegenden Pflegeberatungs-Richtlinien ein Standard für einen der drei Kernprozesse der PSP vorliegt. Es ist zu erwarten, dass diese Vorgaben unmittelbar Auswirkung sowohl auf verschiedene Regelungen in den Rahmenverträgen und ggf. PSP-Verträgen als auch auf die konzeptionelle Ausrichtung und die Qualitätssicherung von Beratungsprozessen haben. Angesichts des unterschiedlichen Entwicklungsstands der QS in PSP ergibt sich in den Ländern nun ein differenzierter Handlungsbedarf.

Im Zuge dieser Umsetzungserfordernisse sollten gleichzeitig auch die anderen in diesem Kapitel 7 genannten Weiterentwicklungsbedarfe zu den Themen Vernetzung und Personal einbezogen werden. In der folgenden Grafik sind deshalb die relevanten gesetzlichen Vorgaben und weitere Regelungen auf der Grundlage der Akzentuierung durch das PSG II und III überblicksartig dargestellt.

Abbildung 68: Überblick zu Rahmenvorgaben für die Arbeit in den PSP



## 8. Handlungsempfehlungen

Wie dargelegt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Rechtsanspruch der Versicherten auf wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung in den Pflegestützpunkten, mit den Kernprozessen Pflegeberatung (gem. § 7 a SGB XI) sowie Koordinierung und Vernetzung, bundesweit in vergleichbarer Art und Weise eingelöst wird. Je nach Stand der Entwicklung der Arbeit von PSP, insbesondere zu den Themen Qualitätssicherung und Vernetzung sowie der Zusammenarbeit der Träger, lösen die nachfolgenden Empfehlungen daher auch regional einen ganz unterschiedlichen Handlungsbedarf aus.

Im Rahmen der Pflegestärkungs-Gesetze II und III sind durch den Gesetzgeber jüngst eine Reihe von Regelungen vorgenommen worden, die einige der in dieser Untersuchung identifizierten Probleme und Empfehlungen zur notwendigen Weiterentwicklung der Arbeit der Pflegestützpunkte bereits aufgegriffen haben und die nun sukzessive bereits in der Praxis umgesetzt werden. Daher wird ein zusätzlicher Handlungsbedarf auf bundesgesetzlicher Ebene derzeit nicht gesehen. Die folgenden Handlungsempfehlungen richten sich deshalb an die Selbstverwaltung auf Bundesebene, an die Landesebene und an die Träger der PSP.

**Empfehlung 1 – Bundeseinheitliche Festlegung zu Art, Inhalt und Umfang von drei Beratungskategorien in Pflegestützpunkten zur Herausbildung eines gemeinsamen Grundverständnisses dieses Kernprozesses der Arbeit sowie zur vergleichbaren Erfassung der Beratungsleistungen der PSP.**

Hintergrund dieser Empfehlung ist die Erkenntnis, dass die Begrifflichkeiten Fallmanagement, Case Management und Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI sehr unterschiedlich ausgelegt werden. In manchen Ländern bzw. PSP wird die Pflegeberatung nach § 7 a mit Fall- bzw. Case Management gleichgesetzt. Andere geben an, zwar grundsätzlich keine § 7 a Beratung, aber dennoch Fallmanagement durchzuführen. Case Management kommt z. B. in Hamburg nur zur Anwendung, wenn die von der Deutschen Gesellschaft für Case- und Care-Management festgelegten Kriterien erfüllt sind, ansonsten wird von komplexen Fällen gesprochen. Ähnlich unterschiedlich wird auch die Erstellung von Versorgungsplänen gehandhabt – von selten (nur bei besonderen Bedarfen) bis immer (teilweise aus Nachweis- bzw. Abrechnungsgründen) ist alles möglich. Die Differenzierung und fachliche Zuordnung von Kriterien für die Fallkategorien „Information/Aufklärung“ und „Beratung“ (einfache und komplexe) und zur Frage, ab wann ein Fallmanagement einzuleiten ist, scheinen großen Interpretationsspielräumen zu unterliegen.

Die im Mai 2018 veröffentlichten Pflegeberatungs-Richtlinien (GKV-SV 2018 b) schaffen nun bundesweit einheitliche Grundlagen für die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI. Sie lösen das hier angesprochene Problem allerdings nicht in Gänze, da sich darin keine Angaben zur Abgrenzung von Fällen mit Fallmanagement (und Versorgungsplan) gegenüber einfachen Informations- und Beratungsanlässen finden, die in der Praxis der PSP die häufigste Beratungskategorie sind. Auch erscheint es unrealistisch und bürokratisch, für jede „§ 7 a Beratung“ einen ausführlichen Versorgungsplan zu erstellen.



**Empfehlung 2 – Analog zur Empfehlung 1 sollten auch die Kernprozesse Koordination und Vernetzung als zentrale Aufgaben der PSP grundlegend und bundesweit einheitlich definiert werden, um auch hier ein gemeinsames Grundverständnis zu erzeugen und die aktive Rolle sowie den gesetzlichen Auftrag der PSP gegenüber den anderen Akteuren in der regionalen Versorgung stärker zu verdeutlichen.**

Die Umfrageergebnisse haben sehr deutlich gezeigt, dass auch diese Aufgaben sehr unterschiedlich verstanden werden – meist im engeren Wortsinn, eher einzel-fall- und beraterbezogen. Als „koordinieren“ wird z. B. meist nur das Vermitteln von Kontakten oder Adressen verstanden, und nicht das „Aufeinanderabstimmen“ von regional verfügbaren Hilfen, mit dem Ziel, verschiedene Einzelleistungen so organisieren zu können, dass sie sich sinnvoll und zweckgerichtet ineinanderfügen.

Auch die Vernetzung mit anderen Akteuren in der Region wird bisher oft nur im Kontext der Beratungsfälle und meist individuell umgesetzt (es gibt „persönliche Netzwerke“, man kennt sich) oder erschöpft sich in der Teilnahme an Netzwerktreffen Dritter. Daher ist zunächst zu klären, was eine systematische regionale Vernetzung der Versorgungs- und Betreuungsangebote auf der Systemebene als Aufgabe der PSP beinhalten sollte. Das Ergebnis ist in geeigneten regionalen Gremien (Pflegekonzferenzen etc.) zu kommunizieren. Dies trägt dazu bei, die Rolle und Akzeptanz der PSP gegenüber den anderen regionalen Akteuren zu stärken.

**Empfehlung 3 – Weiterentwicklung der Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-SV: Etablierung eines bundesweit einheitlichen Erhebungsinstruments für die Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI und eines konkret ausformulierten Versorgungsplans als Anhang zur Richtlinie.**

Da nunmehr eine bundesweit geltende Richtlinie zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vorliegt, ist es zielführend, hierfür ergänzend ein Instrument zu entwickeln, das die bundesweit einheitliche Erhebung des Pflegeberatungsbedarfs entsprechend den Qualitätsanforderungen der Richtlinie ermöglicht. Beispielhaft kann hier auf das wissenschaftlich entwickelte Instrument „Pflegeberatungsinventar (PBI)“ im Auftrag des ZQP (ZQP 2012) hingewiesen werden, welches bereits in der Praxis zum Einsatz kommt und zurzeit überarbeitet wird.

Da gem. Richtlinie eine Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI immer mit der Erstellung eines Versorgungsplans verbunden ist, sollte dieser auch standardisiert und ausgearbeitet der Praxis zur Verfügung gestellt werden (Formular im Anhang zur Richtlinie). Die in der Richtlinie enthaltenen (Mindest-)Vorgaben werden nicht ausreichen, um zu verhindern, dass erneut eine Fülle von sehr unterschiedlichen Varianten entsteht (wie bereits die Umfrageergebnisse ergaben, vgl. Abbildung 40, S. 139), die die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert.

