



PFLEGE
STÜTZPUNKT
BADEN-WÜRTTEMBERG

EVALUATION DER PFLEGESTÜTZPUNKTE
IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Abschlussbericht

Köln, Mai 2013

Impressum

Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Abschlussbericht, Stand Mai 2013

Autoren: Thorsten Mehnert, Ralf Tebest, KDA

Lektorat: Barbara Meyer zu Ermgassen, Berlin

Satz: typeXpress, Sabine Brand, Köln

Kuratorium Deutsche Altershilfe

An der Pauluskirche 3

50677 Köln

Tel.: 02 21/93 17 47-0

E-Mail: info@kda.de

Internet: www.kda.de

**Das Projekt „Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg“
wurde finanziert vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren des Landes Baden-Württemberg.**

Inhalt

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	5
1 Einleitung	8
2 Rahmenbedingungen bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg	8
3 Methodik der Datenerhebung	11
3.1 Strukturhebungen	11
3.2 Daten des Pflichtenheftes	12
3.3 Anfertigung von Fallstudien	14
4 Ergebnisse der Strukturhebung	16
4.1 Standorte und Geltungsbereiche der Pflegestützpunkte	16
4.2 Zugang zu den Leistungen	24
4.3 Vorstrukturen	25
4.4 Dokumentation der Leistungen	27
4.5 Betriebserfahrung	27
4.6 Beteiligung weiterer Akteure in der Konzeption	28
4.7 Personalbesetzung in den Pflegestützpunkten	30
4.8 Personalqualifikation	32
4.9 Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI	33
4.10 Pflegestützpunkte als Vernetzungsorganisationen	35
5 Auswertung der Daten aus dem Pflichtenheft	37
5.1 Nachfrage	37
5.2 Informationen über die Nachfragenden	48
5.3 Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte	52
5.4 Pflegestützpunkte als Vernetzungsinstitutionen	55
5.5 Aufwand pro Vollzeitäquivalent in den Pflegestützpunkten	59
6 Diskussion	61
6.1 Leistungen der Pflegestützpunkte	61
6.2 Qualität der Leistungen	64
6.3 Nachfrage in den Pflegestützpunkten	69
6.4 Rolle der Pflegestützpunkte in der Versorgungslandschaft	70
7 Fazit und Empfehlungen	74

Anhänge

Anhang 1: Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg	78
Anhang 2: Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg gemäß § 92 c SGB XI	83
Anhang 3: Anforderungen für Pflegestützpunkte (Stand: 10.09.2009)	92
Anhang 4: Strukturdatenerhebungsbogen 1	95
Anhang 5: Strukturdatenerhebungsbogen 2	99
Anhang 6: Pflichtenheft 1	103
Anhang 7: Pflichtenheft 2	105
Anhang 8: Interviewleitfaden zu den Fallstudien	108
Literaturverzeichnis	110

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Standorte der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg (Stand: 03/2013)	17
Abbildung 2: Definition der Leistungsarten von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg	62
Tabelle 1: Basisdaten der ausgewählten Fallstudien	15
Tabelle 2: Geltungsbereiche der Pflegestützpunkte	18
Tabelle 3: BürgerInnen außerhalb des Geltungsbereiches eines Pflegestützpunktes	20
Tabelle 4: Durchschnittlicher Geltungsbereich nach Pflegestützpunkt-Konzeption	23
Tabelle 5: Geltungsbereiche der singulären Pflegestützpunkte	24
Tabelle 6: Vorstrukturen in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte	26
Tabelle 7: Entwicklung der Beratungsinfrastruktur in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte	27
Tabelle 8: Betriebserfahrung der Pflegestützpunkte (Stand: 01.06.2012)	28
Tabelle 9: Anzahl der MitarbeiterInnen nach Pflegestützpunkt-Konzeption	30
Tabelle 10: Vollzeitäquivalente nach Pflegestützpunkt-Konzeption	31
Tabelle 11: Personalbesetzung nach Pflegestützpunkt-Konzeption	32
Tabelle 12: Anzahl der Qualifikationen in den Pflegestützpunkten	33
Tabelle 13: „Wird eine Leistung erbracht, die mit der Pflegeberatung nach § 7 a vergleichbar ist?“	33
Tabelle 14: Bekanntheitsgrad der PflegeberaterInnen der Kranken- und Pflegekassen in den Kreisen	34
Tabelle 15: Verortung der PflegeberaterInnen der Kranken- und Pflegekassen in den Kreisen	35
Tabelle 16: Stand der Vernetzung	36
Tabelle 17: Durchschnittliche Anzahl von neuen KlientInnen in sechs Monaten ..	37
Tabelle 18: Verhältnisse KlientInnen zu Kontakten in sechs Monaten	38
Tabelle 19: Durchschnittliche Anzahl von Kontakten pro Monat	39
Tabelle 20: Singuläre Pflegestützpunkte im Vergleich zu dezentralen Standortmodellen	40
Tabelle 21: Nachfrage in sechs Monaten in singulären Pflegestützpunkten nach Geltungsbereich – aufsteigend	41
Tabelle 22: Singuläre Pflegestützpunkte im Vergleich zu dezentralen Standortmodellen (ohne Heidelberg und Baden-Baden)	42
Tabelle 23: Nachfrage in sechs Monaten in dezentralen Pflegestützpunkten	43
Tabelle 24: Bevölkerung pro Teilpflegestützpunkt – aufsteigend	46
Tabelle 25: Singuläre Pflegestützpunkte im Vergleich zu Pflegestützpunkten aus Teilpflegestützpunkten	47

Tabelle 26: Singuläre Pflegestützpunkte (ohne Heidelberg und Baden-Baden) im Vergleich zu Pflegestützpunkten aus Teilpflegestützpunkten	48
Tabelle 27: Wer hatte Kontakt mit dem Pflegestützpunkt?	49
Tabelle 28: Kontaktweg mit dem Pflegestützpunkt in sechs Monaten	50
Tabelle 29: Herkunft der KlientInnen in sechs Monaten	50
Tabelle 30: Geschlecht der KlientInnen in sechs Monaten	50
Tabelle 31: Altersgruppen der KlientInnen	51
Tabelle 32: Pflegestufe der KlientInnen in sechs Monaten	51
Tabelle 33: Dauer der Kontakte mit den KlientInnen in Monaten	52
Tabelle 34: KlientInnenkontakte in sechs Monaten nach erbrachter Leistung	53
Tabelle 35: Themen der Hilfeleistungen in sechs Monaten durch die Pflegestützpunkte	54
Tabelle 36: VermittlerIn des Kontaktes in sechs Monaten	55
Tabelle 37: KlientInnenbezogene Netzwerkkontakte pro Monat – aufsteigend . . .	57
Tabelle 38: Nicht-klientInnenbezogene Netzwerkkontakte nach Standortmodell in sechs Monaten	59
Tabelle 39: Durchschnittliche Kontakte und Netzwerkkontakte pro Vollzeitäquivalent pro Monat nach Standortmodell	60

1 Einleitung

Eine Analyse der bestehenden gesetzlichen Beratungsaufträge und der auf dieser Grundlage implementierten Beratungsangebote für ältere und hilfebedürftige Menschen in Deutschland zeigt, dass Rat- und Hilfesuchende oftmals nicht wissen, welche unterschiedlichen Angebote es in ihrer Umgebung gibt, wie sie deren Leistungen in Anspruch nehmen und welches Beratungsspektrum sie bei den jeweiligen Angeboten erhalten können. Das liegt insbesondere daran, dass die Abstimmung und Kooperation zwischen den einzelnen Angeboten oft noch deutlich verbessert werden kann, zentrale Begriffsdefinitionen noch nicht vorliegen oder es keinen Konsens über diese Definitionen gibt (Quelle: Tebest 2013). Mit dem Ziel, die bestehende Beratungsinfrastruktur weiterzuentwickeln, wurde sich in Baden-Württemberg dazu entschieden, Pflegestützpunkte zu errichten. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) wurde vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg mit der Evaluation dieser Pflegestützpunkte beauftragt. Ziel der Evaluation ist es, eine erste Einschätzung über die Leistungen der Pflegestützpunkte und über deren Qualität zu geben sowie die Nachfrage nach den Leistungen und die Rolle der Pflegestützpunkte in der bestehenden Beratungsinfrastruktur zu charakterisieren. Dem Landesministerium und der LAG Pflegestützpunkte e. V. sollen hiermit entscheidungsrelevante Informationen für die weitere Ausgestaltung der Beratungsinfrastruktur mit Hilfe von Pflegestützpunkten geliefert werden. Zentral ist an dieser Stelle insbesondere die Frage, ob die Anzahl der Pflegestützpunkte eine wohnortnahe Beratungsstruktur ermöglichen kann oder ob zukünftig weitere Pflegestützpunkte errichtet werden sollten. Außerdem sollen Optionen zur Anpassung und Weiterentwicklung des Pflegestützpunkt-Konzeptes in Baden-Württemberg aus den Evaluationsergebnissen abgeleitet werden.

In Kapitel 2 werden hierzu zunächst die Rahmenbedingungen bei der Errichtung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg dargestellt. Kapitel 3 beinhaltet die in der Evaluation der Pflegestützpunkte verwendete Methodik der Datenerhebung. In den zwei darauf folgenden Kapiteln werden dann die Ergebnisse der Strukturerhebungen (Kapitel 4) und die Auswertung der Daten aus dem Pflichtenheft (Kapitel 5) präsentiert. Auf der Grundlage dieser Daten wird in Kapitel 6 eine Diskussion aller Evaluationsergebnisse vorgenommen, die schließlich in Kapitel 7 zu einer konkreten Einschätzung der bisherigen Arbeit von Pflegestützpunkten und zu konkreten Handlungsempfehlungen für den weiteren Ausbau führen.

2 Rahmenbedingungen bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg erging am 22. Januar 2010 die Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg. Mit der Allgemeinverfügung wurde bestimmt, dass die Einrichtung von Pflegestützpunkten gemäß § 92 c SGB XI erfolgt und dass die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten nach Maßgabe der Vorgaben des SGB XI einzurichten haben (Allgemeinverfügung, siehe Anhang 1).

Laut der Kooperationsvereinbarung sollen Pflegestützpunkte „... den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen unnötige Wege zu unterschiedlichen Ansprechpartnern ersparen, indem sie dort Informationen über erforderliche Hilfen und Unterstützungsleistungen möglichst aus einer Hand erhalten. Sie tragen dadurch zur besseren Vernetzung von wohnortnahen Auskunfts-, Beratungs-, Koordinierungs- und Leistungsangeboten rund um die Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedürfnisse der Menschen bei.“ (Kooperationsvereinbarungen über die Errichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg gemäß § 92 c SGB XI vom 15. 12. 2008, siehe Anhang 2).

Über die Trägerschaft der Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI berät die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. (LAG), die sich aus Vertretern der Landesverbände der Pflegekassen und Krankenkassen, Vertretern der Kommunalen Landesverbände sowie Vertretern des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg zusammensetzt. Pflegestützpunkte sollten zuerst dort eingerichtet werden, wo sich ein kommunaler Träger beteiligt. Bis zum 31. Januar 2011 sollten in Baden-Württemberg 50 Pflegestützpunkte und zumindest ein Pflegestützpunkt in jedem Stadt- beziehungsweise Landkreis eingerichtet werden. Beachtung finden sollten bei der Errichtung bereits vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen sowie gewachsene Pflegeberatungsstrukturen, um Doppel- bzw. Konkurrenzstrukturen zu vermeiden. Insbesondere vorhandene oder in der kommunalen Sozialplanung vorgesehene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote sollten bei der Errichtung der Pflegestützpunkte vorrangig berücksichtigt werden.

Die gesetzliche Möglichkeit zur Errichtung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten war eines der Kernelemente des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 und ist im § 92 c SGB XI festgelegt. Die Aufgaben von Pflegestützpunkten werden hier folgendermaßen beschrieben:

- „[...] umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme bundes- oder landesrechtlich vorgesehener Sozialleistungen und sonstiger Hilfsangebote,
- Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kom-

menden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,

- Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.“

In § 3 der Kooperationsvereinbarungen über die Errichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg vom 15. 12. 2008 werden die Aufgaben der Pflegestützpunkte weiter konkretisiert:

- „(1) Die zu errichtenden Pflegestützpunkte nehmen die in § 92 c Abs. 2 SGB XI beschriebenen Aufgaben wahr. Sie müssen funktionsfähige Einrichtungen zur qualifizierten Information, Beratung und Betreuung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sein. Pflegestützpunkte bieten ein von Träger- und Leistungserbringerinteressen unabhängiges, neutrales wohnortnahes Angebot.
- (2) Leistungsentscheidungen werden nicht im Pflegestützpunkt getroffen. Sie obliegen weiterhin den jeweils zuständigen Leistungsträgern.
- (3) Die personelle Ausstattung eines Pflegestützpunktes ist so zu bemessen, dass eine durchgängige personelle Präsenz mindestens einer Fachkraft, feste Öffnungszeiten Montag bis Freitag jeweils an Vor- und Nachmittagen und in begründeten Fällen aufsuchende Beratung und anderen hilfebezogene Aufgaben im Vor- und Umfeld der Pflege geleistet werden können.
- (4) Die von den an der Errichtung bzw. am Betrieb eines Pflegestützpunktes Beteiligten in den Pflegestützpunkt entsandten Fachkräfte sind beauftragt, den Zielen des Pflegestützpunktes zu dienen.
- (5) Alle Mitarbeiter/innen im Pflegestützpunkt sind zur Neutralität verpflichtet. Ihre fachliche Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist nach den aktuell anerkannten fachlichen Standards neutral und trägerunabhängig vorzunehmen.
- (6) Die Träger der Pflegestützpunkte dokumentieren ihre Arbeit und berichten gemäß § 6 Abs. 6 über den Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte in regelmäßigen Abständen und gemäß § 6 Abs. 7 auf entsprechende Anforderung den Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte und dem Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg.“

Die Kosten eines Pflegestützpunktes in Baden-Württemberg werden in der Kooperationsvereinbarung kalkulatorisch mit einem durchschnittlichen pauschalen Aufwand von 80.000 Euro pro Jahr angesetzt. Die Kosten werden zu je einem Drittel von den gesetzlichen Krankenkassen, den Pflegekassen und den kommunalen Trägern übernommen. Die Finanzierungsträger haben die Möglichkeit, ihren Anteil ganz oder teilweise durch die Personalkosten der Pflegestützpunkt-MitarbeiterInnen zu erbringen. Die Aufteilung der Mittel der Kranken- und Pflegekassen erfolgt entsprechend über die Anzahl ihrer Versicherten. Sind neben Kranken- und Pflegekassen und den kommunalen Trägern noch

weitere Akteure am Pflegestützpunkt beteiligt, so haben diese einen entsprechenden jährlichen Pauschalbeitrag zur Finanzierung beizusteuern. Die Kosten der in den Pflegestützpunkten potenziell eingesetzten PflegeberaterInnen nach § 7 a SGB XI sowie der originären Beratungsleistungen nach SGB XII sind von den jeweiligen entsandten Stellen zu tragen.