**Empfehlung 4 – Überprüfung der bisherigen Regelungen in den Landesrahmenverträgen im Abgleich mit den gesetzlichen Neuerungen, Richtlinien und Empfehlungen.**

Die jüngsten gesetzlichen Änderungen und Klarstellungen sollten Anlass sein, die in der Mehrzahl noch alten Rahmenverträge zur Errichtung von PSP aus 2008/09 anzupassen (siehe auch Abbildung 68, S. 213). Dabei sollte auch eine Konkretisierung, ggf. Anpassung der Regelungen zur Qualität und Steuerung der Kernprozesse der Arbeit von PSP (Pflegerberatung, Koordinierung und Vernetzung) vorgenommen werden, einschließlich einer verpflichtenden Qualitätssicherung sowie der inhaltlichen, personellen und organisatorischen Vorgaben.

**Empfehlung 5 – Zur Durchführung einer Pflegerberatung gem. § 7 a SGB XI sollten sich alle Beteiligten konsequent an der Nutzerperspektive orientieren. Die Erbringung dieser Leistung sollte nicht durch interne Regelungen der Träger von PSP weiterhin auf die Mitarbeiter von Kranken- und Pflegekassen beschränkt bleiben.**

Die Aspekte der wohnortnahen Beratung, der personellen Kontinuität für Pflegebedürftige und Angehörige, die Vermeidung von Schnittstellen und von Wegezeiten sollte nun stärker als bisher in den Blick genommen werden und die Abläufe entsprechend neu überdacht und weiterentwickelt werden.

Der Beratungsinhalt und -umfang sollte nicht davon abhängig gemacht werden, wer berät (Angestellte von Pflegekassen oder Kommunen im PSP). Die unterschiedliche Expertise der Beraterinnen und Berater und das vor Ort erworbene Wissen zu regionalen Versorgungsstrukturen kann so am besten an die Klienten weitergegeben werden. Aus Sicht der Versicherten werden belastende und unnötige Brüche im Beratungsprozess verringert (personelle Kontinuität, Vermeidung zeitlicher Verzögerungen).

**Empfehlung 6 – Auf Landesebene empirisch gestützt Orientierungsgrößen zur Personalausstattung von PSP entwickeln und dabei Aufwand für Vernetzung berücksichtigen**

Da mittlerweile in allen Bundesländern praktische Erfahrungen bezüglich der Beratung in PSP vorliegen, sollten die Erkenntnisse jedes einzelnen Standortes (PSP und Außenstellen) zum Personalbedarf unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen (Größe des Einzugsgebietes, Entwicklung der Nachfrage, Aktivitäten zur Vernetzung etc.) systematisch erhoben werden. Anschließend können dann auf Landesebene unter Berücksichtigung des im Kapitel 7 beschriebenen Weiterentwicklungsbedarfs der Arbeit der PSP Orientierungsgrößen zur Personalausstattung, ggf. für verschiedene Siedlungsstrukturtypen, abgeleitet werden. Dabei ist es auch erforderlich, die Begriffe „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ landesweit einheitlich zu operationalisieren.

Landesweit ermittelte Orientierungsgrößen können die Spannbreite für eine Personalausstattung definieren, innerhalb der die Mehrzahl der PSP mit hoher Wahrscheinlichkeit die regionale Nachfrage unter Berücksichtigung der geltenden Qualitätsanforderungen sowie der darüber hinaus gehenden Aufgaben der Koordinierung und Vernetzung erfüllen kann. Das schließt aber auch nicht aus, dass einzelne Regionen in begründeten Fällen, idealerweise in Abstimmung mit den Planungsverfahren der Kommunen, davon abweichen können.

**Empfehlung 7 – Vernetzung als Kernprozess strategisch und konzeptionell in den PSP verankern sowie personell absichern. Bei der Entwicklung der künftigen Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit in der Beratung gem. § 7 a Abs. 7 SGB XI müssen die PSP regelhaft einbezogen und ihre spezifische Expertise genutzt werden.**

Auf Trägerebene sind konkrete Ziele und Strategien für die Vernetzungstätigkeit zu erarbeiten, die dann von für diese Aufgabe zuständigen, entsprechend qualifizierten Beschäftigten im PSP umzusetzen sind. Stabile Kooperationen basieren auf verbindlich vereinbarten und schriftlich festgehaltenen Zielen und Regeln zur Zusammenarbeit. Eine hohe Priorität könnte z. B. die verbindliche Kooperation von PSP mit den Krankenhäusern der Region haben, da an der Schnittstelle stationär-ambulant die Gefahr von Versorgungsbrüchen besonders hoch ist. Weiterhin sollte eine Abstimmung bzw. Zusammenarbeit mit der Kommunalplanung erfolgen.

**Empfehlung 8 - Implementierung ggf. Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements zur Qualitätssicherung der Arbeit in PSP auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene.**

Zentrale Aspekte hierbei sind:

- ein einheitliches Verständnis von Art, Inhalt und Qualität der Leistungen einschließlich der Nutzerperspektive (Leitsätze),
- die Anforderungen an die Dokumentation,
- die Organisation der Abläufe,
- die fachliche Kompetenz des Personals (Funktions- und Stellenbeschreibungen),
- Grundsätze der Fort- und Weiterbildung sowie der Reflexion (Qualifizierung) und
- die Ziele der Zusammenarbeit mit Dritten (Netzwerkarbeit/Koordinierung).

Beispielhaft kann hier auf den mit der Praxis wissenschaftlich entwickelten „Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und PSP des Landkreises Osnabrück“ hingewiesen werden (Büscher 2018).

Der regelhafte Aufbau eines internen Qualitätsmanagements in den PSP hat Folgendes zum Ziel:

- Die Festlegung von Maßstäben zur Beratungsqualität einschließlich der Evaluation und Anforderungen an die Dokumentation
- Die fachlichen Anforderungen an alle Mitarbeiter von PSP für Beratungsleistungen gleichermaßen zu gewährleisten und weiter zu entwickeln sowie die Kompetenzen zu den Aufgaben Vernetzung und Koordinierung auszubauen.
- Die qualitative und quantitative Darstellung der Arbeit in PSP sicherzustellen, um Entwicklungen und Steuerungsbedarf zum Ausbau der Arbeit zu erkennen und zu begründen sowie den notwendigen Berichtspflichten auf unterschiedlichen Ebenen nachzukommen.

## 9. Literaturverzeichnis

- Baumeister P (2016): Der rechtliche Rahmen nach § 92 c SGB XI (und § 7 c SGB XI n. F.). In: Kirchen-Peters S, Nock L, Baumeister P & Mickely B: Pflegestützpunkte in Deutschland. *WISO Diskurs*, 7/2016. 37-62.
- Bayerischer Landtag (2014): Altenpflege in Bayern zukunftssicher machen VIII Pflegestützpunkte in Bayern flächendeckend ausbauen. *Drucksache 17/1035*.
- Beyrowski-Krause M, Hauser S, Müller G, Schönweitz G, Eimuth B, Klamp C & Schlager S (2011): Jahresbericht 2011 der Pflegestützpunkt-AG Rhein-Lahn. [*Jahresbericht*] 22.12.2011. Bad Ems.
- Bobzien M, Stark W & Straus F (1996): Qualitätsmanagement. Alling: Sandmann-Verlag.
- Böckelmann C (2003): Qualitätsmanagement/Konzepte und ihre Anwendung in psychosozialen Beratungsstellen. 1. Auflage. Heidelberg: Asanger Verlag. ISBN: 3893344152.
- Böttcher S, Buchwald C & Kothe W (2013): Wissenschaftliche Evaluation des Konzeptes der vernetzten Pflegeberatung im Land Sachsen-Anhalt. Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege,. 12. Mai 2015.
- Büscher A, Oetting-Roß C & Sulmann D (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. 1. Auflage. Berlin.
- Büscher A (2018): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ). [*Abschlussbericht*]. April 2018. Hochschule Osnabrück.
- Der Pflegebeauftragte (2017): 2. Bericht des Pflegebeauftragten 2017. Saarbrücken.
- Deutscher Bundestag (16. Wahlperiode) (2007): Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). *Drucksache 16/7439 vom 07.12.2007*. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
- Deutscher Bundestag (18. Wahlperiode) (2015): Entwurf eines zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II). *Drucksache 18/5926 vom 07.09.2015*. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
-

- Die Senatorin für Soziales Jugend, Frauen, Integration und Sport; (2017): Jahresbericht 2016. Pflegestützpunkte im Land Bremen. 10.07.2017. Bremen.
- Dietl W (2016): Pflegestützpunkt Nürnberg. Jahresbericht 2015.
- Döhner H, Lüdecke D, Peiser A, Lucklum E, Köpke S, Gerlach A, Kauth-Kokshoorn E, Wrobel F & Bisenius A (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. März 2011.
- Eversheim W, Bullinger H-J, Kaminske GF, Luczak H & Niemann H (2000): Qualitätsmanagement für Dienstleister/Grundlagen – Selbstanalyse – Umsetzungshilfen. 2. Auflage. *Qualitätsmanagement für Dienstleister/Grundlagen – Selbstanalyse – Umsetzungshilfen*. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag. ISBN: 354067604X.
- Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) - Amt für Gesundheit (2015): Pflegerische Versorgungsstruktur. Rahmenplanung bis 2020. Dezember 2015. Hamburg.
- Gebhardt B, Tempel N, Schultz A, Amonn J, Citlak B, Dosch E, Altgeld T, Strohmeier P & Backes G (2013): Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen. [*Forschungsbericht*] *ZEFIR-Forschungsbericht, Band 2*. Bochum. ISBN: 978-3-9812739-4-6.
- GKV-Spitzenverband (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Juli 2011.
- GKV-Spitzenverband (2012): Pflegeberatung. *Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 10*. Evaluationsbericht: „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7 a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“ verfasst von Prof. Dr. Thomas Klie (Gesamtleitung, AGP Freiburg), Mona Frommelt (Hans-Weinberger-Akademie), Ulrich Schneekloth (TNS Infratest Sozialforschung), Sabine Behrend, Anne Göhner, Dr. Claus Heislbetz, Christiane Hellbusch, Anja Püchner, Jella Riesterer, Manuela Schmidt, Birgit Schuhmacher, Dr. Hannes Ziller
- GKV-Spitzenverband (2017): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI sowie zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI vom 24.07.2002 in der Fassung vom 05.12.2016.
-

- GKV-Spitzenverband (2018a): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und -berater und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018.
- GKV-Spitzenverband (2018b): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien). 7. Mai 2018.
- Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte e.V. (o. J.): Standorte Pflegestützpunkte Baden-Württemberg. <https://www.bw-pflegestuetspunkt.de/> [Abruf am: 03.07.2018].
- Hagelstein C (2017): Sachbericht des Pflegestützpunktes im Kreis Herzogtum Lauenburg für den Zeitraum vom 01.01.2016 – 31.12.2016. 13.März 2017.
- Heisterkamp A (2017): Pflegestützpunkte Berlin. Beratung rund um Pflege und Alter. [Power Point Präsentation] 18.07.2017. Pflegestützpunkte Berlin. <http://www.hospiz-aktuell.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=764&token=ff0bfcf8a4e5ddf8d000224b5cc11576ff0078d6> [Abruf am: 03.07.2018].
- Hilligardt J (2018): Hessen hat jetzt ein flächendeckendes Netz an Pflegestützpunkten. 02.02.2018. Wiesbaden. <https://sgk-hessen.de/aktuelles/pressemitteilungen/> [Abruf am: 30.04.2018].
- Horn M, Morgenstern U & Tiedtke P (2013): BeKo-Sachbericht 2013 der Beratungs- und Koordinierungsstelle im Pflegestützpunkt Alzey im Landkreis Alzey-Worms.
- Joost A & Metzenrath A (2012): Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hesse. IWAK Abschlussbericht. März 2012.
- Jung D (2017): Fachgruppe Demenz und Pflegestützpunkte. [Bericht] 04.12.2017. *Bericht zur Trägerkonferenz am 4. Dezember 2017.*
- Kirchen-Peters S, Nock L, Baumeister P & Mickely B (2016): Pflegestützpunkte in Deutschland. *WISO Diskurs, 07.*
- Lang A (2011): Sozialräumliche Aspekte für alte Menschen mit Behinderungen/Pflegebedarf - „Pflegestützpunkte – Pflege und Reha verknüpfen“?! Hotel Aquinho, Berlin.
- Lang A (2016): Wir sind schon weiter! Integrierte Pflegeberatung im saarland - Modell für Deutschland?
-

- MDS Medizinischer dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.) (2016): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. August 2016. Essen.
- Mehnert T & Tebest T (2013): Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg. Abschlussbericht. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Michel-Auli P, Strunk-Richter G & Tebest R (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. [2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009] November 2009. Köln.
- Mickely B (2016): Intentionen und aktuelle Diskussion. In: Kirchen-Peters S, Nock L, Baumeister P & Mickely B: Pflegestützpunkte in Deutschland. *WISO Diskurs*, 7/2016. 37-62.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (2016): Bericht über die Neuausrichtung der Pflegeberatung in Nordrhein-Westfalen. 26. August 2016. Düsseldorf. <https://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV16-4168.pdf;jsessionid=DDEF68496D9BE34D754DA6BDB9169A5D.ifxworker> [Abruf am: 11.07.2018].
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (2018a): Standorte Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein. [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflegeRatHilfe/Pflegestuetzpunkte/pflegeRatHilfe\\_Pflegestuetzpunkte.html](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflegeRatHilfe/Pflegestuetzpunkte/pflegeRatHilfe_Pflegestuetzpunkte.html) [Abruf am: 03.07.2018].
- Ministerium für Soziales, Integration und Gleichstellung Mecklenburg-Vorpommern (2018b): Standorte Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/Soziales/Pflege/Pflegest%C3%Bctzpunkte> [Abruf am: 03.07.2018].
- Morgenstern I, Fieber-Martin K & Raudies B (2014): Evaluation der Pflegestützpunkte in Thüringen 2011-2013. Abschlussbericht im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit. Dezember 2014. (Abschlussbericht inkl. Anlage 1-5). Jena: Organisationsberatungsinstitut Thüringen e. V. (ORBIT).
- NDR (2018): Standorte Pflegestützpunkte Hamburg. Norddeutscher Rundfunk (NDR). <https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Pflegestuetzpunkte-Rundum-Beratung-zur-Pflege,pflegestuetzpunkte110.html> [Abruf am: 03.07.2018].
-



- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (o. J. a): Beratungsstrukturen für ältere Menschen. [https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/senioren\\_generationen/senioren\\_und\\_pflegestuetzpunkte\\_niedersachsen/beratungsstrukturen-fuer-aeltere-menschen-14162.html](https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/senioren_generationen/senioren_und_pflegestuetzpunkte_niedersachsen/beratungsstrukturen-fuer-aeltere-menschen-14162.html) [Abruf am: 09.04.2018].
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (o. J. b): Pflegestützpunkte in Niedersachsen. <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/pflege/pflegeversicherung/pflegestuetzpunkte/pflegestuetzpunkte-in-niedersachsen-14132.html> [Abruf am: 03.07.2018].
- Rieth G (2014): Pflegestrukturen, in: Kommunalbrevier Rheinland-Pfalz, herausgegeben von den Kommunalen Spitzenverbänden Rheinland-Pfalz. <https://www.kommunalbrevier.de/kommunalbrevier/Kommunalbrevier-2014-mit-Lesezeichen.pdf?cid=q> [Abruf am: 12.07.2018]
- Rothgang H, Bohns S, Bauknecht M, Sauer S, Baumkötter A, Naber H, Petrick F & Vasconcelos D (2012): Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht. März 2012. Bremen.
- Ruschmeier R (2011): Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Berlin: Rambøll Management Consulting GmbH.
- Schaeffer D & Schmidt-Kaehler S (Hrsg.) (2012): Lehrbuch Patientenberatung, Verlag Hans Huber, Bern.
- Schmidt S & Kraehmer S (2016): Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. Ergebnisse einer wissenschaftliche Analyse. *International Journal of Health Professions* 3(2). DOI: 10.1515/ijhp-2016-0019. [https://www.hs-nb.de/fileadmin/hs-neubrandenburg/projekte/Pflegesozialplanung/Schmidt\\_Kraehmer\\_2016.pdf](https://www.hs-nb.de/fileadmin/hs-neubrandenburg/projekte/Pflegesozialplanung/Schmidt_Kraehmer_2016.pdf).
- Scholten B (2016): Rheinland-Pfalz – Land der guten Pflege. Fachtagungen der Pflegestützpunkte. [Power Point Präsentation] April 2016. Vallendar, Mainz, Trier, Kaiserslautern.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (SenGesSoz) (2015): Maßnahmenplan pflegende Angehörige: Weiterentwicklung des Berliner Unterstützungssystems. [https://www.diakoniestadtmitte.de/fileadmin/user\\_upload/dateien\\_und\\_bilder/Dokumente/Massnahmenplan\\_pfleg.Angeh.pdf](https://www.diakoniestadtmitte.de/fileadmin/user_upload/dateien_und_bilder/Dokumente/Massnahmenplan_pfleg.Angeh.pdf) [Abruf am: 16.06.2017].
-