Durch die LAG Pflegestützpunkte wurden zusätzlich Anforderungen an die Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg in Form von allgemeinen Standards festgelegt (siehe Anhang 3). Diese Standards stellen die Grundlage für die Stützpunktverträge dar, die unter Einbezug der vorhandenen Angebote und Strukturen von den Trägern der Pflegestützpunkte geschlossen werden müssen. Bei den Anforderungen an die Leistungen der Pflegestützpunkte orientieren sich die Standards zum großen Teil am gesetzlichen Auftrag der Pflegestützpunkte und den Ergänzungen aus der Kooperationsvereinbarung. Hervorzuheben sind an dieser Stelle noch einmal die beiden grundlegenden Anforderungen „Wohnortnähe“ und „Neutralität“. Eine wichtige Ergänzung liefern sie bei der Verknüpfung der Leistungen des Pflegestützpunktes mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI. Diese soll von der Errichtung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg unberührt bleiben. Dennoch muss sie bei Bedarf auch im Pflegestützpunkt angeboten werden. Dabei wird allerdings nicht konkret geklärt, wie und durch wen die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI angeboten und durchgeführt werden soll. Darüber hinaus sind die Leistungen der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in Baden-Württemberg nicht weiter definiert. Weitere Anforderungen bestehen darin, dass die Pflegestützpunkte gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein sollen, einen barrierefreien Zugang ermöglichen sowie durch entsprechende Beschilderungen für die KlientInnen gut erkennbar sein sollen. Daneben sollen die Pflegestützpunkte über feste und bedarfsgerechte Öffnungszeiten verfügen und in begründeten Fällen eine aufsuchende Beratung sicherzustellen. Neben einzelnen sächlichen Ausstattungsmerkmalen, wie für vertrauliche Beratungssituationen geeignete Räumlichkeiten, einer bedarfsgerechten Telefon- und IT-Infrastruktur, werden auch personelle Anforderungen beschrieben. Die fachspezifischen Qualifikationen umfassen ein abgeschlossenes Studium (z. B. Sozialpädagogik, Sozialarbeit) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft beziehungsweise als Sozialversicherungsangestellte/r mit der jeweiligen Zusatzqualifikation. Eventuell nicht vorliegende Qualitätsanforderungen mussten bis zum 30.06.2011 erfüllt werden.

3 Methodik der Datenerhebung

In diesem Kapitel wird die Methodik der Datenerhebung veranschaulicht, die vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) innerhalb des Evaluationsprojektes angewandt wurde. Aufgrund der Komplexität der Beratungsinfrastruktur für ältere und hilfebedürftige Menschen im Allgemeinen und der Hilfeleistungen durch Pflegestützpunkte im Speziellen wurden drei verschiedene Erhebungsinstrumente verwendet, um die unterschiedlichen Facetten abzubilden. Im Folgenden wird die Methodik der Strukturhebungen, der Auswertung der Dokumentationen der Pflegestützpunkte (Pflichtenheft) und der Fallstudien beschrieben.

3.1 Strukturhebungen

Die Strukturhebung wurde durchgeführt, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Muster in den Rahmenbedingungen und im Betrieb der Pflegestützpunkte zu identifizieren. Diese wurden anschließend zur Charakterisierung und Differenzierung der Pflegestützpunkte genutzt. Die Strukturhebung fand innerhalb zweier Erhebungswellen statt.

Die erste Strukturhebung wurde am 21.06.2011 durchgeführt. Ein erster Strukturhebungsbogen wurde auf der Grundlage der bisherigen Literatur zur Errichtung von Pflegestützpunkten (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2010, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2011 und Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg 2011) und den von der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte (LAG) definierten Mindestanforderungen zur Errichtung und zum Betrieb der Pflegestützpunkte erstellt. Die Inhalte dieses Instruments wurden in einem Expertengespräch mit VertreterInnen des Landesministeriums Baden-Württemberg und der Geschäftsstelle der LAG Pflegestützpunkte diskutiert und weiterentwickelt. Dieser Strukturhebungsbogen wurde dann im Excel-Format per E-Mail an alle 48 baden-württembergischen Pflegestützpunkte versandt (siehe Anhang 4). Damit die Bögen auch von den richtigen AnsprechpartnerInnen ausgefüllt werden konnten, wurden vor der Erhebung alle geschäftsführenden Träger der Pflegestützpunkte postalisch angeschrieben und um die Zusendung der Kontaktdaten von AnsprechpartnerInnen gebeten. In diesem Schreiben wurden die geschäftsführenden Träger außerdem über die Inhalte und die Zielsetzung der Evaluation der Pflegestützpunkte informiert. Der letzte ausgefüllte Bogen wurde nach einem Zeitraum von knapp vier Wochen am 18.07.2011 an das KDA übermittelt.

Kurz vor Ende des Projektes wurde eine zweite Strukturhebung durchgeführt. Diese zweite Strukturhebung erfolgte, um im Zuge des Wissenszuwachses über den Projektverlauf hinweg die unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen der baden-württembergischen Pflegestützpunkte weiter ausdifferenzieren sowie Ergänzungen und Veränderungen, die durch die Laufzeit entstanden sind, noch präziser dokumentieren zu können. Hierzu wurde der erste Strukturhebungsbogen entsprechend überarbeitet. Besonderes

hilfreich war, dass zu diesem Zeitpunkt bereits alle Fallstudien durchgeführt waren, so dass deren Ergebnisse bei der Weiterentwicklung des zweiten Strukturhebungsbogens (siehe Anhang 2) berücksichtigt werden konnten.

Der überarbeitete Erhebungsbogen der zweiten Strukturhebung wurde am 06.12.2012 zusammen mit der zweiten Abfrage der Daten des Pflichtenheftes per E-Mail mit einer Bearbeitungsfrist bis zum 21.12.2012 an die Pflegestützpunkte verschickt. Der letzte ausgefüllte Antwortbogen wurde am 11.01.2013 nach einem Gesamtzeitraum von rund fünf Wochen an das KDA zurückgeschickt.

Die Auswertung der beiden Strukturhebungsbögen erfolgte mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS Statistics Version 17.0 der IBM Deutschland GmbH. Hierbei wurden auch Verknüpfungen zwischen verschiedenen Items hergestellt.

3.2 Daten des Pflichtenheftes

Bereits vor Beginn der Evaluation der Pflegestützpunkte durch das KDA wurde auf Landesebene ein eigenes Instrument zur Erhebung stützpunktbezogener Daten entwickelt. Alle Pflegestützpunkte wurden dazu verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Daten dieses „Pflichtenheftes“ an die LAG Pflegestützpunkte zu versenden. Für den Evaluationszeitraum war vorgesehen, dass das KDA diese Daten auswertet. Zu den Items dieses Instruments gehörten unter anderem Angaben über die Anzahl der KlientInnen und Kontakte, über Alter und Geschlecht, Pflegeeinstufung sowie zu den Themen der Beratung (siehe Pflichtenheft, Anhang 6).

Die erste Erhebung der Daten aus dem Pflichtenheft wurde am 10.10.2011 mit einer gestellten Frist bis zum 28.10.2011 durchgeführt. Dabei sollten die Pflegestützpunkte die vollen Öffnungsmonate bis zum Erhebungszeitpunkt dokumentieren. 26 der 48 Pflegestützpunkte antworteten bei dieser Erhebung fristgerecht, weitere elf nach einer schriftlichen Erinnerung am 14.11.2011 bis zum 21.11.2011. Die restlichen fehlenden Datensätze wurden nach intensivem schriftlichem und telefonischem Nachhaken bis zum 21.12.2011 übermittelt. Die Gesamtzeit der Erhebung zwischen der ersten Abfrage und der Übermittlung des letzten Datensatzes umfasste damit mehr als zehn Wochen.

Schon frühzeitig im Projekt wurde dem KDA von vielen Pflegestützpunkten mitgeteilt, dass das Pflichtenheft nur teilweise verwendet wird. Als Gründe hierfür wurden von den Pflegestützpunkten unter anderem angegeben, dass dieser vor Ort als unpraktikabel eingeschätzt wurde oder mit der pflegestützpunktinternen Dokumentationssoftware nur schwer kompatibel sei. Eine erste Sichtung der Daten aus dem Pflichtenheft durch das KDA bestätigten den Bedarf einer Überarbeitung des Pflichtenheftes. Das KDA erarbeitete auf Wunsch des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg daher einen Vorschlag zur Überarbeitung des bisherigen

Pflichtenheftes unter Einbezug aller Anmerkungen, die von der Mehrzahl der Pflegestützpunkte entweder direkt an das KDA oder an die LAG Pflegestützpunkte schriftlich und/oder telefonisch übermittelt wurden. Die Pflegestützpunkte wurden zusätzlich am 07.03.2012 mit der Bitte angeschrieben, Vorschläge zu einer deutlicheren Zuordnung der bisher unklaren Begrifflichkeiten im Bereich der „nachgefragten Themen“ des Pflichtenheftes zu machen. Die Pflegestützpunkte aus 22 Land- und Stadtkreisen haben innerhalb einer eher kurzfristigen Zeitspanne bis zum 14.03.2012 Vorschläge eingereicht.

In einer Sitzung des Fachausschusses zur Umsetzung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg wurde schließlich vereinbart, dass aufgrund der Vielzahl der eingegangenen Stellungnahmen der Pflegestützpunkte eine Sitzung einer Arbeitsgruppe zur Überarbeitung des Pflichtenheftes – zusammengesetzt aus fünf Pflegestützpunkt-MitarbeiterInnen, Fachausschussmitgliedern sowie Herrn Tebest und Herrn Mehnert des KDA – einberufen werden sollte. Dieses Arbeitstreffen fand am 26.03.2012 im Landkreistag in Stuttgart statt. Während dieses Treffens diskutierten die Beteiligten den Entwurf des KDA für ein neues Pflichtenheft und verabschiedeten dieses Instrument mit nur geringen Änderungswünschen einvernehmlich. Zum neuen Pflichtenheft wurden ergänzend ein Glossar der verwendeten Begrifflichkeiten und Fallbeispiele für die korrekte Dokumentation entwickelt. Diesem Ergebnis wurde vom Vorstand der LAG Pflegestützpunkte nach einem Umlaufverfahren zugestimmt. Am 24.04.2012 ging eine schriftliche Information an die Pflegestützpunkte, dass ihre Leistungen ab dem 01.06.2013 nach dem in der E-Mail angefügten überarbeiteten Pflichtenheft dokumentiert werden sollen (überarbeitetes Pflichtenheft siehe Anhang 7).

Um trotz dieser unerwarteten Änderung im Projektplan der Evaluation trotzdem möglichst aussagekräftige Daten aus dem neuen Pflichtenheft zu generieren, wurde ein Erhebungszeitraum von sechs Monaten (bis 31.11.2012) beschlossen. Kurze Zeit nach Ende dieser Dokumentationsperiode erfolgte am 06.12.2012 durch das KDA die Abfrage der Daten aus dem überarbeiteten Pflichtenheft per E-Mail an die Pflegestützpunkte. Nach Verstreichen der Abgabefrist hatten 32 der 48 Pflegestützpunkte Daten übermittelt. Einige Pflegestützpunkte erbaten sich zusätzliche Bearbeitungszeit aufgrund jahreszeitlich bedingter Personalknappheit. Zudem meldeten verschiedene Pflegestützpunkte, dass eine für ihre Begriffe kurzfristige Datenübermittlung mittels der verwendeten Erhebungsoftware aus technischen Gründen nicht möglich sei. Aus diesen Gründen wurde einer von mehreren Pflegestützpunkten gewünschte Fristverlängerung bis zum Beginn der zweiten Kalenderwoche (07.01.2013) zugestimmt. Der letzte Datensatz ist schließlich am 14.01.2013 im KDA eingetroffen. Ende Januar teilten drei Pflegestützpunkte dem KDA mit, dass sie elementare Veränderungen an den ans KDA versandten Daten vornehmen müssten, da sie bemerkt hätten, dass die Datenabfrage fehlerhaft wäre. Im Besonderen wurden dem KDA technische Probleme bei der Datenabfrage mittels der verwendeten Dokumentationsprogramme genannt.

Am 04.02.2013 erreichte das KDA der letzte korrigierte Datensatz. Zusammengenom-

men betrug die Zeitspanne zwischen dem Versand der Abfrage der Pflichtenheft-Daten bis zur Übermittlung des letzten korrigierten Datensatzes beinahe acht Wochen. Obwohl den MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte die Abfrage der Daten lange vorher angekündigt worden war, war es doch einer hohen Anzahl von Pflegestützpunkten nicht möglich, in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen die entsprechenden Daten zu liefern. Diese sicherlich in den meisten Fällen technisch verursachten Verzögerungen hatten einen erheblichen zeitlichen Rückstand für den Beginn der Datenauswertung und der Berichtslegung zur Folge.

Im vorliegenden Bericht werden – insbesondere im Rahmen der Auswertungen der Daten des Pflichtenheftes – die Anteilswerte auf die dokumentierten Fälle innerhalb der Erhebungsvariablen bezogen. Da nicht bei allen neuen KlientInnen oder Kontakten sämtliche Variablen des Pflichtenheftes dokumentiert wurden, entspricht bei einigen abgefragten Variablen die Grundgesamtheit (n) nicht der Gesamtzahl der neuen KlientInnen beziehungsweise der Gesamtzahl der Kontakte. Diese fehlende Dokumentation kann vielfältige Gründe haben. Zum einen könnten die KlientInnen Antworten in dieser Kategorie verweigert haben, zum anderen könnten bestimmte Erhebungsvariablen zum Beispiel aus Zeitgründen erst gar nicht abgefragt worden sein. Wie bei statistischen Auswertungen üblich, wurden fehlende Angaben herausgerechnet und vermindern dadurch die Grundgesamtheit (n). Beispielsweise wurden nur bei 41.653 Kontakten der insgesamt 43.119 Kontakte Angaben über die Dauer der Kontakte gemacht. Entsprechend bilden 41.653 (dokumentierte) Kontakte die Grundgesamtheit der Gesprächsdauer-Auswertung.

3.3 Anfertigung von Fallstudien

Fallstudien dienen dazu, Einzelpersonen, Gruppen oder einzelne Angebote oder Organisationen zu erforschen. Durch die Fallstudie versucht der Forscher/die Forscherin explorativ und beschreibend Aussagen über den Untersuchungsgegenstand zu machen. Bei der Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg wurde die Durchführung von Fallstudien eingesetzt, um die Interpretation der quantitativen Daten auch vor dem Hintergrund qualitativer Erhebungen durchführen zu können. Aufgrund der notwendigen Überarbeitung des Pflichtenheftes war es in Baden-Württemberg leider nicht möglich, schon vor den Fallstudien aussagekräftige Daten über die Nachfrage der besuchten Pflegestützpunkte zu erhalten. Aus diesem Grund wurde der Fokus bei den durchgeführten Fallstudien darauf gelegt, die konzeptionellen Unterschiede der Pflegestützpunkte genauer zu untersuchen. Da diese Konzeption der Pflegestützpunkte immer auf der Ebene des Landkreises bzw. des Stadtkreises entwickelt und abgestimmt wurde, wurden bei den Fallstudien stets auch alle eingerichteten Pflegestützpunkte des betreffenden Kreises besucht. Die Charakterisierung der ausgewählten sieben kommunalen Gebietskörperschaften (siehe Tabelle 1) mit insgesamt zehn Pflegestützpunkten macht deutlich, wie unterschiedlich die soziodemographischen Gegebenheiten vor Ort aussehen und damit die Rolle der Pflegestützpunkte direkt beeinflussen.