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (SenGesSoz) (2016): Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin: Landespflegeplan 2016. Berlin.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) (2017): Befragung Ratsuchender in Pflegestützpunkten 2016.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) (2017a): Vorlage zur Beschlussfassung über Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans von Berlin für die Haushaltsjahre 2018 und 2019 (Haushaltsgesetz 2018/2019 - HG 18/19) - Kapitel 1150 Titel 68406; Teilansatz Altenhilfe im Rahmen des Integrierten Sozialprogramms (ISP). <https://www.parlament-berlin.de/adosservice/18/Haupt/vorgang/h18-0684-v.pdf> [Abruf am: 19.11.2018].

Setz H (2014): Der saarländische Weg zu einer sozialen Innovation in einer älter werdenden Gesellschaft. 5 Jahre Pflegestützpunkt St. Wendel. [*Bericht*] Mai 2014.

SoVD e.V. (Hrsg.) (2014): Für eine bedarfsgerechte Pflegeberatung. April 2014. *Positionen und Forderungen des SoVD NRW e.V.* Düsseldorf.

Stadt Mönchengladbach (2016): Jahresbericht 2016. Pflegestützpunkt der Stadt Mönchengladbach. Beratungsstelle „Pflegen und Wohnen“ im Fachbereich Altenhilfe der Stadt Mönchengladbach. Mönchengladbach. [https://www.moenchengladbach.de/fileadmin/user\\_upload/FB58/Jahresbericht\\_2016\\_-\\_Pflegest%C3%BCtzpunkt\\_der\\_Stadt\\_M%C3%B6nchengladbach.pdf](https://www.moenchengladbach.de/fileadmin/user_upload/FB58/Jahresbericht_2016_-_Pflegest%C3%BCtzpunkt_der_Stadt_M%C3%B6nchengladbach.pdf) [Abruf am: 01.06.2018]

Tebest R (2017): Pflegestützpunkte in Deutschland: eine Bewertung des Erfolgs der bisherigen Implementierung. [*Präsentation*] Fünfte Wissenschaft-Praxis-Kollegtagung. 10.Juli 2017. Universität zu Köln.

Tebest R, Mehnert T, Nordmann H & Stock S (2017): Pflegestützpunkte in Deutschland. Quo vadis? Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte. *Gesundheitswesen* 79(02), 67-72. DOI: 10.1055/s-0035-1564165.

vdek (2011): Erster Thüringer Pflegestützpunkt in Jena eröffnet - weitere vier im Freistaat geplant. [*Pressemitteilung*]. <https://www.vdek.com/LVen/THG/Presse/Pressemitteilungen/2011/20110407gem.html> [Abruf am: 11.07.2018].

vdek (2018): Standorte Pflegestützpunkte in Hessen. vdek. <https://www.vdek.com/LVen/HES/Vertragspartner/Pflege/pflegestuuetzpunkte.html> [Abruf am: 03.07.2018].

---

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (2008): Positionspapier der Verbraucherzentrale NRW zur Umsetzung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen. 26.05.2008. Düsseldorf.

Wenglowski V (2014): Pflegestützpunkt im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Vergleichende Statistik gegenüber dem Jahr 2013 Stand 31. November 2014 und Jahresbericht. [*Tätigkeitsbericht*] Rendsburg: Koordinationsstelle des Pflegestützpunktes im Kreis Rendsburg – Eckernförde.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2012): Entwicklung und Erprobung eines Assessment-Instruments für die Pflegeberatung. [*Kurzfassung des Abschlussberichts*].

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2017): Gute Beratung zur Pflege ist... 1-*Blick Pflege*, 01/2017. Berlin.

---

# 10. Anhang

---

## Fragebogen

---

## Online-Fragebogen zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten (Leseversion als Ausfüllhilfe)

Sehr geehrte Damen und Herren,

diese Befragung von Pflegestützpunkten erfolgt bundesweit im Rahmen einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Ziel ist es herauszuarbeiten, welche Konzepte die Pflegestützpunkte verfolgen, um ihren gesetzlichen Auftrag zur Koordinierung und Vernetzung von regionalen Unterstützungs- und Versorgungsangeboten zu erfüllen. Darüber hinaus soll untersucht werden, wie die Qualitätssicherung der Pflegestützpunktarbeit erfolgt.

Bitte füllen Sie **einen** Online-Fragebogen für Ihren Pflegestützpunkt aus – idealerweise **gemeinsam im Team**. Um dies zu erleichtern, haben Sie zusätzlich zum Link zur Online-Befragung diese PDF-Leseversion des Fragebogens erhalten. Bitte senden Sie uns keinen ausgefüllten Papierfragebogen.

Die Beantwortung des Fragebogens kann unterbrochen und später wieder aufgenommen werden. Um nach einer Unterbrechung die Befragung fortführen zu können, notieren Sie sich bitte das Passwort, welches Ihnen auf der nächsten Seite bzw. im weiteren Verlauf in der Fußzeile angezeigt wird. Der Befragungszeitraum endet zum **31. Januar 2018**.

Die Auswertung der Befragungsergebnisse erfolgt anonymisiert und auf Landesebene aggregiert, so dass kein Bezug zu einzelnen Pflegestützpunkten hergestellt werden kann. Die Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich im Mai 2018 vorliegen und sind für Sie dann über Ihr zuständiges Landesministerium zugänglich.

### Fragenblock 1: Strukturelle Angaben zum Pflegestützpunkt (PSP)

#### Begriffsbestimmungen:

Zur Charakterisierung der unterschiedlichen Leistungen in Pflegestützpunkten hat es sich als zweckmäßig erwiesen, die Bedarfe der Klienten in drei Fallkategorien zu unterteilen, die im Rahmen dieser Befragung wie folgt abgegrenzt werden und die bei abweichenden Bezeichnungen in Ihrem Pflegestützpunkt im beschriebenen Sinne zu interpretieren sind:

Allgemeine Information:	Anfragen zu Leistungsansprüchen allgemein, zu Leistungserbringern (Adresslisten, Preise etc.); geringer Zeitaufwand, i. d. R. einmaliger Kontakt und Durchführung im Pflegestützpunkt bzw. telefonisch
(einfache) Beratung:	ausführliche Information zu Leistungen anhand der individuellen Konstellation, Unterstützung bei Anträgen, Widersprüchen etc.; mittlerer Zeitaufwand, i. d. R. einmaliger Kontakt im Pflegestützpunkt oder in der Häuslichkeit und Befähigung der Ratsuchenden zur eigenständigen Problemlösung
Komplexe Beratung, Fallmanagement:	ausführliche Beratung und Fallbegleitung bei komplexen Bedarfen, i. d. R. Einbezug mehrerer Rechtsbereiche (z. B. SGB V, SGB XI, SGB XII etc.) und Themen (Gesundheit, Pflege, Wohnen, ...), i. d. R. mehrere Kontakte pro Fall und mind. ein Hausbesuch sowie Erstellung eines Versorgungsplans, Unterstützung bei der Inanspruchnahme der Leistungen und Überprüfung von deren Wirksamkeit