Tabelle 1: Basisdaten der ausgewählten Fallstudien

Kreis	Anzahl PSP	Gebietskategorie	Datum des Besuchs	EinwohnerInnen (Stand: 21.12.12)	Fläche in km ²	Bevölkerungsdichte
Baden-Baden	1	Stadtkreis	23.03.2012	54.461	140,21	388
Breisgau-Hochschwarzwald	1	Landkreis	19.04.2012	252.327	1.378,33	183
Esslingen	2	Landkreis	14.05.2012	517.205	641,49	806
Karlsruhe	2	Landkreis	22.03.2012	432.977	1.084,98	399
Ostalbkreis	1	Landkreis	29.03.2012	310.365	1.511,57	205
Stuttgart	2	Stadtkreis	22.05.2012	613.392	207,36	2.958
Tübingen	1	Landkreis	26.04.2012	221.977	519,18	428

Die Auswahl der betreffenden Fallstudien erfolgte über gebiets- und konzeptionsspezifische Charakteristika bzw. Alleinstellungsmerkmale, die in der ersten Strukturhebung genannt wurden und auch potentiell existierende Vorstrukturen mit einbezogen.

Der Pflegestützpunkt im Stadtkreis Baden-Baden wurde ausgewählt, da ein besonders hoher Altersdurchschnitt im Kreis vorliegt. Der Pflegestützpunkt in Bad Krozingen im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald wurde vor allen Dingen wegen fehlender Vorstrukturen am Errichtungsort des Pflegestützpunktes sowie seines kleinräumigen Ansatzes ausgewählt. Die Entscheidung für die beiden Pflegestützpunkte im Landkreis Esslingen wurde durch ihre besondere Konzeption in Form von sieben „Teilpflegestützpunkten“ sowie den sehr ausgeprägten kommunalen Vorstrukturen im Kreis getroffen. Die beiden Pflegestützpunkte in Bruchsal und Ettlingen im Landkreis Karlsruhe wurden wegen ihres kleinen Geltungsbereiches sowie ihrer detaillierten Verträge mit den kreisangehörigen Städten und Gemeinden als Fallstudie bestimmt. Der Pflegestützpunkt in Aalen im Ostalbkreis wurde dagegen wegen seines ländlichen Kreischarakters und Geltungsbereiches ausgewählt. Die Besonderheiten der beiden Pflegestützpunkte im Stadtkreis Stuttgart liegen in ihrer Verortung in ein und demselben Gebäude sowie in ihrer umfangreichen Vorstruktur. Die Wahl des Pflegestützpunktes im Landkreis Tübingen erfolgte letztendlich aufgrund seiner Einbindung von Leistungserbringern in seine Beratungs- und Pflegestützpunktkonzeption.

Die Durchführung der Fallstudien vor Ort erfolgte zwischen dem 22.03.2012 und dem 22.05.2012. Für die Besuche der Pflegestützpunkte wurde ein Interviewleitfaden (siehe Anhang 8) entwickelt, der unter anderem Fragen zu den Leistungen, deren Dokumentation und zu den Vernetzungs- und Marketingaktivitäten enthielt. Bei den Besuchen vor Ort wurden nach Möglichkeit sowohl die Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte als auch VertreterInnen der Träger der Pflegestützpunkte befragt. Um weitere Informationsquellen zu erhalten, wurde bei den Besuchen eine Sichtung der vorhandenen Dokumente, Statistiken und Informationsmaterialien vorgenommen.

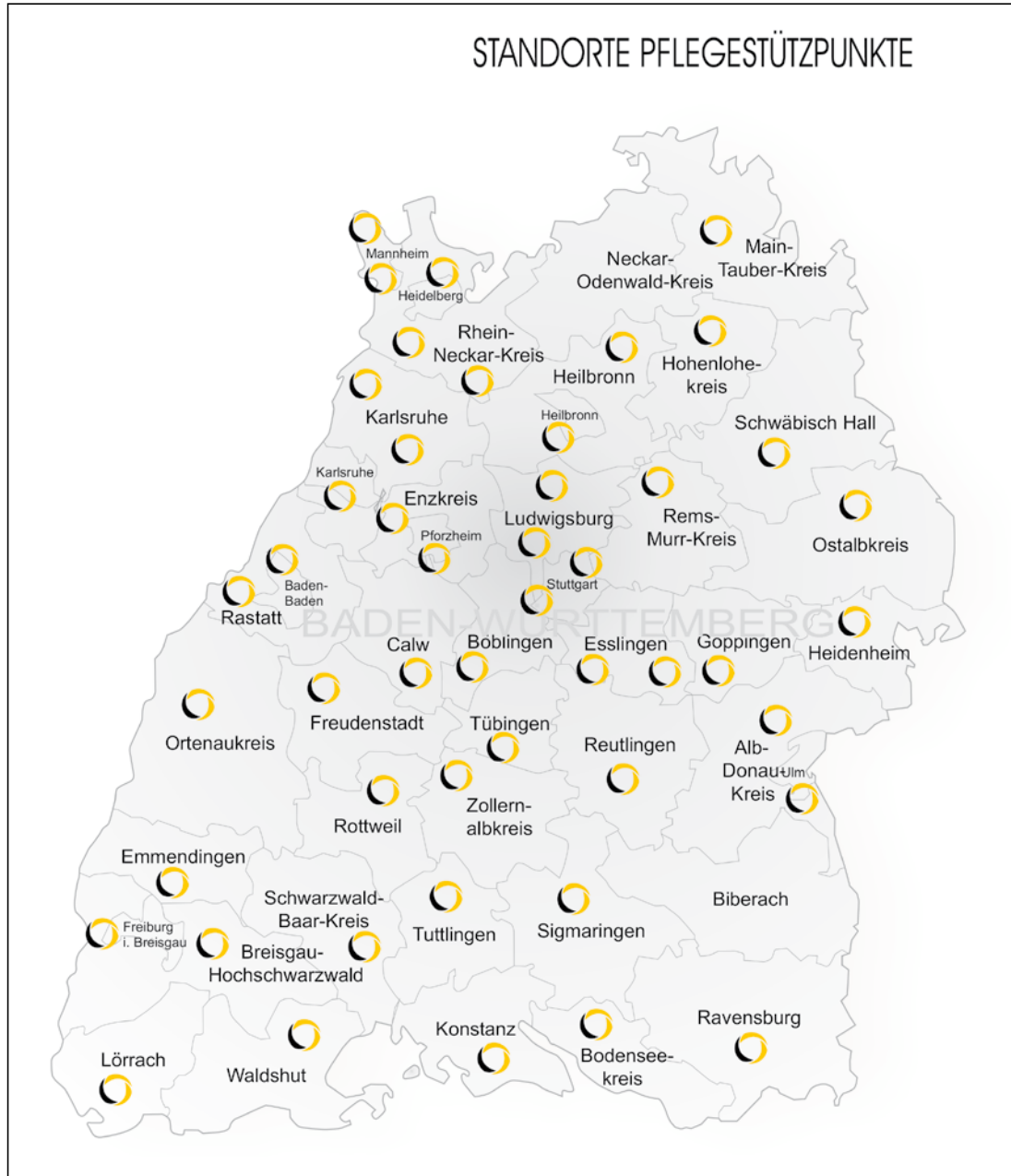
4 Ergebnisse der Strukturhebung

Im folgenden Kapitel werden die strukturellen Merkmale der in Baden-Württemberg errichteten Pflegestützpunkte untersucht. Grundlage der Untersuchung sind die Daten, die in den beiden Strukturhebungen (21.06.2011 und 06.12.2012) von den Pflegestützpunkten erhoben wurden.

4.1 Standorte und Geltungsbereiche der Pflegestützpunkte

In 42 der 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sind Pflegestützpunkte (PSP) errichtet worden. Wie in der Kooperationsvereinbarung zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg vorgesehen (siehe Anhang 2), wurde in der Regel ein Pflegestützpunkt pro kommunale Gebietskörperschaft implementiert. In sechs Kreisen wurde von dieser Regel abgewichen: In den Landkreisen Esslingen, Karlsruhe, Ludwigsburg sowie im Rhein-Neckar-Kreis und den beiden Stadtkreisen Mannheim und Stuttgart wurden jeweils zwei Pflegestützpunkte eröffnet. Lediglich die Landkreise Biberach und Neckar-Odenwald-Kreis haben bisher von einer Errichtung von Pflegestützpunkten abgesehen. Damit existieren insgesamt 48 Pflegestützpunkte, von denen sich 37 in einem Landkreis und 11 in einem Stadtkreis von Baden-Württemberg befinden (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1: Standorte der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg
(Stand: 03/2013)**



Quelle: LAG Pflegestützpunkte e. V.

In Baden-Württemberg haben die Pflegestützpunkte fest definierte Geltungsbereiche, für deren BürgerInnen sie zuständig sind.

Tabelle 2: Geltungsbereiche der Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkt	Bevölkerung im Geltungsbereich
Alb-Donau-Kreis	190.182
Landkreis Böblingen	26.500
Bodenseekreis	210.000
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	252.500
Landkreis Calw	156.919
Landkreis Emmendingen	159.179
Enzkreis	30.500
Landkreis Esslingen Nordwest	150.000
Landkreis Esslingen Südost	150.000
Landkreis Freudenstadt	122.000
Landkreis Göppingen	252.229
Landkreis Heidenheim	130.719
Landkreis Heilbronn	329.054
Hohenlohekreis	109.265
Landkreis Karlsruhe Bruchsal	93.408
Landkreis Karlsruhe Ettlingen	91.900
Landkreis Konstanz	278.983
Landkreis Lörrach	89.788
Landkreis Ludwigsburg Landkreis	330.000
Landkreis Ludwigsburg Städte	193.000
Landkreis Main-Tauber-Kreis	132.776
Ortenaukreis	418.515
Ostalbkreis	310.365
Landkreis Rastatt	226.851
Landkreis Ravensburg	278.607
Rems-Murr-Kreis	420.000
Landkreis Reutlingen	281.017
Rhein-Neckar-Kreis/Walldorf	269.838
Rhein-Neckar-Kreis/Weinheim	269.839
Landkreis Rottweil	138.536
Landkreis Schwäbisch Hall	188.449
Schwarzwald-Baar-Kreis	206.214
Landkreis Sigmaringen	132.000
Landkreis Tübingen	222.482
Landkreis Tuttlingen	135.000
Landkreis Waldshut	166.140
Zollernalbkreis	190.000

Pflegestützpunkt	Bevölkerung im Geltungsbereich
Baden-Baden	53.326
Freiburg	229.144
Heidelberg	136.238
Stadt Heilbronn	124.250
Karlsruhe	302.001
Mannheim Südlich des Neckars	156.000
Mannheim Nördlich des Neckars	167.000
Pforzheim	116.882
Stuttgart Innere Stadtbezirke	185.390
Stuttgart Äußere Stadtbezirke	389.140
Ulm	123.000
Summe	9.315.126*

* Die unterschiedlichen Summen der BürgerInnen innerhalb des Geltungsbereiches aus Tabelle 2 und Tabelle 3 resultieren aus verschiedenen Stichtagen des Bevölkerungsstandes nach Angaben der PSP aus der Strukturerhebung und eigenen Recherchen des KDA. Die Differenz von 27.796 Personen entspricht einer Abweichung von 0,3 % und beeinflusst das Untersuchungsergebnis nur marginal.

Wie Tabelle 2 zeigt, sind diese, teilweise mit bis zu 420.000 EinwohnerInnen, sehr groß. Dies liegt auch daran, dass in der Regel, das heißt in 37 von 42 Kreisen, die Geltungsbereiche der Pflegestützpunkte das gesamte Kreisgebiet umfassen. Ausnahmen bilden lediglich die Landkreise Böblingen, Enzkreis, Esslingen, Karlsruhe und Lörrach, in denen nicht alle BewohnerInnen im Geltungsbereich eines Pflegestützpunktes wohnen. Die Bevölkerungszahl dieser fünf Landkreise übersteigt die Bevölkerungszahl im Geltungsbereich der Pflegestützpunkte in diesen Kreisen um insgesamt 1.107.624 Personen. Zusammen mit der Bevölkerungszahl der beiden Kreise, die keine Pflegestützpunkte errichtet haben (335.681 EinwohnerInnen), wohnen somit insgesamt 1.443.305 Menschen außerhalb des Geltungsbereiches eines Pflegestützpunktes. Bei einer Gesamtbevölkerung von 10.786.227 Menschen in Baden-Württemberg (Stand 31.12.2011) entspricht dies einem Bevölkerungsanteil von 13,4 %, der außerhalb des Geltungsbereiches eines Pflegestützpunktes wohnt. Auffällig ist, dass diese Zahl nur zu einem geringen Anteil (23,3 %) durch die beiden Kreise bestimmt wird, in denen keine Pflegestützpunkte errichtet worden sind. Einen viel größeren Anteil machen die Kreise aus, bei denen sich gezielt dazu entschlossen wurde, den Geltungsbereich zu verkleinern. Durch diese Verkleinerung wohnt in diesen Kreisen im Durchschnitt deutlich weniger als die Hälfte der Kreisbevölkerung außerhalb des Geltungsbereiches eines Pflegestützpunktes (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: BürgerInnen außerhalb des Geltungsbereiches eines Pflegestützpunktes

Landkreise	EW insgesamt (31.12.2011)**	BürgerInnen innerhalb des Geltungs- bereiches	BürgerInnen außerhalb des Geltungs- bereiches	Anteil Einwoh- nerInnen des Kreises außerhalb des Geltungs- bereiches
Böblingen	372.334	26.500	345.834	92,9 %
Enzkreis	193.918	30.500	163.418	84,3 %
Esslingen LK	517.205	300.000	217.205	42,0 %
Karlsruhe LK	432.977	185.308	247.669	57,2 %
Lörrach	223.286	89.788	133.498	59,8 %
[Neckar- Odenwald]	[146.158]	0	146.158	100,0 %
[Biberach]	[189.523]	0	189.523	100,0 %
Summe	2.327.728	632.096	1.443.305	Ø 62,0 %
Baden- Württemberg	10.786.227	9.342.922 (86,6 %)*	1.443.305 (13,4 %)	

* Die unterschiedlichen Summen der BürgerInnen innerhalb des Geltungsbereiches aus Tabelle 2 und Tabelle 3 resultieren aus verschiedenen Stichtagen des Bevölkerungsstandes nach Angaben der PSP aus der Strukturhebung und eigenen Recherchen des KDA. Die Differenz von 27.796 Personen entspricht einer Abweichung von 0,3 % und beeinflusst das Untersuchungsergebnis nur marginal.

** Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013, Stand: 04.03.2013

Bei der Untersuchung der Standorte und Geltungsbereiche der Pflegestützpunkte wurde deutlich, dass in den baden-württembergischen Stadt- und Landkreisen unterschiedliche Standortmodelle von Pflegestützpunkten errichtet worden sind. Insgesamt können fünf unterschiedliche Standortmodelle differenziert werden:

1. Das „einfachste“ Modell haben Kreise mit **singulären Pflegestützpunkten**. Bei diesem Modell gibt es mit dem Pflegestützpunkt eine Anlaufstelle für die BürgerInnen. Darüber hinaus werden keine weiteren Beratungs- und Anlaufstellen den Pflegestützpunkten zugeordnet. Dieses Modell wird in den folgenden 16 Kreisen mit insgesamt 16 Pflegestützpunkten verfolgt:

- Landkreis Böblingen
- Bodenseekreis
- Landkreis Emmendingen
- Landkreis Heilbronn
- Hohenlohekreis
- Ludwigsburg Landkreis
- Landkreis Rastatt
- Rems-Murr-Kreis
- Landkreis Rottweil
- Landkreis Sigmaringen

- Landkreis Tuttlingen
 - Baden-Baden
 - Heidelberg
 - Heilbronn Stadt
 - Pforzheim
 - Ulm
2. Ganz anders verhält es sich bei Kreisen mit Pflegestützpunkten, die aus „**Teilpflegestützpunkten**“ bestehen. Bei diesem Standortmodell ist der Pflegestützpunkt aus mehreren gleichberechtigten Anlaufstellen aufgebaut – den sogenannten Teilpflegestützpunkten –, die mit jeweils eigenem Personal vergleichbare Beratungsangebote anbieten. Insgesamt sechs Pflegestützpunkte in vier verschiedenen Kreisen geben an, dass ihre Pflegestützpunkt-Konzeption aus mehreren gleichrangigen Anlaufstellen besteht. Dies betrifft die beiden Pflegestützpunkte im Landkreis Esslingen, den für die Städte zuständigen Pflegestützpunkt im Kreis Ludwigsburg, beide Pflegestützpunkte im Rhein-Neckarkreis sowie den Pflegestützpunkt in der Stadt Karlsruhe. Veranschaulicht werden kann dieser Konzeptionstyp beispielsweise durch die Pflegestützpunkte im Landkreis Esslingen. Die Vereinbarungspartner haben sich im Landkreis dazu entschieden, zwei Pflegestützpunkte zu errichten, deren Aufgaben an insgesamt sieben gleichberechtigten Standorten erfüllt werden. Der Landkreis Esslingen ist geschäftsführender Träger der beiden Pflegestützpunkte und übernimmt in dieser Rolle auch Aufgaben bei der Koordinierung der sieben Standorte.
3. Bei dem Modell „**Pflegestützpunkte mit Außenstellen**“ werden ebenfalls weitere Anlaufstellen den Pflegestützpunkten hinzugerechnet. Bei Pflegestützpunkten mit Außenstellen bietet das Personal des Pflegestützpunktes außerhalb der eigenen Räumlichkeiten Beratungsangebote in Form von regelmäßigen Sprechstunden an. Diese Orte der Beratungsangebote werden als Außenstellen bezeichnet und stellen oft Rathäuser benachbarter Kommunen oder Begegnungsstätten dar. Insgesamt geben acht Pflegestützpunkte an, über solche Außenstellen zu verfügen. Dies sind der Pflegestützpunkt im Kreis Calw, der Pflegestützpunkt in Heidenheim, die Pflegestützpunkte im Landkreis Karlsruhe, der Pflegestützpunkt im Main-Tauber-Kreis sowie die Pflegestützpunkte im Ostalbkreis, im Kreis Schwäbisch-Hall und im Schwarzwald-Baar-Kreis. Beispielhaft für das Pflegestützpunkt-Konzept mit Außenstellen kann der Ostalbkreis angeführt werden, dessen Vereinbarungspartner sich, u. a. aufgrund der großen Fläche des Kreisgebietes, auf ein dezentrales Modell mit drei Standorten geeinigt haben. So bietet der Pflegestützpunkt, dessen geschäftsführender Träger der Landkreis ist, für die Bürgerinnen und Bürger des Ostalbkreises eine persönliche Anlaufstelle im Landratsamt Aalen sowie in den beiden Außenstellen des Landratsamtes in Schwäbisch Gmünd und Ellwangen.

4. Das Modell mit der größten Verbreitung unter den 48 eingerichteten Pflegestützpunkten sind „**Pflegestützpunkte mit Kooperierenden Beratungsstellen**“. Kooperierende Beratungsstellen sind weitere Anlaufstellen, die im Auftrag des geschäftsführenden Trägers des Pflegestützpunktes eine Leistung erbringen, die mit der des Pflegestützpunktes vergleichbar ist. Dies können zum einen kommunale Beratungsvorstrukturen sein, die vom Träger des Pflegestützpunktes beauftragt worden sind, für ihn die Beratungsleistungen durchzuführen, oder aber auch beauftragte Beratungseinrichtungen, deren Personal bei Wohlfahrtsunternehmen oder sonstigen Leistungserbringern angestellt ist. Insgesamt 14 Pflegestützpunkte und somit 29,2 % aller Pflegestützpunkte zählen sich selbst allein zu diesem Konzeptionstyp. Das Pflegestützpunkt-Konzept im Landkreis Tübingen soll an dieser Stelle zur Veranschaulichung dienen. Im Konzept des Kreises werden die Beratungsleistungen des Pflegestützpunktes von den fünf ehemaligen IAV-Stellen erbracht. Der Landkreis fungiert als geschäftsführender Träger in einer „übergeordneten“ Koordinierungsfunktion. Vier der fünf ehemaligen IAV Stellen werden weiterhin von Leistungserbringern betrieben und fungieren als „Kooperierende Beratungsstellen“, während der einzige Träger einer ehemaligen IAV-Stelle, bei dem es sich nicht um einen Leistungserbringer handelt, die Rolle eines „Beauftragten Dritten“ vom Landratsamt zugewiesen bekam.
5. Vier Pflegestützpunkte geben an, Charakteristika mehrerer Pflegestützpunkttypen zu besitzen und werden daher dem 5. Modell „**Mischformen**“ zugeordnet. So definieren sich die Pflegestützpunkte in Konstanz und der Pflegestützpunkt im Kreis Reutlingen als Teilpflegestützpunkte, die auch Beratungsleistungen in Außenstellen anbieten. Der Pflegestützpunkt im Alb-Donau-Kreis definiert sich über Teilpflegestützpunkte mit zusätzlichen Kooperierenden Beratungsstellen. Der Pflegestützpunkt im Ortenaukreis rechnet sich der Teilpflegestützpunkt-Konzeption zu, der zusätzlich über Kooperierende Beratungsstellen verfügt sowie seine Beratungsleistungen auch in Außenstellen anbietet.

Eine Verknüpfung der Standortmodelle mit den Geltungsbereichen verdeutlicht noch einmal, dass die Geltungsbereiche pro Pflegestützpunkt insgesamt gesehen als zu groß eingeschätzt werden müssen. Den durchschnittlich geringsten Geltungsbereich haben die acht Pflegestützpunkte mit Außenstellen (163.844 BewohnerInnen), gefolgt von den 16 „singulären“ Pflegestützpunkten mit durchschnittlich 173.130 BewohnerInnen im Geltungsbereich. Die 14 Pflegestützpunkte mit „Kooperierenden Beratungsstellen“ haben durchschnittlich 195.066 Menschen in ihrem definierten Geltungsbereich. Die sechs Pflegestützpunkte, die aus Teilpflegestützpunkten bestehen, sind nach eigenen Angaben für durchschnittlich 222.446 Menschen, die vier Mischformen für durchschnittlich 292.174 Menschen im Geltungsbereich zuständig. Im Durchschnitt leben im Geltungsbereich eines Pflegestützpunktes in Baden-Württemberg 194.065 Menschen (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Durchschnittlicher Geltungsbereich nach Pflegestützpunkt-Konzeption

Pflegestützpunkt-Konzeption	Anzahl PSP	Ø Bevölkerung im Geltungsbereich
Singulärer Pflegestützpunkt	16	173.130
Teilpflegestützpunkt	6	222.446
Pflegestützpunkt mit Außenstellen	8	163.844
Pflegestützpunkt mit Kooperierenden Beratungsstellen	14	195.066
Mischform	4	292.174
Alle Pflegestützpunkte	48	194.065

Es ist schwer vorstellbar, dass ein (singulärer) Pflegestützpunkt für gut 170.000 Menschen Leistungen erbringt, die allen Anforderungen an Pflegestützpunkte nach dem § 92 c SGB XI gerecht werden. Relativiert werden muss diese Aussage allerdings bei allen 32 Pflegestützpunkten, die weitere Beratungsstellen dem Pflegestützpunkt hinzurechnen und damit ihren BürgerInnen teilweise deutlich mehr Beratungsstellen zur Verfügung stellen. Die sieben Teilpflegestützpunkte im Landkreis Esslingen sind beispielsweise jeder nur für durchschnittlich etwa 40.000 EinwohnerInnen zuständig.

Auch bei den 16 Pflegestützpunkten, die nur aus einem singulären Pflegestützpunkt ohne weitere Anlaufstellen bestehen, ist es wichtig, auf zwei Gegebenheiten zu verweisen. Zum einen gibt es auch zwischen diesen Pflegestützpunkten erhebliche Unterschiede bei der Größe der Geltungsbereiche. So verfügt Böblingen beispielsweise über einen sehr kleinen Geltungsbereich von 26.500 EinwohnerInnen (siehe Tabelle 5). Zum anderen gibt es in den Geltungsbereichen in der Regel auch weitere Beratungsangebote, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen, aber nicht den Pflegestützpunkten zugeordnet werden. Diese Rahmenbedingung betrifft natürlich auch alle anderen Pflegestützpunkte. Um die Größe der Geltungsbereiche besser bewerten zu können, wäre es erforderlich, die gesamte Beratungsinfrastruktur für ältere und hilfebedürftige Menschen innerhalb des Geltungsbereiches zu kennen. Diese Daten liegen allerdings bisher für keine baden-württembergischen Stadt- oder Landkreise vollständig vor.

Tabelle 5: Geltungsbereiche der singulären Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkt	Geltungsbereich
Landkreis Böblingen	26.500
Bodenseekreis	210.000
Landkreis Emmendingen	159.179
Landkreis Heilbronn	329.054
Hohenlohekreis	109.265
Landkreis Ludwigsburg Landkreis	330.000
Landkreis Rastatt	226.851
Rems-Murr-Kreis	420.000
Landkreis Rottweil	138.536
Landkreis Sigmaringen	132.000
Landkreis Tuttlingen	135.000
Baden-Baden	53.326
Heidelberg	136.238
Stadt Heilbronn	124.250
Pforzheim	116.882
Ulm	123.000

4.2 Zugang zu den Leistungen

47 der 48 Pflegestützpunkte haben feste Öffnungszeiten, die es den Rat- und Hilfesuchenden erlauben, den Pflegestützpunkt persönlich aufzusuchen. Alle diese Pflegestützpunkte bieten sowohl vormittags als auch nachmittags Sprechzeiten an, obgleich diese nicht in allen Fällen täglich angeboten werden. Der Pflegestützpunkt im Landkreis Tuttlingen hat demgegenüber nur einen Anrufbeantworter in den Büroräumen geschaltet, der rund um die Uhr an sieben Tagen der Woche erreichbar ist. Nachdem durch die KlientInnen eine Beratungsanfrage ausgesprochen wurde, stellen die MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes den Kontakt her und vereinbaren einen Termin. Eine interne Vorgabe des Pflegestützpunktes besagt, dass innerhalb von 24 Stunden auf eine Kontaktanfrage ein Rückruf durch eine/n MitarbeiterIn erfolgen muss. Der Pflegestützpunkt im Landkreis Tuttlingen kann somit als virtueller Pflegestützpunkt ohne echte Anlaufstelle beschrieben werden und erfüllt damit nicht die baden-württembergischen Anforderungen an einen Pflegestützpunkt.

In allen Pflegestützpunkten können bei Bedarf auch außerhalb der Öffnungszeiten Termine vereinbart werden. Regulär haben jedoch nur fünf Pflegestützpunkte (Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, Kreis Calw, Kreis Karlsruhe Bruchsal und Ettlingen sowie Stadtkreis Baden-Baden) auch nach 18 Uhr geöffnet und bieten somit Öffnungszeiten, die sich mit den Arbeitszeiten berufstätiger KlientInnen und Angehöriger besser vereinbaren lassen. Zusätzlich bieten weitere acht Pflegestützpunkte (Alb-Donau-Kreis, Kreis Lörrach, Kreis Ludwigsburg Landkreis und Städte, Ostalbkreis, Kreis Rottweil, Kreis Tutt-

lingen sowie Stadt Heilbronn) bei konkretem Bedarf Öffnungszeiten nach 18 Uhr an. Fünf Pflegestützpunkte (Alb-Donau-Kreis, Kreis Ludwigsburg Landkreis und Städte, Kreis Sigmaringen sowie Kreis Tuttlingen) sind ebenso nach entsprechender Vereinbarung am Wochenende den Rat- und Hilfesuchenden für Hilfeleistungen zugänglich.

Alle Pflegestützpunkte bieten eine zugehende Beratung an, die es den KlientInnen erlaubt, die Leistungen der Pflegestützpunkte in der eigenen Häuslichkeit zu erhalten. Diese zugehende Beratung stellt sicher, dass auch weniger mobile Rat- und Hilfesuchende die Leistungen der Pflegestützpunkte erhalten können.

Mit 16 Pflegestützpunkten bietet ein Drittel aller Pflegestützpunkte ihre Leistungen in weiteren Einrichtungen in Form von Sprechstunden an. Diese Option bieten 13 der 37 Pflegestützpunkte in Landkreisen (35,1 %) und drei der 11 Pflegestützpunkte in Stadtkreisen (27,3 %) an. Die Örtlichkeiten, in denen die Leistungen der Pflegestützpunkte angeboten werden, umfassen hauptsächlich die Rathäuser der Kommunen, die sich im Geltungsbereich befinden, sowie Bürgertreffs oder Stadtteilbüros. Die Anzahl der Orte, an denen Außensprechstunden der Pflegestützpunkte stattfinden, variiert erheblich. Sie reicht von zwei Einrichtungen im Landkreis Heidenheim bzw. Main-Tauber-Kreis bis hin zu regelmäßigen Sprechstunden in zehn Stadtteilbüros, Rathäusern und Bürgertreffs des Kreises Reutlingen, die von insgesamt zwölf MitarbeiterInnen im Umfang von 4,15 Vollzeitäquivalenten durchgeführt werden. An dieser Stelle ist auffällig, dass sich nicht alle Pflegestützpunkte mit Sprechstunden dem Standortmodell mit Außenstellen zuordnen. Dies bedeutet, dass nicht alle Pflegestützpunkte die Orte, an denen Sprechstunden durchgeführt werden, als Außenstellen bezeichnen.