**Regionale Zuordnung****1.1 In welchem Bundesland befindet sich Ihr PSP?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern |
| <input type="checkbox"/> Bayern            | <input type="checkbox"/> Niedersachsen          |
| <input type="checkbox"/> Berlin            | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen    |
| <input type="checkbox"/> Brandenburg       | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz        |
| <input type="checkbox"/> Bremen            | <input type="checkbox"/> Saarland               |
| <input type="checkbox"/> Hamburg           | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein     |
| <input type="checkbox"/> Hessen            | <input type="checkbox"/> Thüringen              |

**Trägerschaft und vertragliche Vereinbarungen****1.2 Wer ist/sind die Träger des PSP?**

- eine Kranken-/Pflegekasse (allein)
- mehrere Kranken-/Pflegekassen gemeinsam
- Kranken-/Pflegekasse(n) gemeinsam mit kommunalen Gebietskörperschaften
- nur kommunale Gebietskörperschaft/en
- Kranken-/Pflegekassen gemeinsam mit Leistungsanbietern/und ggf. kommunalen Gebietskörperschaften
- andere (bitte benennen):  
*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.*

**1.3 Es gibt vertragliche Vereinbarungen zur Beteiligung/Einbindung mit**

- Sozialhilfeträgern
- Krankenkassen
- zugelassenen Pflegeeinrichtungen
- Pflegefachkräften
- Selbsthilfegruppen/bürgerschaftliches Engagement
- kirchlichen/religiösen und gesellschaftlichen Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten
- sonstige Beteiligungen *Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.*

**1.4 Ist die Zusammenarbeit mit der privaten Kranken- und Pflegeversicherung geregelt?**

- Ja, es gibt eine vertragliche Vereinbarung
- Nein, privat Versicherte werden an ihre Krankenkasse/Compass verwiesen.
- Sonstiges, und zwar:  
*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.*

**1.5 Gibt es eine von allen Trägern gemeinsam eingesetzte Leitung des PSP?**

- Ja
- Nein

**1.6 Ist eine für alle Beschäftigten im Pflegestützpunkt einheitliche Fachaufsicht gegeben?  
Wem obliegt diese?**

- Ja, die Fachaufsicht liegt bei Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

**Vernetzung am Standort**

**1.7 Befindet sich der PSP in unmittelbarer räumlicher Nähe zu anderen Beratungsstellen, Verwaltungen, Kassen oder Leistungserbringern?**

- Nein
- Ja, und zwar zur:
  - Kommunalverwaltung
  - Kranken-/Pflegekasse
  - Pflegedienst
  - Pflegeheim
  - Krankenhaus
  - Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
  - andere Beratungsstelle(n)  
Zielgruppe: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
  - Sonstige,  
bitte benennen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Langjährig gewachsene Strukturen**

**1.8 Gab es vor der Errichtung Ihres PSP bereits ein Beratungsangebot, das in den PSP überführt wurde?**

- Nein
- Ja

**Falls ja: Wurden die/einige dieser Beschäftigten in den PSP übernommen?**

- Nein
- Ja

## Sitz und Einzugsbereich

### 1.9 In welchem Kreis liegt Ihr PSP? (Angabe dient der Ermittlung des Siedlungsstrukturtyps, Kreisnamen werden in der Auswertung nicht ausgewiesen)

Unser PSP liegt im Kreis/in der kreisfreien Stadt Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  
Drop-down-Menü der Landkreise und kreisfreien Städte nur des jeweiligen Bundeslandes

#### 1.9. a: Sind Außenstellen und/oder Außensprechstunden eingerichtet?

- Ja: \_\_\_\_\_ Anzahl der Außenstellen, \_\_\_\_\_ Anzahl (Orte) Außensprechstunden  
 Nein

### 1.10 Für welches Einzugsgebiet ist Ihr PSP zuständig?

Pflegestützpunkt (Hauptsitz)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Einzugsgebiet \_\_\_\_\_ (Stadtbezirk, Stadt (kreisfreie Stadt), Gemeinde, Landkreis) und Anzahl Einwohner/Fläche \_\_\_\_\_

(nur falls ja Frage 1.9.a): Außenstellen bzw. Außensprechstunden

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Außenstelle 1: Einzugsgebiet \_\_\_\_\_ (Stadtteil, Stadt, Kreis) und Anzahl Einwohner/Fläche \_\_\_\_\_

Außenstelle 2: Einzugsgebiet \_\_\_\_\_ (Stadtteil, Stadt, Kreis) und Anzahl Einwohner/Fläche \_\_\_\_\_

Außenstelle 3: Einzugsgebiet \_\_\_\_\_ (Stadtteil, Stadt, Kreis) und Anzahl Einwohner/Fläche \_\_\_\_\_

Außensprechstunde 1: Einzugsgebiet \_\_\_\_\_ (Stadtteil, Stadt, Kreis) und Anzahl Einwohner/Fläche \_\_\_\_\_

Außensprechstunde 2: Einzugsgebiet \_\_\_\_\_ (Stadtteil, Stadt, Kreis) und Anzahl Einwohner/Fläche \_\_\_\_\_

### 1.11 Welche Entfernungen müssen bei Hausbesuchen maximal zurückgelegt werden?

Schätzungsweise bis zu Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. km (einfacher Weg)

- Wir führen keine Hausbesuche durch.

## Erreichbarkeit

### 1.12 Ist der Zugang zum PSP barrierefrei?

- Ja  Nein

### 1.13 Ist Ihr PSP gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar?

- Ja  Nein

Anmerkung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

### 1.14 Wie sind die Öffnungs-/Sprechzeiten des PSP?

Hauptsitz:

Wochentags an \_\_\_\_\_ Tagen, insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden

Am Wochenende: Samstag \_\_\_\_\_ Stunden





## Personalstruktur

**1.19 Bitte geben Sie die aktuelle Anzahl und Zusammensetzung des Personals an:**

Qualifikation im Bereich.....	Anzahl der Beschäftigten	Anzahl Vollzeitstellen
Sozialversicherung		
Sozialarbeit/ -pädagogik		
Pflege (Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflege)		
Verwaltung		
Sonstige:		

**1.20 Wie viele Beraterinnen und Berater stehen im PSP jeweils zur Verfügung?**

**a) zur Pflegeberatung gem. § 7 a SGB XI**

Anzahl Berater/Beraterinnen \_\_\_\_\_

Anzahl Vollzeitstellen \_\_\_\_\_

**b) zur Beratung gem. § 37 Abs. 3 SGB XI in der Häuslichkeit**

Anzahl Berater/Beraterinnen \_\_\_\_\_

Anzahl Vollzeitstellen \_\_\_\_\_

**c) zur Sozialberatung der Kommunen**

Anzahl Berater/Beraterinnen \_\_\_\_\_

Anzahl Vollzeitstellen \_\_\_\_\_

## Aufgaben/Zuständigkeit des Personals

**1.21 Sind die Berater und Beraterinnen nur für die Beratung im Pflegestützpunkt zuständig oder nehmen sie noch andere Aufgaben (zum Beispiel bei Kassen, Landkreisen u. ä.) wahr?**

- Die Berater und Beraterinnen sind ausschließlich für die Stützpunktarbeit zuständig (einschl. Hausbesuche).
- Die/ein Teil der Berater und Beraterinnen sind auch für andere Aufgaben zuständig (bitte jeweiligen Anteil benennen).