4.3 Vorstrukturen

In den Räumlichkeiten von rund zwei Dritteln (32 Pflegestützpunkte) aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte befanden sich vor deren Etablierung bereits andere Beratungsangebote. In 27 Fällen befand sich die Vorstruktur in der Trägerschaft der Kommune, in fünf weiteren Fällen in anderer Trägerschaft. 16 Vorstrukturen, die in denselben Räumlichkeiten untergebracht waren, gingen vollständig in den Pflegestützpunkt über, acht Vorstrukturen nur zu einem gewissen Teil. Weitere acht Vorstrukturen in den Räumlichkeiten der Pflegestützpunkte bestehen nach Angaben aus der Strukturhebung auch weiterhin neben dem Pflegestützpunkt fort.

Diese Ergebnisse zeigen einerseits, dass durch Pflegestützpunkte in 16 Fällen neue Beratungsangebote geschaffen worden sind und sie folglich die bestehende Beratungsinfrastruktur weiterentwickelt haben. Andererseits wird durch diese Ergebnisse auch deutlich, dass es oftmals (in 16 Fällen) nicht gelungen ist, an den Standorten der Pflegestützpunkte ein Beratungsangebot zu schaffen, das unter einer eindeutigen Begrifflichkeit angeboten wird. So bestehen in Tübingen beispielsweise sowohl die Angebote der ehemaligen

IAV-Stellen als auch die Leistungen des Pflegestützpunktes an den Standorten fort, was zu großen Abgrenzungsproblemen der MitarbeiterInnen vor Ort führt.

Die Angaben zu den Vorstrukturen in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte bestätigen, dass durch Pflegestützpunkte neue Beratungsangebote geschaffen werden konnten. So gab es in 18 Geltungsbereichen vor der Errichtung der Pflegestützpunkte kein kommunales Beratungsangebot. Ein Beratungsangebot der Kranken- und Pflegekassen wurde sogar in 36 Geltungsbereichen nicht vorgehalten. Die häufigsten Vorstrukturen in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte waren in Trägerschaft Dritter, z. B. von Wohlfahrtsverbänden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Vorstrukturen in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte

Existenz einer Vorstruktur	Ja		Nein	
Art der Vorstruktur	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Kommunale Vorstruktur	30	62,5 %	18	37,5 %
Vorstruktur der Kranken- und Pflegekassen	12	25,0 %	36	75,0 %
Vorstruktur Dritter	33	68,8 %	15	31,2 %

Die Befürchtung, dass durch Pflegestützpunkte bestehende Strukturen zerschlagen werden, kann durch die Ergebnisse der Strukturhebung nicht bestätigt werden. So bestehen von den 30 kommunalen Beratungsangeboten, die es vor der Errichtung der Pflegestützpunkte in deren Geltungsbereich gab, 18 in vollem Umfang weiter fort, und in sechs Fällen wurde die Beratungsstelle teilweise weitergeführt. Nur in weiteren sechs Fällen wurden kommunale Beratungsstellen im Zuge der Errichtung der Pflegestützpunkte geschlossen. Von den zwölf Beratungsstellen in Trägerschaft der Kassen bestehen sogar zehn in unveränderter und eine in modifizierter Form fort während nur eine geschlossen wurde. Ein ähnliches Bild zeigen die 33 Beratungsstellen in der Trägerschaft Dritter. In 27 Fällen bestehen diese Beratungsstellen neben dem Pflegestützpunkt unverändert weiter, fünf Beratungsstellen wurden teilweise und nur eine nicht weitergeführt (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Entwicklung der Beratungsinfrastruktur in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte

Art der Vorstruktur	Anzahl	Davon voll weitergeführt	Davon modifiziert weitergeführt	Davon geschlossen
Kommunale Vorstruktur	30	18	6	6
Vorstruktur der Kranken- und Pflegekassen	12	10	1	1
Vorstruktur Dritter	33	27	5	1
Summe	75	55	12	8

4.4 Dokumentation der Leistungen

Durch die Errichtung der Pflegestützpunkte und der Formulierung von Mindestanforderungen an die Dokumentation durch das Pflichtenheft wurden in den Pflegestützpunkten neue Dokumentationssysteme implementiert. Hierdurch wird es nun möglich, die Daten verschiedener Beratungsstellen gemeinsam auszuwerten. Bis auf vier Pflegepflegestützpunkte haben sich alle baden-württembergischen Pflegestützpunkte inzwischen auf eine Softwarelösung zur Dokumentation ihrer Leistungen festgelegt. Bisher keine Software nutzen die Pflegestützpunkte im Alb-Donau-Kreis und im Kreis Reutlingen sowie die Pflegestützpunkte der Stadtkreise Heidelberg und Pforzheim. Mit 47,7 % (21 Pflegestützpunkte) wird die Software „SynCASE“ der Firma Synectic software & services GmbH aus Berlin am häufigsten in den Pflegestützpunkten von Baden-Württemberg verwendet. In zwölf Pflegestützpunkten (27,3 %) fiel die Wahl auf das Programm „LÄMMkom“ der Firma LÄMMERZAHL GmbH aus Dortmund. Weniger häufig finden die Dokumentations-Software „comp.ASS“ der Prosozial GmbH aus Koblenz (5 Pflegestützpunkte, 11,4 %) und das Programm „CareCM“ der Firma nubedian GmbH aus Karlsruhe (3 Pflegestützpunkte; 6,8 %) Anwendung. Die beiden Pflegestützpunkte in Stuttgart nutzen zur Dokumentation das kommunalinterne Software-Programm „Elias“, der Pflegestützpunkt der Stadt Karlsruhe verwendet herkömmliche Excel-Tabellen der Firma Microsoft.

4.5 Betriebserfahrung

Die verschiedenen Pflegestützpunkte sind unterschiedlich lange am Netz, verfügen jedoch zu Beginn der Leistungsdokumentation nach dem überarbeiteten Pflichtenheft (1. Juni 2012) alle über mindestens neun Monate Betriebserfahrung. Die betriebsältesten Pflegestützpunkte sind die Pflegestützpunkte im Enzkreis, im Schwarzwald-Baar-Kreis sowie in der Stadt Ulm mit jeweils mehr als zwei Jahren Laufzeit (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Betriebserfahrung der Pflegestützpunkte (Stand: 01.06.2012)

Laufzeit	Anzahl	Anteil
Bis unter 12 Monate	8	16,7 %
12 bis unter 18 Monate	19	39,6 %
18 bis unter 24 Monate	18	37,5 %
24 Monate und mehr	3	6,3 %

4.6 Beteiligung weiterer Akteure in der Konzeption

Nach der baden-württembergischen Kooperationsvereinbarung sind die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit den Kommunen Träger der Pflegestützpunkte. Der Betrieb der Pflegestützpunkte ist allerdings eindeutig eine kommunale Aufgabe. Aus diesem Grund sind die Pflegestützpunkte in der Regel auch in kommunalen Räumlichkeiten verortet, werden von kommunalem Personal betrieben und alleine von den Kranken- und Pflegekassen sowie den Kommunen finanziert. Allerdings gibt es auch Ausnahmen, die im Folgenden vorgestellt werden:

Nur in drei Landkreisen sind nicht alle Pflegestützpunkt-MitarbeiterInnen ausschließlich bei der Kommune angestellt.

- Das Pflegestützpunkt-Konzept im Landkreis Reutlingen setzt sich aus fünf Teilpflegestützpunkten zusammen, die jeweils bei den im Geltungsbereich zuständigen Kommunen verortet sind und auch betrieben werden. Eine Ausnahme hierbei bildet der Teilpflegestützpunkt mit dem Zuständigkeitsbereich Wannweil, der vom Kooperationspartner Diakoniestation Härten e. V. betrieben wird und bei dem die MitarbeiterInnen dieses Teilpflegestützpunktes auch angestellt sind.
- Eine weitere außerkommunale Anstellung der MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes existiert im Landkreis Tübingen. Die MitarbeiterInnen der mit der Leistungserbringung beauftragten Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörigen e. V. sind entsprechend auch bei letzterer angestellt, die MitarbeiterInnen der vier übrigen Anlaufstellen bei den jeweiligen Trägern dieser Anlaufstellen (Diakoniestation Ammerbuch e. V., Diakoniestation Härten, Diakonie Sozialstation Mössingen sowie Sozialstation Rottenburg).
- Im Ortenaukreis sind die MitarbeiterInnen von vier der fünf Standorte bei der jeweiligen Kommune angestellt. Die MitarbeiterInnen der Außenstelle Lahr sind – obwohl die Beratungsleistungen in kommunalen Räumlichkeiten angeboten werden – beim Caritasverband Wolfach-Kinzigtal angestellt.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Räumlichkeiten, in denen die Pflegestützpunkte verortet sind. Mit 87,5 % (42 Pflegestützpunkte zum Stand der ersten Strukturerhebung) befindet sich die Mehrheit der Pflegestützpunkte in kommunalen Räumlichkeiten. Allerdings gibt es auch hier acht Ausnahmen, bei denen dies nicht uneingeschränkt zutrifft:

- Im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald nutzt der Pflegestützpunkt Räume der örtlichen Sozialstation, die wiederum von der Kommune angemietet werden.
- Ähnlich ist es beim Pflegestützpunkt des Schwarzwald-Baar-Kreises, der Räumlichkeiten des örtlichen Spitalfonds nutzt und dessen Mietaufwendungen durch den Kreis übernommen werden.
- Im Enzkreis ist der Pflegestützpunkt in Räumlichkeiten der Enzkreis Kliniken untergebracht. Hier stehen insgesamt fünf Büros und zwei Gruppenräume für insgesamt vier Beratungsstellen sowie ein flexibles Büro für die Freiwilligenagentur, den ambulanten Hospizdienst und die Wohnraumberatung des Kreissenorenrats zur Verfügung.
- Obgleich im Zollernalbkreis zwei der drei Teilpflegestützpunkte in kommunalen Räumlichkeiten untergebracht sind, berät die Kooperierende Beratungsstelle des Caritasverbandes für das Dekanat Zollern mit dem Geltungsbereich Hechingen in eigenen Räumlichkeiten.
- Im Kreis Reutlingen findet ein ähnliches Konzept Anwendung. Vier der fünf Anlaufstellen (Teilpflegestützpunkte) befinden sich in kommunalen Räumlichkeiten. Die Kooperierende Beratungsstelle des Trägers Diakoniestation Härten mit dem Geltungsbereich Wannweil berät in eigenen Räumlichkeiten.
- Im Kreis Lörrach ist der Pflegestützpunkt Teil des integrativen Modellprojektes der Fritz-Berger-Stiftung und befindet sich im Erdgeschoss eines Hochhauses in zentraler Innenstadtlage. Zum Projekt gehören auch eine weitere Senioren-Beratungsstelle der Fritz-Berger-Stiftung, die im Auftrag der Stiftung vom Landkreis betrieben und aus dem Stiftungs-Vermögen finanziert wird, ein Café-Bistro, ein Werkstattladen sowie Tagungsräume, die angemietet werden können. Die MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes sind auch in der anderen Beratungsstelle beschäftigt.
- Im Main-Tauber-Kreis befindet sich der Pflegestützpunkt zusammen mit dem durch das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des Bundes geförderten Bürgertreff in einem Gebäude. Der Pflegestützpunkt hat hierzu Räumlichkeiten des Mehrgenerationenhauses angemietet und kann bei Bedarf weitere Besprechungs- und Tagungsräume nutzen.
- In Tübingen ist der Pflegestützpunkt in den Büroräumen der Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige e. V. untergebracht, die vom Landkreis mit den Beratungsleistungen des Pflegestützpunktes beauftragt worden ist.

In lediglich drei Fällen (8,3 %) wird der Pflegestützpunkt neben den Kommunen und den Kassen auch durch andere Träger finanziert. Dies betrifft nach eigenen Aussagen die Pflegestützpunkte im Landkreis Tübingen, im Zollernalbkreis sowie den Pflegestützpunkt der Stadt Karlsruhe. In Tübingen wird der Pflegestützpunkt mit seinen fünf Anlaufstellen zusätzlich über Eigenmittel der Träger an den Standorten, die vormals für die IAV-Stellen eingesetzt wurden, finanziert. Im Zollernalbkreis werden zu den alternativen Finanzierungs-Trägern keine Angaben gemacht. Zur Finanzierung des Pflegestützpunktes der Stadt Karlsruhe werden auch Mittel der Träger der Seniorenfachberatungsstellen in Karlsruhe verwendet. Hierzu gehören der Arbeiter-Samariter-Bund Karlsruhe, der Caritasverband Karlsruhe e. V., das Diakonisches Werk Karlsruhe, das Geriatriisches Zentrum

des Diakonissenkrankenhauses Karlsruhe und die Paritätischen Sozialdienste gGmbH Karlsruhe.

4.7 Personalbesetzung in den Pflegestützpunkten

In rund jedem fünften Pflegestützpunkt ist lediglich ein/e MitarbeiterIn angestellt (20,8 %). Mit 43,8 % aller Pflegestützpunkte sind in den meisten Pflegestützpunkten zwei MitarbeiterInnen tätig (21 Pflegestützpunkte). In sieben Pflegestützpunkten arbeiten drei oder vier MitarbeiterInnen (14,6 %) und in acht Pflegestützpunkten zwischen fünf und neun Angestellte (16,7 %). Die zwei Pflegestützpunkte im Landkreis Reutlingen und der Stadt Karlsruhe sind die personell stärksten Pflegestützpunkte mit je 12 MitarbeiterInnen. Diese beiden Pflegestützpunkte definieren sich auch (unter anderem) über die Konzeption in Form von Teilpflegestützpunkten. Die Zahl der MitarbeiterInnen, die in den Pflegestützpunkten eingesetzt werden, ist tendenziell vom Pflegestützpunkt-Konzept abhängig.