Anteil: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**1.22 Gibt es unterschiedliche Zuständigkeiten bei den Beschäftigten des PSP?**

- Nein, alle Beschäftigten erledigen die gleichen Aufgaben.
- Ja, folgende Aufgaben werden nur von speziell weitergebildeten Beschäftigten und Mitarbeiterinnen übernommen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Inanspruchnahme

**1.23 Gibt es belegbare Daten und Fakten zur Inanspruchnahme des PSP (z. B. jahresbezogene Fallzahlen)?**

- Nein
- Ja

Falls ja, bitte geben Sie jeweils Daten für 2016 an:

zur Zahl der Fälle insgesamt (neue und bereits 2015 begonnene Fälle) \_\_\_\_\_

zur Zahl von Informationsanfragen: \_\_\_\_\_

zur Zahl (einfacher) Beratungsfälle: \_\_\_\_\_

zur Zahl komplexer Beratungsfälle/Fallmanagement: \_\_\_\_\_

zur Zahl der Hausbesuche (Beratung in der Häuslichkeit): \_\_\_\_\_

**1.24 Gibt es belegbare Daten und Fakten zur Inanspruchnahme aufgrund von Empfehlungen anderer Akteure (Fallzahlen und/oder prozentuale Anteile)?**

- Nein  Ja

Falls ja, wie hoch ist der Anteil der Fälle, die von folgenden Akteuren vermittelt bzw. empfohlen wurden?

Kranken- und Pflegekassen \_\_\_\_\_

Akutkliniken, Rehakliniken \_\_\_\_\_

niedergelassene Ärzte \_\_\_\_\_

Pflegedienstleister \_\_\_\_\_

Sozialamt \_\_\_\_\_

sonstige: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Öffentlichkeitsarbeit (ÖA)

**1.25 Gibt es in Ihrem PSP eine systematische Öffentlichkeitsarbeit (ÖA)? Bitte Beispiele benennen (über Informationsflyer hinaus). Falls ja, wer ist für die ÖA zuständig (PSP selbst oder Träger)?**

Nein

Ja, zur systematischen ÖA gehört bei uns z. B.:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ja, zuständig für die ÖA ist: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**1.26 Gibt es in Ihrem Bundesland ein einheitliches Auftreten bzw. Erscheinungsbild (z. B. gemeinsame Website, einheitliches Logo etc.) aller Pflegestützpunkte?**

Ja

Nein

## Veranstaltungen

**1.27 Organisiert Ihr PSP regelmäßig Veranstaltungen und/oder präsentiert sich bei Veranstaltungen von Partnern? Bitte nennen Sie Beispiele. Falls nicht, aus welchem Grund?**

Ja, z. B.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nein, Gründe sind: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Fragenblock 2: Koordinierung der wohnortnahen Versorgung im Einzelfall

Der folgende Fragenkomplex bezieht sich auf die Koordinierungsaufgaben der Pflegestützpunkte im Einzelfall, d. h. auf die Unterstützung von Pflegebedürftigen (und ihren Angehörigen) bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen. Aufgabe der PSP ist gem. § 7 c Abs. 2 Punkt 2 SGB XI dabei die „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“.

**2.1 Für welche Fälle bzw. Fallkonstellationen wird ein Versorgungsplan erstellt?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**2.2 Gibt es ein standardisiertes Formular für einen Versorgungsplan in Ihrem PSP?**

Ja\* Welche wesentlichen Kategorien enthält er?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nein

\* Bitte Kopie beifügen (am Ende der Befragung können Sie eine entsprechende Datei hochladen).

**2.3 In welchen Fällen erfolgt ein umfassendes Fallmanagement?**

*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.*

**2.4 Wie viele unterschiedliche Akteure (einschl. Angehörige, Ehrenamt) sind in einem typischen Fallmanagement einzubeziehen und zu koordinieren?**

Beim Fallmanagement sind in der Regel \_\_\_\_\_ (Anzahl) bis \_\_\_\_\_ (Anzahl) Akteure zu koordinieren.

**2.5 Übernimmt der PSP beim Fallmanagement die Rolle des Fallmanagers (d. h. es werden auch die Umsetzung des Versorgungsplans überwacht und die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft) oder ist er vorwiegend als Vermittler tätig (Kontaktaufnahme zu und Übergabe an andere zuständige Leistungsträger)?**

- Der PSP übernimmt die Rolle des Fallmanagers und überprüft auch die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen.
- Der PSP ist vorwiegend als Vermittler tätig.
- Weder noch: Der PSP übernimmt folgende Aufgaben:  
*Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.*

**2.6 Ist das Fallmanagement zeitlich befristet? Falls ja, wonach richtet sich die zeitliche Festlegung?**

- Nein
- Ja, auf \_\_\_\_\_ Monate.
- Ja, und zwar in Abhängigkeit von

**2.7 Wie hoch ist der Anteil der Fälle mit Fallmanagement an der Gesamtzahl der Beratungsfälle?**

Der Anteil aller Fälle mit Fallmanagement an der Gesamtzahl der Beratungen liegt bei ca. \_\_\_\_\_ Prozent.

**2.7 Bezogen auf alle Fälle mit Fallmanagement – wie hoch ist der Anteil der Fälle, für die ein umfassender Versorgungsplan erstellt wird?**

In den Fällen mit Fallmanagement erfolgt bei ca. \_\_\_\_\_ Prozent die Erstellung eines umfassenden Versorgungsplans.

Wie häufig erfolgt in diesen Fällen zumindest eine einmalige Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen? \_\_\_\_\_ Prozent.

**2.8 Bezogen auf alle Fälle mit Fallmanagement – wie hoch ist der Anteil der Fälle ohne umfassenden Versorgungsplan, bei denen überwiegend vermittelt wird?**

Der Anteil der Fälle von Fallmanagement ohne umfassenden Versorgungsplan, bei denen überwiegend vermittelt wird, liegt bei ca. \_\_\_\_\_ Prozent.

Wie häufig erfolgt in diesen Fällen zumindest eine einmalige Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen? \_\_\_\_\_ Prozent

**2.9 Wie erfolgt die konkrete Hilfestellung durch die Beraterinnen und Berater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von geeigneten (Sozial-)Leistungen im Einzelfall? Mehrfachnennung möglich. Bitte geben Sie für die zutreffenden Kategorien jeweils die Häufigkeit gemessen an der Gesamtzahl der Beratungsfälle an.**

		Häufigkeit in % der Gesamtzahl der Beratungsfälle
<input type="checkbox"/>	Übergabe von Informationsbroschüren zu Leistungen der Sozialversicherung	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Persönliche Erläuterung zu Leistungsansprüchen, deren Auswahl und Kombinationsmöglichkeiten	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Aktive Unterstützung bei der Antragstellung und -begründung	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Weitergabe von Kontaktdaten der jeweils zuständigen Stelle/des Ansprechpartners an die Klienten	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme durch den Pflegeberater mit der jeweils zuständigen Stelle und bei Bedarf Terminvereinbarung	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Initiierung einer Fallbesprechung mit der jeweils zuständigen Stelle	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zum Hausarzt	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zu Pflegedienstleistern	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Begleitung der Klienten bei der Begutachtung durch den MDK/Medicproof (wenn gewünscht)	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Formulierung von Widersprüchen	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Übergabe von Adresslisten der regionalen Dienstleister	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Erläuterung zu wichtigen Auswahlkriterien bzw. Qualitätsmerkmalen für verschiedene Dienstleistungen	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Koordination des Einsatzes unterschiedlicher Dienstleister	_____ Prozent

<input type="checkbox"/>	Unterstützung der Klienten bei Konflikten mit den Leistungserbringern bzw. den Kostenträgern	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsplans	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Überprüfung, ob die gewählte Versorgung zur Erreichung der vereinbarten Ziele geeignet ist	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	psychosoziale Reflexion mit Pflegebedürftigen/ Angehörigen	_____ Prozent
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar: <i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>	_____ Prozent

**2.10 Bei der Koordinierung von einzelnen Beratungsfällen ist oft eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren erforderlich. Bitte schätzen Sie für die im Folgenden aufgelisteten potentiellen Akteure, wie häufig Sie mit diesen jeweils zusammenarbeiten (Anteil an allen Beratungsfällen):**