Während singuläre Pflegestützpunkte in der Regel zwei MitarbeiterInnen (maximal vier MitarbeiterInnen im Landkreis Ludwigsburg) beschäftigen, ist die Zahl der MitarbeiterInnen bei Teilpflegestützpunkten in der Regel vier und mehr. Ausnahmen bilden hier die Pflegestützpunkte im Alb-Donau-Kreis als Mischform und im Rhein-Neckar-Kreis beim Standort Weinheim mit jeweils nur zwei MitarbeiterInnen. Nahezu ausnahmslos werden in Pflegestützpunkten mit Außenstellen zwei MitarbeiterInnen beschäftigt. Die einzige Ausnahme bildet hier der Pflegestützpunkt in Landkreis Karlsruhe am Standort Ettlingen mit einer Mitarbeiterin. Die Zahl der MitarbeiterInnen bei einer Konzeption mit Kooperierenden Beratungsstellen variiert von einer/einem MitarbeiterIn bis hin zu sieben MitarbeiterInnen (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl der MitarbeiterInnen nach Pflegestützpunkt-Konzeption

Anzahl MitarbeiterInnen	Anzahl PSP	Anteil	Davon singuläre PSP	Davon Teil-PSP	Davon PSP mit Außenst.	Davon PSP mit Koop. Ber.	Davon Mischformen
1	10	20,8 %	4	0	1	5	0
2	21	43,8 %	8	1	7	4	1
3 bis 4	7	14,6 %	4	1	0	2	0
5 bis 9	8	16,7 %	0	3	0	3	2
10 und mehr	2	4,2 %	0	1	0	0	1
Summe	48	100,0 %	16	6	8	14	4

Die Anzahl der eingesetzten Vollzeitäquivalente (im Folgenden VZÄ) bestätigt die Einschätzung, dass die Personalbesetzung stark vom Standortmodell der Pflegestützpunkte abhängt. So haben 17 Pflegestützpunkte MitarbeiterInnen in einem Umfang von bis zu 1,0 VZÄ eingestellt (35,4 % aller Pflegestützpunkte). Neun dieser Pflegestützpunkte geben an, konzeptionell mit Kooperierenden Beratungsstellen zusammenzuarbeiten. Das Personal von 22 Pflegestützpunkten (45,8 %) wird in einer Größenordnung zwischen mehr als 1,0 und 2,0 VZÄ beschäftigt. 11 dieser Pflegestützpunkte stellen dabei singuläre Pflegestützpunkte, weitere fünf Pflegestützpunkte mit Außenstellen dar. Drei Pflegestützpunkte beschreiben ihr Kreiskonzept als Kooperierende Beratungsstellen (Landkreis Lörrach, Landkreis Ravensburg, Landkreis Waldshut), die zwei Pflegestützpunkte des Rhein-Neckar-Kreises als Teilpflegestützpunkt-Konzept und der Pflegestützpunkt des Ortenaukreises mit beiden Charakteristika. Drei Pflegestützpunkte halten Beschäftigungskontingente von mehr als 2,0 bis hin zu 3,0 VZÄ vor. Der Pflegestützpunkt im Landkreis Konstanz und der Pflegestützpunkt im Kreis Ludwigsburg mit Geltungsbereich der Städte arbeiten dabei unter anderem nach dem Teilpflegestützpunkt-Prinzip, der Pflegestützpunkt im Stadtkreis Heidelberg arbeitet dagegen als singulärer Stützpunkt. Sechs Pflegestützpunkte beschäftigen MitarbeiterInnen in einem Umfang von mehr als 3,0 VZÄ (12,5 % aller Pflegestützpunkte). Vier dieser Pflegestützpunkte sind als Teilpflegestützpunkte, also mit mehreren gleichberechtigten Anlaufstellen, organisiert (Landkreis Esslingen, Landkreis Reutlingen – zusätzlich mit Außenstellen – und Stadt Karlsruhe). Die beiden anderen Pflegestützpunkte im Landkreis Tübingen und Zollernalbkreis zählen mehrere Kooperierende Beratungsstellen zu ihrem Kreiskonzept und haben insgesamt entsprechend hohe VZÄ-Umfänge (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Vollzeitäquivalente nach Pflegestützpunkt-Konzeption

Anzahl Vollzeit-äquivalente	Anzahl PSP	Anteil	Davon singuläre PSP	Davon Teil-PSP	Davon PSP mit Außenst.	Davon PSP mit Koop. Ber.	Davon Mischformen
Bis zu 1,0 VZÄ	17	35,4 %	4	0	3	9	1
Über 1,0 bis 2,0 VZÄ	22	45,8 %	11	2	5	3	1
Über 2,0 bis 3,0 VZÄ	3	6,3 %	1	1	0	0	1
Mehr als 3,0 VZÄ	6	12,5 %	0	3	0	2	1
Summe	48	100,0 %	16	6	8	14	4

Je nach der vorliegenden Pflegestützpunkt-Konzeption liegen somit sehr unterschiedliche durchschnittliche Personalbesetzungen und Vollzeitäquivalente vor. Während bei den „singulären“ Pflegestützpunkten durchschnittlich 2,06 MitarbeiterInnen (1,38 VZÄ) eingesetzt werden, beträgt der Personaleinsatz bei einem Konzept aus Teilpflegestützpunkten durchschnittlich 7,00 MitarbeiterInnen (3,47 VZÄ). Bei Konzepten mit Außenstellen kommen durchschnittlich 1,88 MitarbeiterInnen (1,19 VZÄ) zum Einsatz, während Pflegestützpunkte mit „Kooperierenden Beratungsstellen“ durchschnittlich 2,86 MitarbeiterInnen (1,48 VZÄ) beschäftigen. In den vier Pflegestützpunkten, die Konzeptionsmischformen darstellen, arbeiten durchschnittlich 6,50 MitarbeiterInnen mit einem Umfang von durchschnittlich 2,24 VZÄ. (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Personalbesetzung nach Pflegestützpunkt-Konzeption

Pflegestützpunkt-Konzeption	Durchschnitt Vollzeitäquivalente	Durchschnitt MitarbeiterInnen
Singulärer Pflegestützpunkt (16)	1,38	2,06
Teilpflegestützpunkt (6)	3,47	7,00
Pflegestützpunkt mit Außenstellen (8)	1,19	1,88
Pflegestützpunkt mit Kooperierenden Beratungsstellen (14)	1,48	2,86
Mischform (4)	2,24	6,50
Alle Pflegestützpunkte (48)	1,71	3,25

4.8 Personalqualifikation

Neun Pflegestützpunkte (18,8 %) beschäftigen MitarbeiterInnen, die über eine einzelne Qualifikation verfügen, während das Personal der Mehrheit aller Pflegestützpunkte (28 Pflegestützpunkte, 58,3 %) über zwei Qualifikationen verfügt (siehe Tabelle 12). Von diesen 28 Pflegestützpunkten wird in sieben Fällen nur ein/e MitarbeiterIn beschäftigt, der/die somit über mehrere Qualifikationen verfügt. Über drei unterschiedliche Qualifikationen verfügen die Angestellten von sieben Pflegestützpunkten (14,6 %), in denen jedoch auch mindestens zwei MitarbeiterInnen beschäftigt sind. In vier Pflegestützpunkten (8,3 %) wird Personal eingesetzt, das insgesamt über vier unterschiedliche Qualifikationen verfügt. Im Falle der Stadt Karlsruhe, einem Teilpflegestützpunkt-Konzept, arbeiten insgesamt zwölf MitarbeiterInnen mit vier unterschiedlichen Expertisen.

Tabelle 12: Anzahl der Qualifikationen in den Pflegestützpunkten

Anzahl Qualifikationen	Anzahl	Anteil
1 Qualifikation	9	18,8 %
2 Qualifikationen	28	58,3 %
3 Qualifikationen	7	14,6 %
4 Qualifikationen	4	8,3 %
Summe	48	100,0 %

In insgesamt 43 Pflegestützpunkten arbeiten SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogInnen, während Pflegefachkräfte am zweithäufigsten in 28 Pflegestützpunkten (58,3 %) beschäftigt sind. In jedem vierten Pflegestützpunkt werden studierte Verwaltungswirte eingesetzt (12 Pflegestützpunkte) und zu 14,6 % aller Pflegestützpunkte Angestellte mit einem Ausbildungsberuf in Bereich Verwaltung (7 Pflegestützpunkte). In einem einzelnen Pflegestützpunkt ist eine Sozialversicherungsangestellte beschäftigt. Wenn lediglich eine Qualifikation in einem Pflegestützpunkt vorhanden ist, so handelt es sich entweder um SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen (sieben Pflegestützpunkte) oder um Pflegefachkräfte (zwei Pflegestützpunkte). In nur neun Pflegestützpunkten (18,8 % aller Pflegestützpunkte) liegt eine Weiterbildung zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vor.

4.9 Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI

Die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte wurden in der Strukturerhebung danach gefragt, ob sie im Rahmen der Beratung und Begleitung der Rat- und Hilfesuchenden eine Leistung erbringen, die mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vergleichbar ist. 58,3 % der Pflegestützpunkte (28 Pflegestützpunkte) erbringen nach eigener Aussage eine entsprechende Leistung, während dies 27,1 % (13 Pflegestützpunkte) verneinen. Jeweils in einem Pflegestützpunkt wird eine solche Leistung teilweise beziehungsweise sehr selten, in zwei Pflegestützpunkten nur bei konkretem Bedarf erbracht (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: „Wird eine Leistung erbracht, die mit der Pflegeberatung nach § 7 a vergleichbar ist?“

	Anzahl	Anteil
Ja	28	58,3 %
Nein	13	27,1 %
Teilweise	1	2,1 %
Bei Bedarf	2	4,2 %
Sehr selten	1	2,1 %
Keine Angabe	3	6,3 %
Gesamt	48	100,0 %

Um die Zusammenarbeit zwischen den MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte und den MitarbeiterInnen der Kranken- und Pflegekassen besser einschätzen zu können, wurde in der Strukturhebung auch danach gefragt, von welchen Kassen zuständige MitarbeiterInnen den Pflegestützpunkten für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI persönlich bekannt sind beziehungsweise ob sich deren Arbeitsplatz im selben Kreis des Pflegestützpunktes befindet. Aus diesem Grund wurden die Angaben der Pflegestützpunkte auf Kreisebene ausgewertet, um Doppelnennungen bei Kreisen mit zwei Pflegestützpunkten zu vermeiden.

Die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte aller 39 Kreise, die Kassen namentlich benannt haben, geben an, dass ihnen durch ihre tägliche Arbeit PflegeberaterInnen der AOK direkt bekannt sind. Den Pflegestützpunkt-MitarbeiterInnen von gut der Hälfte aller Kreise sind PflegeberaterInnen der Landwirtschaftlichen Krankenkasse LKK (53,8 %) und der DAK (53,8 %) persönlich bekannt. Alle anderen Kassen liegen teilweise deutlich unter 50 Prozent. Das trifft auch auf die MitarbeiterInnen der Compass Private Pflegeberatung GmbH zu, die die Pflegeberatung für alle privat Versicherten erbringen (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Bekanntheitsgrad der PflegeberaterInnen der Kranken- und Pflegekassen in den Kreisen

Kranken- und Pflegekasse	PflegeberaterIn persönlich bekannt	
	Anzahl Kreise	Anteil an 39 Kreisen*
AOK	39	100,0 %
Landwirtschaftliche Krankenkasse	22	56,4 %
DAK	21	53,8 %
BKK	19	48,7 %
Barmer GEK	14	35,9 %
Compass Private Pflegeberatung	12	30,8 %
Knappschaft-Bahn-See	12	30,8 %
IKK	11	28,2 %
KKH	7	17,9 %
Techniker Krankenkasse	4	10,3 %
SBK	3	7,7 %
HEK	2	1,1 %
BIG direkt gesund	1	2,6 %

* Die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte in zwei Kreisen haben lediglich die Anzahl der ihnen bekannten Kassen mit PflegeberaterInnen genannt, ohne die Kassen namentlich zu benennen. Die MitarbeiterInnen eines Pflegestützpunktes eines weiteren Kreises haben zum Erhebungszeitpunkt noch keinen persönlichen Kontakt zu einer/einem PflegeberaterIn in ihrem Kreis aufbauen können, diesen aber in näherer Zukunft geplant. Diese drei Kreise wurden in der Tabelle 14 herausgerechnet.

Die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte von 31 Kreisen (81,6 % aller Kreise, die Angaben zu den Kassen gemacht haben) geben an, dass PflegeberaterInnen der AOK im Kreisgebiet ansässig sind. Mit 28,9 % sind in 11 Kreisen am zweithäufigsten PflegeberaterInnen der BKK im eigenen Kreisgebiet bekannt. Lediglich fünf Kreise (13,2 %) kennen Pflegeberatungsangebote der Barmer GEK, von denen sich der Arbeitsplatz von mindestens einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter im selben Kreis wie der Pflegestützpunkt befindet (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Verortung der PflegeberaterInnen der Kranken- und Pflegekassen in den Kreisen

Kranken- und Pflegekasse	PflegeberaterIn im Kreis vor Ort	
	Anzahl Kreise	Anteil an 38 Kreisen*
AOK	31	81,6 %
BKK	11	28,9 %
Barmer GEK	5	13,2 %
DAK	4	10,5 %
Landwirtschaftliche Krankenkasse	3	7,9 %
SBK	3	7,9 %
Compass	3	7,9 %
IKK	2	5,3 %
Knappschaft-Bahn-See	2	5,3 %
KKH	1	2,6 %
BIG direkt gesund	0	0,0 %
HEK	0	0,0 %
Techniker Krankenkasse	0	0,0 %

Die Angaben stellen die Antworten der MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte im Rahmen der zweiten Strukturhebung dar. Abweichungen zur aktuellen Beratungsstruktur durch die Kranken- und Pflegekassen vor Ort sind möglich.

* Die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte in vier Kreisen haben lediglich die absolute Anzahl der ihnen bekannten PflegeberaterInnen vor Ort genannt, ohne die Kassen namentlich zu benennen. Diese vier Kreise wurden in der Tabelle 15 herausgerechnet.

4.10 Pflegestützpunkte als Vernetzungsorganisationen

Die Ergebnisse der Strukturhebungen zeigen, dass die Pflegestützpunkte bereits häufig mit unterschiedlichen Akteuren aus der Versorgungslandschaft kooperieren. Die große Mehrheit der Pflegestützpunkte (40 Pflegestützpunkte, 83,3 %) kooperiert dabei mit ortsansässigen Pflegeeinrichtungen im Geltungsbereich, wobei nur vier Pflegestützpunkte unter ihnen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit diesen Akteuren gemacht haben. Im Vergleich dazu sind mit 15 Pflegestützpunkten (31,3 %) nur knapp ein Drittel der Pflegestützpunkte mit niedergelassenen Ärzten vernetzt (siehe Tabelle 16). Zudem sind diese Kooperationsvereinbarungen nur informell getroffen worden, schrift-

liche Kooperationsvereinbarungen existieren nicht. 37 Pflegestützpunkte (77,1 %) tauschen sich regelmäßig mit Krankenhäusern in ihrem Geltungsbereich aus, zwei von ihnen (5,4 %) haben ihre Kooperation sogar schriftlich geregelt. Die Beteiligung der Akteure der privaten Kranken- und Pflegeversicherung haben 19 Pflegestützpunkte (39,6 %) in Baden-Württemberg geregelt, jedoch bestehen auch hier noch keine schriftlichen Kooperationsvereinbarungen. Nach der Kooperation mit Pflegeeinrichtungen arbeiten Pflegestützpunkte am zweithäufigsten regelmäßig mit Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen und zum ehrenamtlichen oder bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und den entsprechenden Organisationen zusammen. 39 Pflegestützpunkte (81,3 %) beteiligen diese Akteure an ihrer täglichen Arbeit, rund ein Drittel dieser Kooperierenden Pflegestützpunkte haben zusätzlich schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Akteuren des Bürgerschaftlichen Engagements abgeschlossen.

Tabelle 16: Stand der Vernetzung

	Anzahl	Anteil
Vernetzung mit ...		
Kommunen	48	100,0 %
Kranken- und Pflegekassen	48	100,0 %
Pflegeeinrichtungen	40	83,3 %
Niedergelassenen ÄrztInnen	15	31,3 %
Krankenhäusern	37	77,1 %
PKV	19	39,6 %
Bürgerschaftlichem Engagement	39	81,3 %
Davon schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit ...		
Kommunen	48	100,0 %
Kranken- und Pflegekassen	48	100,0 %
Pflegeeinrichtungen	4	10,0 %
Niedergelassenen ÄrztInnen	0	0,0 %
Krankenhäusern	2	5,4 %
PKV	0	0,0 %
Bürgerschaftlichem Engagement	12	30,8 %

5 Auswertung der Daten aus dem Pflichtenheft

Im Verlauf der Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg wurde schnell deutlich, dass das zunächst eingesetzte Pflichtenheft keine verlässlichen Aussagen zur Nachfrage und damit auch zum Aufwand in den Pflegestützpunkten ermöglicht hat. Das Hauptproblem bestand darin, dass in den Pflegestützpunkten ein unterschiedliches Verständnis der abgefragten Variablen bestand und das Pflichtenheft in der Folge unterschiedlich ausgefüllt wurde. Ein weiteres Problem bestand darin, dass die Pflegestützpunkte zu Beginn der Evaluation oftmals gerade erst ein neues Dokumentationssystem implementiert hatten oder dabei waren, ein entsprechendes System zu implementieren. Auch hieraus ergaben sich unterschiedliche und teilweise im Zeitverlauf auch wechselnde Dokumentationsvorschriften.

Aus diesen Gründen wurde während der Evaluation entschieden, ein Hauptaugenmerk darauf zu legen, das Pflichtenheft zu einem validen und reliablen Instrument weiterzuentwickeln. Durch die Überarbeitung des Pflichtenheftes ist es jetzt möglich, verlässliche Aussagen sowohl über die Höhe der Nachfrage als auch über die Nachfragenden zu treffen. Aufgrund der notwendigen Überarbeitung ist der in die Evaluation einbezogene Erhebungszeitraum von sechs Monaten allerdings recht kurz, was sich deutlich auf die Interpretation der Nachfrage auswirkt. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Datenauswertung aus dem Pflichtenheft dargestellt.

5.1 Nachfrage

Insgesamt wurden von den 48 baden-württembergischen Pflegestützpunkten im Erhebungszeitraum Juni bis November 2012 21.378 neue KlientInnen dokumentiert, was einer Zahl von durchschnittlich 74 KlientInnen pro Pflegestützpunkt und Monat entspricht. Diese Nachfrage unterscheidet sich je nach Pflegestützpunkt allerdings sehr deutlich. Mit einer Nachfrage von höchstens 24 neuen KlientInnen pro Monat verzeichnen fünf Pflegestützpunkte die geringste Nachfrage im Erhebungszeitraum. Demgegenüber haben 14 Pflegestützpunkte zwischen 100 und 250 neue KlientInnen pro Monat, einer liegt sogar noch über diesem Wert. Das mittlere Nachfrage-Segment bilden 29 Pflegestützpunkte mit 25 bis zu 100 neuen KlientInnen pro Monat (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Durchschnittliche Anzahl von neuen KlientInnen in sechs Monaten

KlientInnen/Monat	Alle Pflegestützpunkte
Bis unter 25	5
25 bis unter 50	11
50 bis unter 100	18
100 bis unter 250	13
250 und mehr	1
Alle Pflegestützpunkte	48

Aus der unterschiedlichen Nachfrage können allerdings nicht ohne Weiteres Aussagen über die Qualität der verschiedenen Pflegestützpunkte abgeleitet werden. Dazu sind die gewählten Pflegestützpunktkonzeptionen, wie bereits bei den Ergebnissen der Struktur-erhebung verdeutlicht werden konnte (siehe Kapitel 4), zu unterschiedlich. Dies soll im Folgenden anhand des Vergleichs des Pflegestützpunktes mit der höchsten Nachfrage mit dem mit der niedrigsten Nachfrage exemplarisch verdeutlicht werden:

Die höchste Zahl an neuen KlientInnen hat der Pflegestützpunkt in der Stadt Heidelberg mit 1.526 neuen KlientInnen in 6 Monaten (durchschnittlich 254 neue KlientInnen pro Monat) generiert. In diesem Pflegestützpunkt arbeiten drei MitarbeiterInnen mit insgesamt 2,25 Vollzeitäquivalenten. Der Pflegestützpunkt ist pro Woche 36,5 Stunden geöffnet. Demgegenüber hat der Pflegestützpunkt der Stadt Stuttgart – Innere Stadtbezirke mit 54 neuen KlientInnen in 6 Monaten (durchschnittlich 9 KlientInnen pro Monat) die geringste KlientInnen-Nachfrage. Dieser Pflegestützpunkt mit einer Mitarbeiterin im Rahmen einer 0,8-Vollzeitstelle hat sieben Stunden pro Woche für die Bevölkerung geöffnet. Die vergleichsweise niedrige Nachfragezahl erklärt sich dabei außerdem durch die besondere Pflegestützpunktkonzeption. Diese Gegenüberstellung zeigt, dass dem Pflegestützpunkt in Heidelberg nach den Ergebnissen des Pflichtenheftes eine gute Nachfrage bescheinigt und diese Einschätzung auch durch die Struktur-erhebung unterstützt werden kann. Für Stuttgart kann allerdings mit Hilfe der Daten aus dem Pflichtenheft keine Interpretation der geringen Nachfrage gezogen werden. Auch die Ergebnisse der Struktur-erhebung liefern hier keine ausreichenden Daten. Alleine die Fallstudie konnte einen Grund für die sehr geringe Nachfrage liefern.

Neben der Anzahl der neuen KlientInnen ermöglicht das Pflichtenheft auch eine Auswertung der dokumentierten KlientInnenkontakte. Insgesamt wurden im Zeitraum Juni bis November 2012 43.119 Kontakte dokumentiert, durchschnittlich 149 Kontakte pro Pflegestützpunkt und Monat.

Das Verhältnis von KlientInnen und KlientInnenkontakten liegt bei mehr als der Hälfte der Pflegestützpunkte bei höchstens 1:2 (56,3 %). Demgegenüber haben acht Pflegestützpunkte ein Verhältnis von mehr als 1:3 und vier Pflegestützpunkte sogar von mehr als 1:4 (siehe Tabelle 18).

Tabelle 18: Verhältnisse KlientInnen zu Kontakten in sechs Monaten

Verhältnis KlientInnen zu Kontakten	Anzahl	Anteil
Bis unter 1 : 1,5	19	39,6 %
1 : 1,5 bis unter 1 : 2	8	16,7 %
1 : 2 bis unter 1 : 3	13	27,1 %
1 : 3 bis unter 1 : 4	4	8,3 %
1 : 4 und mehr	4	8,3 %
Summe	48	100,0%

Auch bezogen auf die Kennzahl „KlientInnenkontakte“ ist eine sehr unterschiedliche Nachfrage in den Pflegestützpunkten zu beobachten (siehe Tabelle 19). So verzeichnen sieben Pflegestützpunkte durchschnittlich weniger als 50 Kontakte pro Monat. Demgegenüber haben acht Pflegestützpunkte 250 Kontakte pro Monat und mehr. Mit 68,8 % bewegen sich mehr als zwei Drittel der Pflegestützpunkte im Mittelfeld der Nachfrage zwischen 50 und 249 KlientInnenkontakten pro Monat.

Tabelle 19: Durchschnittliche Anzahl von Kontakten pro Monat

Kontakte pro Monat	Alle Pflegestützpunkte
Bis unter 50	7
50 bis unter 100	13
100 bis unter 250	20
250 bis unter 500	7
500 und mehr	1
Alle Pflegestützpunkte	48

Um diese Daten zu interpretieren, soll wie bei der Anzahl der neuen KlientInnen auch bei dieser Kennzahl die Betrachtung der Extremwerte innerhalb der Pflegestützpunktkonzeptionen herangezogen werden. Mit durchschnittlich 15 Kontakten im Monat hatte der Pflegestützpunkt im Landkreis Böblingen die wenigsten Kontakte dokumentiert. Demgegenüber wurde im Zollernalbkreis mit 3.210 Kontakten, das entspricht durchschnittlich 535 Kontakten pro Monat, die höchste Kontaktzahl eines Pflegestützpunktes in Baden-Württemberg angegeben. Während im Landkreis Böblingen allerdings ein/e MitarbeiterIn im Umfang eines Vollzeitäquivalents berät und der Pflegestützpunkt für 15 Stunden in der Woche geöffnet hat, verfügt der Pflegestützpunkt im Zollernalbkreis über sieben MitarbeiterInnen mit insgesamt 3,6 VZÄ. Diese beraten 17 Stunden pro Woche in den Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes und darüber hinaus in 25 Gemeinden des Kreises.

Da die Höhe der Nachfrage nicht ohne die Betrachtung der bestehenden Strukturen interpretiert werden kann, werden im Folgenden die Daten aus dem Pflichtenheft mit den Ergebnissen aus der Strukturhebung verknüpft. Zusätzlich werden auch noch Ergebnisse aus den Fallstudien mit hinzugezogen.

Bei der Darstellung der Strukturdaten wurde bereits gezeigt, dass die Geltungsbereiche der Pflegestützpunkte teilweise sehr groß sind, wobei allerdings die singulären Pflegestützpunkte von denjenigen differenziert werden müssen, die mehrere Standorte mit hinzurechnen. Eine Gegenüberstellung dieser beiden unterschiedlichen Standortkonzeptionen (siehe Tabelle 20) zeigt, dass die Pflegestützpunkte, die nur aus einem Standort bestehen, im Vergleich zu den dezentralen Pflegestützpunkten durchschnittlich eine geringere Nachfrage (KlientInnen und Kontakte) aufweisen. Die Pflegestützpunkte mit dezentralen Standortmodellen haben zwar durchschnittlich weniger KlientInnen pro Vollzeitäquivalent (- 14,1 %) und geringfügig weniger KlientInnen pro 1.000 EinwohnerInnen

(– 0,9 %), erreichen jedoch eine sehr viel höhere durchschnittliche Anzahl an KlientInnen (+ 17,3 %) und an Kontakten (+ 161,3 %) in den ebenfalls größeren Geltungsbereichen (+ 18,1 %). Die Tatsache, dass die dezentralen Pflegestützpunkte für die Erbringung ihrer Aufgaben auch durchschnittlich mehr Personal benötigen, war angesichts der Notwendigkeit, mehrere Standorte zu besetzen, zu erwarten. Allerdings fällt der Unterschied von rund 36 % überraschend niedrig aus.

Tabelle 20: Singuläre Pflegestützpunkte im Vergleich zu dezentralen Standortmodellen

	Singuläre Pflegestützpunkte	Pflegestützpunkte mit mehreren Standorten (dezentrale Modelle)	Prozentualer Unterschied zw. dezentralen und singulären PSP
Anzahl der Pflegestützpunkte	16	32	—
KlientInnen in 6 Monaten (Ø)	399	468	+ 17,3 %
Kontakte in 6 Monaten (Ø)	718	1.880	+ 161,8 %
BewohnerInnen im Geltungsbereich (Ø)	173.130	204.533	+ 18,1 %
Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) (Ø)	1,38	1,88	+ 36,2 %
KlientInnen pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	290	249	– 14,1 %
KlientInnen pro 1.000 EW (Ø)	2,31	2,29	– 0,9 %
Kontakte pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	521	527	– 1,2 %
Kontakte pro 1.000 EW (Ø)	4,15	4,83	+ 16,4 %

Um die Unterschiede dieser beiden Modelle weiter herauszuarbeiten, wird im Folgenden eine Betrachtung der einzelnen Pflegestützpunkte, getrennt nach den beiden Modellen, vorgenommen.

Nachfrage in singulären Pflegestützpunkten

Der singuläre Pflegestützpunkt mit dem kleinsten Geltungsbereich hat auch die geringste Nachfrage aller singulären Pflegestützpunkte (siehe Tabelle 21). Dass die Nachfrage mit zunehmender Größe des Geltungsbereiches ebenfalls kontinuierlich zunimmt, kann aus den vorliegenden Daten allerdings nicht geschlossen werden. Auffällig ist, dass es nur eine geringe Spanne bei den eingesetzten VZÄ gibt. Dies trifft auch auf Pflegestützpunkte mit sehr großen Geltungsbereichen zu.

Tabelle 21: Nachfrage in sechs Monaten in singulären Pflegestützpunkten nach Geltungsbereich – aufsteigend

Pflegestützpunkt	Geltungsbereich	VZÄ	KlientInnen	Kontakte	KlientInnen pro 1.000 EW	KlientInnen pro VZÄ	Kontakte pro 1.000 EW	Kontakte pro VZÄ
Landkreis Böblingen	26.500	1,00	68	92	2,57	68	3,47	92
Baden-Baden	53.326	1,50	265	1.369	4,97	177	25,7	913
Hohenlohekreis	109.265	1,25	338	505	3,09	270	4,62	404
Pforzheim	116.882	1,20	175	732	1,5	146	6,27	610
Ulm	123.000	1,10	130	140	1,06	118	1,14	127
Stadt Heilbronn	124.250	1,00	377	908	3,03	377	7,31	908
Landkreis Sigmaringen	132.000	1,20	178	549	1,35	148	4,16	458
Landkreis Tuttlingen	135.000	1,50	302	633	2,24	201	4,69	422
Heidelberg	136.238	2,25	1.526	2.267	11,2	678	16,6	1.008
Landkreis Rottweil	138.536	1,70	605	1.287	4,36	356	9,29	757
Landkreis Emmendingen	159.179	1,00	204	241	1,28	204	1,51	241
Bodenseekreis	210.000	1,25	342	466	1,63	274	2,22	373
Landkreis Rastatt	226.851	1,60	219	262	0,97	137	1,16	164
Landkreis Heilbronn	329.054	1,00	424	533	1,29	424	1,62	533
Landkreis Ludwigsburg Landkreis	330.000	2,00	806	806	2,44	403	2,44	403
Rems-Murr-Kreis	420.000	1,50	432	692	1,03	288	1,65	461
Durchschnitt	173.130	1,38	399	718	2,31	290	4,15	521

Die Nachfrage des Pflegestützpunktes in der Stadt Heidelberg setzt sich sehr stark von allen anderen Pflegestützpunkten ab. Dieser Ausreißer nach oben kann durch die Strukturdaten nicht vollständig erklärt werden. Da es zu diesem Pflegestützpunkt bisher noch keine Fallstudie gibt, kann an dieser Stelle nur empfohlen werden, die Strukturen in Heidelberg zukünftig genau zu untersuchen und nach Erklärungshypothesen für diese große Nachfrage zu suchen. Ein weiterer Ausreißer nach oben sind die KlientInnenkontakte des Pflegestützpunktes in Baden-Baden. Der Besuch dieses Pflegestützpunktes im Rahmen der Fallstudie hat allerdings keine Hinweise darauf gegeben, dass es dort besonders viele KlientInnen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf gibt. Da die Auswertung der Daten aus dem Pflichtenheft aufgrund der Überarbeitung dieses Instruments erst nach den Fallstudien stattfinden konnte, lagen diese Daten bei dem Besuch leider noch nicht vor. Sonst wäre bereits bei den Fallstudien hierauf ein Fokus gelegt und sicherlich entsprechende Erklärungshypothesen gefunden worden.