	Häufigkeit der Zusammenarbeit (Anteil an allen Fällen in %)	Ggf. ergänzende Erläuterung
Sozialamt, zuständiger Sozialhilfeträger	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Wohnberatungsstellen	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Beratungsstellen für ältere Menschen, Seniorenbüros	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Fachstellen Demenz	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Koordinationsstelle Behindertenarbeit, Behindertenbeauftragte	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Bürgerbüro	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Patienten-/ Sozialrechtsberatungsstellen	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Ambulante Pflegedienste	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>
stationäre Pflegeeinrichtungen	_____ Prozent	<i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i>



Krankenhäuser und Fachkliniken (Sozialdienst/Entlass-management)	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Rehaeinrichtungen (Sozialdienst/Überleitungsmanagement)	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Gerontopsychiatrische Ambulanz	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Hausärzte	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Niedergelassene (Fach-)Ärzte	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Apotheken	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Physiotherapeuten/ Ergotherapeuten	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Hospizdienste/SAPV	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Psychologen und Psychotherapeuten	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Anbieter von Hausnotrufsystemen	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Fahrdienste	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Sanitätshäuser	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Anbieter von Haushaltshilfen, Bringdiensten (Essen auf Rädern, Gartenpflege, Wäschereidienst etc.) und Freizeitangeboten	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Anbieter von Unterstützungsleistungen im Alltag (Betreuung)	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>
Gerichte	_____ Prozent	<u><i>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</i></u>

Betreuungsbehörden	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Betreuungsvereine	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Vereine/Verbände der Alten- und Behindertenarbeit	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Kirchengemeinden u. a. Religionsgemeinschaften	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Ehrenamt/Nachbarschaftshilfen, Freiwilligenagenturen	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Selbsthilfevereine und -gruppen	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Pflegestützpunkte in benachbarten Stadtbezirken, Städten, Gemeinden, Landkreisen	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Ggf. weitere Akteure, mit denen häufig zusammengearbeitet wird (bitte benennen): <u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>
Ggf. weitere Akteure, mit denen häufig zusammengearbeitet wird (bitte benennen): <u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>	_____ Prozent	<u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>

**2.11 Führen alle Beraterinnen und Berater des Pflegestützpunktes bei Bedarf ein Fallmanagement durch? Falls nein, welche Beraterinnen und Berater sind dafür zuständig?**

Ja

Nein, zuständig sind:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Begründung:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**2.12 Gibt es Fälle, wo der PSP diese an andere Partner/Akteure weitergibt/abgibt? Falls ja, um welche Fälle handelt es sich?**

- Ja, z. B.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

**Fragenblock 3: Vernetzung und Kooperation mit externen Akteuren**

Aufgabe der Pflegestützpunkte ist gem. § 7 c Abs. 2 Punkt 3 die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.“ Dabei ist „auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ... zurückzugreifen.“

Dies bezieht sich, **unabhängig vom Einzelfall**, auf die Etablierung und Weiterentwicklung bedarfsgerechter regionaler Versorgungsstrukturen.

**3.1 In welcher Form erfolgt die Zusammenarbeit mit...**

*Bitte geben Sie auch, falls eine Zusammenarbeit besteht, jeweils eine **Einschätzung der Zusammenarbeit** an.*

	Form der Zusammenarbeit			Einschätzung der Zusammenarbeit			
	schriftliche Vereinbarung	Sonstige Zusammenarbeit	Keine Zusammenarbeit/in der Region nicht vorhanden	gute Zusammenarbeit von beiden Seiten	vorwiegend einseitiger Kontakt durch den PSP	Zusammenarbeit noch nicht befriedigend	kein Kontakt/trifft nicht zu
Sozialamt bzw. Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnberatungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstellen für ältere Menschen, Seniorenbüros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachstellen Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinationsstelle Behindertenarbeit, Behindertenbeauftragte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgerbüro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patienten-/ Sozialrechts-beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinischer Dienst der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflegedienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilstationäre Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stationäre Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhäuser und Fachkliniken (Sozialdienst/Entlassmanagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehaeinrichtungen (Sozialdienst/Überleitungsmanagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerontopsychiatrische Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergelassene (Fach-)Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeuten/ Ergotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospizdienste/SAPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologen und Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anbieter von Hausnotrufsystemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitätshäuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbieter von Haushaltshilfen (Essen auf Rädern, Gartenpflege, Wäschereidienst etc.) und Freizeitangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anbieter von Unterstützungsleistungen im Alltag (Betreuung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungsbehörden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungsvereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereine/Verbände der Alten- und Behindertenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchengemeinden u. a. Religionsgemeinschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamt/Nachbarschaftshilfen, Freiwilligenagenturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfevereine und -gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegestützpunkte in benachbarten Kommunen, Kreisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ggf. weitere Akteure, bitte benennen: <u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.2 Falls es verbindliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit einigen Partnern gibt – was wird darin geregelt? (Mehrfachnennung möglich)**

- Allgemeine Grundsätze der Zusammenarbeit
- Vorgehen bei der gegenseitigen Kontaktaufnahme (Festlegung Ansprechpartner; Überleitungsvereinbarungen etc.)
- Definition der Zielgruppen (Klienten mit besonderen Bedarfslagen)
- Festlegung von standardisierten Prozessen (Versorgungspfade)
- Festlegung von Verantwortlichkeiten der Vertragspartner
- Finanzierung
- Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3.3 Gibt es eine Arbeitshilfe/Datenbank mit Kontaktdaten und weiteren Informationen zu Ansprechpartnern und regionalen Leistungsangeboten?**

- Ja, zentral für alle Mitarbeiter zugänglich
- Ja, individuell bei den einzelnen Mitarbeitern
- Eine Datenbank ist geplant/befindet sich im Aufbau.
- Nein

**3.4 Gibt es eine Liste mit allen für die Pflegeberatung zuständigen Kassenvertretern (z. B. für Hilfsmittelversorgung, Pflegeleistungsbewilligungen etc.)?**

- Ja
- Nein
- Anmerkung:  
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3.5 Sind die Kranken- und Pflegekassen über die regionalen Zuständigkeiten der Pflegeberater informiert?**

- Ja
- Nein
- Anmerkung:  
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3.6 Hat Ihr PSP ein (oder mehrere) regionales Netzwerk initiiert? Falls ja, welche Partner sind einbezogen?**

- Ja, mit Partnern aus den Bereichen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Ein vom PSP initiiertes Netzwerk befindet sich im Aufbau, mit Partnern aus den Bereichen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

**3.7 Welche Ziele verfolgt das vom PSP initiierte regionale Netzwerk (bzw. ggf. die Netzwerke)?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3.8 Gibt es verbindliche „Netzwerkregeln“, Zusammenarbeitsstandards, Zielvereinbarungen usw.?**

Ja, und zwar: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nein

**3.9 Gibt es Zielvereinbarungen, Ziel- und Ergebnisevaluationen?**

Ja, es gibt Zielvereinbarungen

Ja, es gibt Evaluation der Zielerreichung

Nein, es gibt keine Zielvereinbarungen

**3.10 Nehmen die Pflegeberaterinnen und -berater regelmäßig an Netzwerktreffen Dritter teil?**

Ja, Teilnahme an Netzwerktreffen folgender Verbünde:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nein

Es existiert kein Versorgungsnetzwerk in der Region.

**3.11 Welches Ziel wird mit der Teilnahme an Netzwerktreffen Dritter verfolgt?**

Andere über die Arbeit des PSP informieren

Informationen über die Arbeit der Partner erhalten

Austausch zu neuen rechtlichen Regelungen

Austausch zu konkreten Fällen (Klienten)

Aktives Hinwirken auf die bedarfsgerechte Nutzung bzw. Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen

Gewinnung von Erkenntnissen zu Versorgungsentgängen bzw. -lücken

Sonstiges (bitte benennen):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3.12 Wie schätzen Sie die Arbeit Ihres PSP bezüglich der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure in der Region ein?**

	trifft zu	trifft eher zu	teils-teils	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Unser PSP bringt die unterschiedlichen regionalen Akteure an einen Tisch und fördert deren Zusammenarbeit.*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wir beteiligen uns an regionalen Netzwerken und Veranstaltungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vernetzung mit <u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u> (bitte die Akteure benennen) ist sehr schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Vernetzungsarbeit stehen nicht ausreichend Personalkapazitäten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vernetzung der regionalen Akteure ist primär Aufgabe der Träger der PSP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Fall diese Antwort bei Ihnen zutreffend ist, nennen Sie bitte (ein) konkrete(s) Beispiel(e): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3.13 Bitte benennen Sie Beispiele für Initiativen Ihres Trägers/Ihrer Träger zur regionalen Versorgungsoptimierung mittels verbindlicher Kooperationen/Vernetzungen**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.



**3.14 Hinsichtlich der folgenden Punkte stellen wir folgende Entwicklungen seit Etablierung des PSP in der Versorgungsregion fest:**

	kaum verändert	hat sich etwas verbessert	hat sich deutlich verbessert	lief bereits vor Etablierung des PSP sehr gut
Organisierte Nachsorge nach Klinikaufenthalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bedarfsgerechter Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern (Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten, Heil- und Hilfsmittelerbringern etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements in Pflege und Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres: <u>Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.15 Erhalten alle Antragsteller auf Pflegeleistungen in Ihrer Region neutrale Informationen von den Pflegekassen über den/die nächst gelegenen PSP bzw. zuständige Pflegeberaterin/den zuständigen Pflegeberater?**

- Ja
- Nein
- Bei einzelnen Kassen nicht

**3.16 Wie hoch ist ungefähr der Anteil der Arbeitszeit, den die Beschäftigten für die Aufgaben der Vernetzung der lokalen Akteure verwenden?**

Ca. \_\_\_\_\_ Prozent  keine Angabe möglich

**3.17 Welche Personen sind in Ihrem PSP für die Zusammenarbeit mit externen Akteuren zuständig?**

- Zuständig ist: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Alle Beschäftigten gleichermaßen.

**3.18 Sind die Zuständigkeiten des PSP klar abgegrenzt bzw. geregelt (schriftl. Anweisung/Konzept)? Wenn ja, wie?**

- Ja, und zwar: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein, es fehlen klare Vorgaben zur Abgrenzung der Aufgaben des PSP zu anderen Kostenträgern/Leistungsanbietern/Kommunalverwaltungen.

**3.19 Gibt es einen institutionalisierten Austausch zwischen den Beraterinnen und Beratern des PSP und den entscheidungsbefugten Akteuren der Träger des PSP (Pflegekassen, Kommunen), insbesondere bzgl. regionaler Versorgungsoptimierungsbedarfe?**

- Ja, und zwar: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

Anmerkung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**3.20 Gibt es für Ihren Pflegestützpunkt ein Budget, aus welchem die Aufwendungen für die Vernetzungsarbeit (z. B. für Nutzung von Räumen, Werbemaßnahmen, Einladungen zu Gesprächskreisen u. ä.) finanziert werden können?**

- Ja
- Nein

**Fragenblock 4: Maßnahmen zur Qualitätssicherung**

Ziel der Erhebung in diesem Abschnitt ist es, einen Überblick zu den eingesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen in den PSP zu erhalten.

**4.1 Finden sich in Ihrem PSP-Vertrag Regelungen zur Qualitätssicherung?**

- Ja, und zwar: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

**4.2 Gelten diese Regelungen für alle PSP-Beschäftigten gleichermaßen?**

- Ja  
 Nein, nur für: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.3 Gibt es in Ihrem PSP ein internes Qualitätsmanagement (QM-Handbuch, Verfahrensanweisungen)?**

- Ja, es gibt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  
 Nein

**4.4 Gibt es Funktions- und Stellenbeschreibungen?**

- Ja, es gibt: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  
Die Beschäftigten haben  gleichlautende  
 unterschiedliche Funktions-/Stellenbeschreibungen.  
 Nein, es gibt keine Funktions- und Stellenbeschreibungen.

**4.5 Falls ja: Finden sich die QM-Regelungen auch in den Funktions- und Stellenbeschreibungen wieder?**

- Ja  
 Nein

**4.6 Welche konkreten Maßnahmen werden zur Qualitätssicherung ergriffen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.7 Wer ist zuständig für die Qualitätssicherung?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.8 Nutzen alle Beschäftigten zur Durchführung einer Beratung eine einheitliche Beratungssoftware?**

- Ja  
 Nein

**4.9 Gibt es Qualitätszirkel zur Weiterentwicklung der inhaltlichen Ausgestaltung Software?**

- Ja
- Nein

**4.10 Wer entwickelt die Software inhaltlich weiter?**

- Träger
- Pflegeberaterinnen/Pflegeberater selbst
- IT-Dienstleister
- Sonstige: Bitte nennen Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.11 Nach welchen Vorgaben erfolgt die Dokumentation der Beratungstätigkeit (unabhängig davon, ob auf Papier oder am PC dokumentiert wird)?**

	<b>mittels standardisiertem Formular*</b>	<b>Individuell je Beschäftigtem</b>	<b>keine Dokumentation</b>
Bei allgemeinen Informationsanfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei (einfachen) Beratungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei komplexen Beratungen bzw. Fallmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\* Bitte Musterformular beifügen (am Ende der Befragung können Sie eine entsprechende Datei hochladen).*

**4.12 Was wird jeweils dokumentiert? Zutreffendes bitte ankreuzen.**

- Angaben zur Person (Name, Alter, Wohnort)
- Angaben zum Unterstützungsbedarf/Beratungsanlass
- Gesundheitliche Situation
- Aktuelle Versorgungssituation
- Wohnverhältnisse
- Familiäres/soziales Umfeld
- Beratungsziele
- Beratungsergebnis
- Sonstiges (bitte benennen):  
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.13 Wer darf auf die Dokumentation zugreifen?**

- Alle Pflegeberaterinnen und-berater
- Nur die zuständige Beraterin/der zuständige Berater
- Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.14 Wie erfolgt die Ausbildung der PSP-Beschäftigten bei deren Neueinstellung?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.15 Gibt es Richtlinien für die Einarbeitung? Wenn ja welche?**

- Ja, und zwar: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

**4.16 Wie wird die Einarbeitung organisiert?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.17 Erfolgt eine regelmäßige Fortbildung aller Beschäftigten des PSP?**

- Ja, für alle Beschäftigten einheitlich
- Ja, getrennt bei den jeweiligen Arbeitgebern.
- Ja, aber nur für Beschäftigte des Trägers, Bitte nennen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

**4.18 In welchem Umfang und in welchen Bereichen wird geschult?**

Stunden pro Jahr und Beschäftigten

Themen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.19 Ist die Fortbildung eine verpflichtende Veranstaltung?**

- Ja
- Nein

**4.20 Wie erfolgt die Finanzierung der Aus-/Fort und Weiterbildung?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**4.21 Wie erfolgt die Themenfestlegung für Fortbildungen?**

- Durch das Team im PSP
- Extern durch die Träger

**4.22 Wie ist die Zuständigkeit für die einzelnen Beratungsfälle organisiert?**

- quartiersbezogen
- nach Eingang der Fälle
- zielgruppenspezifisch - Es gibt gesonderte Zuständigkeiten für:
  - Demenzkranke
  - Suchtkranke
  - Migrantinnen und Migranten
  - Kinder und Jugendliche
  - sonstige: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Alle Beraterinnen und Berater sind prinzipiell für alle Fälle zuständig

**4.23 Wird für die Beschäftigten des PSP Supervision angeboten?**

- Ja, (Erläuterung): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

**Zum Abschluss haben Sie die Möglichkeit, uns an dieser Stelle noch Ergänzungen, Hinweise oder Anregungen mitzuteilen, die die Arbeit der Pflegestützpunkte oder deren Weiterentwicklung betreffen:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Wenn Sie uns ein Muster

- eines standardisierten Beratungsbogens
- eines Versorgungsplans

zur Verfügung stellen möchten, können Sie jetzt die Dateien hochladen:

---

---

---



**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)