Die dargestellten Ergebnisse machen deutlich, dass insbesondere Pflegestützpunkte mit auffälligen Nachfragewerten zukünftig in weiteren Fallstudien untersucht werden sollten. Eine Bereinigung der Tabelle 22 um die beiden Ausreißer Heidelberg und Baden-Baden führt im Übrigen dazu, dass die Unterschiede zwischen singulären Pflegestützpunkten und Pflegestützpunkten mit einem dezentralen Standortmodell noch viel deutlicher hervortreten. Insgesamt weisen die Pflegestützpunkte nach dezentralem Stützpunktmodell dann eine höhere durchschnittliche Nachfrage bei den KlientInnen- (+ 47,7 %) und noch sichtbarer bei den Kontaktzahlen (+ 235,7 %) auf. Während die Zahl der neuen KlientInnen pro VZÄ nahezu identisch ist, zeigt sich, dass die Zahl der KlientInnen pro 1.000 EinwohnerInnen im Geltungsbereich bei den dezentral konzipierten Pflegestützpunkten um 28,7 % höher ist. Die Unterschiede stellen sich bei den Kontaktzahlen noch deutlicher dar. Bezogen auf die eingesetzten Vollzeitäquivalente weisen dezentrale Standortmodelle um 22,8 % mehr Kontakte auf als singuläre Pflegestützpunkte und sogar 58,9 % mehr Kontakte pro 1.000 EinwohnerInnen im Geltungsbereich (siehe Tabelle 22).

Tabelle 22: Singuläre Pflegestützpunkte im Vergleich zu dezentralen Standortmodellen (ohne Heidelberg und Baden-Baden)

	Singuläre Pflege- stützpunkte	Pflegestützpunkte mit mehreren Standorten – dezentrale Modelle	Prozentualer Unterschied zw. dezentralen und singulären PSP
Anzahl der Pflegestützpunkte	14	32	—
KlientInnen in 6 Monaten (Ø)	329	468	+ 47,7%
Kontakte in 6 Monaten (Ø)	560	1.880	+ 235,7%
BewohnerInnen im Geltungsbereich (Ø)	184.323	204.533	+ 11,0%
Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) (Ø)	1,31	1,88	+ 43,5%
KlientInnen pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	251	249	– 0,8%
KlientInnen pro 1.000 EW (Ø)	1,78	2,29	+ 28,7%
Kontakte pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	429	527	+ 22,8%
Kontakte pro 1.000 EW (Ø)	3,04	4,83	+ 58,9%

Nachfrage in dezentralen Pflegestützpunkten

Auch bei den Pflegestützpunkten, denen weitere Anlaufstellen zugerechnet werden, gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Nachfrage mit zunehmender Größe des Geltungsbereiches zunimmt. Hier hat sogar der Pflegestützpunkt mit dem kleinsten Geltungsbereich, der Pflegestützpunkt im Enzkreis, bei weitem nicht die geringste Nachfrage.

Im Gegensatz zu den singulären Pflegestützpunkten gibt es bei den dezentralen Pflegestützpunkten eine sehr große Bandbreite an eingesetzten Vollzeitäquivalenten von 0,80 bis 5,56. Diese Kennzahl unterscheidet sich insbesondere bei den unterschiedlichen dezentralen Standortmodellen. Während die Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten durchschnittlich 3,47 Vollzeitäquivalente in ihren Beratungsstellen einsetzen, ist dieser Wert bei den Pflegestützpunkten mit Außenstellen oder Kooperierenden Beratungsstellen kleiner 1,5. Die Pflegestützpunkte mit Teilpflegestützpunkten haben durchschnittlich auch die mit Abstand höchste Nachfrage. Dies gilt sowohl für die Zahl der KlientInnen und Kontakte als auch für die KlientInnen pro 1.000 BewohnerInnen des Geltungsbereiches. Die Quote KlientInnen pro Vollzeitäquivalent ist bei den Teilpflegestützpunkten dabei nur wenig geringer als bei den anderen dezentralen Pflegestützpunktmodellen (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Nachfrage in sechs Monaten in dezentralen Pflegestützpunkten

Pflegestützpunkt	Geltungsbereich	VZÄ	KlientInnen	Kontakte	KlientInnen pro 1.000 EW	KlientInnen pro VZÄ	Kontakte pro 1.000 EW	Kontakte pro VZÄ
Teilpflegestützpunkte								
LK Esslingen Nordwest	150.000	4,575	682	2.035	4,55	149	13,57	445
LK Esslingen Südost	150.000	4,575	698	988	4,65	153	6,59	216
Karlsruhe	302.001	5,56	1.392	2.567	4,61	250	8,50	462
LK Ludwigsburg Städte	193.000	2,62	344	400	1,78	131	2,07	153
Rhein-Neckar-Kreis/Walldorf	269.838	2,00	798	1.818	2,96	399	6,74	909
Rhein-Neckar-Kreis/Weinheim	269.839	1,50	630	1.590	2,34	420	5,89	1.060
Durchschnitt	222.446	3,47	757	1.556	3,40	218	7,04	541

Pflegestützpunkt	Gel- tungs- bereich	VZÄ	Klien- tInnen	Kon- takte	Klien- tInnen pro 1.000 EW	Klien- tInnen pro VZÄ	Kon- takte pro 1.000 EW	Kon- takte pro VZÄ
Pflegestützpunkte mit Außenstellen								
LK Calw	156.919	1,10	179	586	1,14	163	3,73	533
LK Heidenheim	130.719	1,25	499	698	3,82	399	5,34	558
LK Karlsruhe Bruchsal	93.408	1,50	331	666	3,54	221	7,13	444
LK Karlsruhe Ettlingen	91.900	1,00	309	617	3,36	309	6,71	617
LK Main-Tauber- Kreis	132.776	1,00	229	241	1,72	229	1,82	241
Ostalbkreis	310.365	1,00	373	462	1,20	373	1,49	462
LK Schwäbisch Hall	188.449	1,20	306	358	2,21	255	1,90	298
Schwarzwald-Baar- Kreis	206.214	1,50	359	597	1,74	239	2,90	398
Durchschnitt	163.844	1,19	323	528	1,97	271	3,22	442
Pflegestützpunkte mit Kooperierenden Beratungsstellen								
LK Breisgau-Hoch- schwarzwald	252.500	1,00	221	421	0,88	221	1,67	421
Enzkreis	30.500	1,00	470	631	15,67	470	20,7	631
Freiburg	229.144	1,00	584	930	2,55	584	4,06	930
LK Freudenstadt	122.000	1,00	177	520	1,45	177	4,26	520
LK Göppingen	252.229	1,00	236	301	0,94	236	1,19	301
LK Lörrach	89.788	1,20	615	835	6,85	513	9,31	696
Mannheim Nördlich des Neckars	167.000	1,00	551	1.190	3,30	551	7,13	1.190
Mannheim Südlich des Neckars	156.000	1,00	609	1.022	3,9	609	6,55	1.022
LK Ravensburg	278.607	1,40	605	1.130	2,17	432	4,06	807
Stuttgart Äußere Stadtbezirke	389.140	1,00	73	146	0,19	73	0,38	146
Stuttgart Innere Stadtbezirke	185.390	0,80	54	126	0,29	68	0,68	158
LK Tübingen	222.482	4,25	500	1.656	2,25	118	7,45	390
LK Waldshut	166.140	1,50	284	517	1,71	189	3,11	345
Zollernalbkreis	190.000	3,60	718	3.210	3,78	199	16,89	892

Durchschnitt	195.066	1,48	407	903	2,09	275	4,63	608
Pflegestützpunkt	Geltungsbereich	VZÄ	KlientInnen	Kontakte	KlientInnen pro 1.000 EW	KlientInnen pro VZÄ	Kontakte pro 1.000 EW	Kontakte pro VZÄ
Mischformen								
Alb-Donau-Kreis	190.182	1,00	139	604	0,73	139	3,18	604
LK Konstanz	278.983	2,20	630	2.112	2,26	286	7,57	960
Ortenaukreis	418.515	1,60	909	1.218	2,17	568	2,91	761
LK Reutlingen	281.017	4,15	483	1.445	1,72	116	5,14	348
Durchschnitt	292.174	2,25	540	1.345	1,85	241	4,60	601

Diese Ergebnisse ermöglichen die Hypothese, dass Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten den anderen Standortmodellen überlegen sind. Diese Hypothese wird auch durch die Fallstudie der beiden Pflegestützpunkte im Landkreis Karlsruhe gestärkt. Hier haben die MitarbeiterInnen darauf hingewiesen, dass die Sprechstunden an anderen Standorten insbesondere aus zwei Gründen nicht optimal sind: Einerseits können sie aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden Personalressourcen nur sehr wenige Stunden Präsenzzeit bei diesen Stellen realisieren, andererseits würden sie nicht über das notwendige lokale Wissen über die wohnortnahen Hilfs- und Unterstützungsangebote im Umfeld der Außenstellen verfügen, um die KlientInnen effizient unterstützen zu können. Auch die MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes im Ostalbkreis berichten darüber, dass ein Pflegestützpunkt mit zwei Außenstellen nicht ausreicht, um im gesamten Kreisgebiet eine wohnortnahe Beratung anzubieten. Auch aus diesem Grund nehmen nach Aussage der MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes im Ostalbkreis viele Bürgerinnen und Bürger Angebote von Leistungserbringern wahr.

Diese Problematik haben Pflegestützpunkte, die aus Teilpflegestützpunkten bestehen, nicht, wie die Fallstudie der sieben Teilpflegestützpunkte des Landkreises Esslingen verdeutlicht. So gibt es in Esslingen in jedem Teilpflegestützpunkt in diesem Landkreis sehr breite Präsenzzeiten. Darüber hinaus ist in jedem Teilpflegestützpunkt ein Stellenanteil für das lokale Netzwerkmanagement ausgewiesen. Durch dieses Modell konnte auch der Geltungsbereich so aufgeteilt werden, dass jeder Teilpflegestützpunkt für durchschnittlich nur etwa 43.000 EinwohnerInnen zuständig ist, ein Wert, der etwa den Durchschnitt aller Teilpflegestützpunkte (47.257) in Baden-Württemberg widerspiegelt (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Bevölkerung pro Teilpflegestützpunkt – aufsteigend

Pflegestützpunkte	Anzahl Teilpflegestützpunkte	Bevölkerung Geltungsbereich Gesamt	Bevölkerung Geltungsbereich pro Teilpflegestützpunkt
Ludwigsburg Städte	5	193.000	38.600
Esslingen NW	7	150.000	42.857
Esslingen SO		150.000	42.857
Karlsruhe Stadt	6	302.001	50.334
Rhein-Neckar-Kreis Walldorf	7	269.838	77.097
Rhein-Neckar-Kreis Weinheim		269.839	77.097
Durchschnitt	6,3	222.446	47.257

Die beschriebenen Nachteile von Pflegestützpunkten mit Außenstellen können allerdings nicht für Pflegestützpunkte mit Kooperierenden Beratungsstellen gelten, da diese genau wie Teilpflegestützpunkte über eigenes Personal und einen eigenen Geltungsbereich verfügen. Auch hier können aus der Verknüpfung der Ergebnisse der Fallstudien mit den später ausgewerteten Daten aus dem Pflichtenheft und der zweiten Strukturhebung Erklärungsansätze abgeleitet werden. So haben sich die beiden Pflegestützpunkte in Stuttgart sowie der Pflegestützpunkt im Breisgau-Hochschwarzwald dem Standortmodell Pflegestützpunkt mit Kooperierenden Beratungsstellen zugeordnet, ohne aber das Personal und die Nachfrage dieser Kooperierenden Stellen den Pflegestützpunkten zuzurechnen. Im Falle von Stuttgart kommt hinzu, dass sogar die Konzeption vor Ort darauf ausgerichtet ist, den Großteil der Hilfeleistungen durch die Kooperierenden Beratungsstellen zu erbringen. Hätten diese drei Pflegestützpunkte genauso dokumentiert wie die Teilpflegestützpunkte, hätten auch sie eine höhere Nachfrage bei größerem Personaleinsatz. Die Zahlen der anderen Pflegestützpunkte mit Kooperierenden Beratungsstellen lassen vermuten, dass dieses Vorgehen auch bei einigen anderen Pflegestützpunkten gewählt wurde. Ausnahmen bilden nur die Pflegestützpunkte im Landkreis Tübingen und dem Zollernalbkreis. Im Falle von Tübingen kann durch die durchgeführte Fallstudie bestätigt werden, dass dort auch die Stellenanteile aus den Kooperierenden Beratungsstellen dem Pflegestützpunkt hinzugerechnet wurden. Allerdings wird auch in Tübingen die Nachfrage dieser Stellen nur teilweise dem Pflegestützpunkt zugeordnet, so dass die „tatsächliche“ Nachfrage voraussichtlich ebenfalls noch höher ausfällt).

Diese Ergebnisse zeigen, dass es bei zukünftigen Auswertungen des Pflichtenheftes erforderlich ist, den Pflegestützpunkten klare Vorgaben darüber zu machen, welche Beratungsangebote sie den Pflegestützpunkten zuordnen sollen. Erst dann wird es möglich sein, genauere Angaben über die Nachfrage dieser dezentralen Standortmodelle treffen zu können. Allerdings kann schon zum jetzigen Zeitpunkt sehr anschaulich gezeigt werden, dass das Standortmodell mit Teilpflegestützpunkten dem Modell mit einem einzigen Pflegestützpunkt eindeutig überlegen ist.

So weisen die Pflegestützpunkte, die aus Teilpflegestützpunkten bestehen, eine deutlich höhere durchschnittliche Nachfrage bei den KlientInnen- (+ 89,7 %) und bei den Kontaktzahlen (+ 118,1 %) auf. Während die Zahl der neuen KlientInnen pro Vollzeitäquivalent zwar um 24,8 % geringer ist, übersteigt die Kontaktanzahl pro Vollzeitäquivalent den Wert der singulären Pflegestützpunkte um 3,8 %. Am deutlichsten tritt die unterschiedliche Nachfrage bezogen auf 1.000 EinwohnerInnen im Geltungsbereich auf. Die Teilpflegestützpunkte verzeichnen durchschnittlich um 47,2 % mehr neue KlientInnen und um 69,9 % mehr Kontakte bezogen auf den Geltungsbereich des Pflegestützpunkttyps (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Singuläre Pflegestützpunkte im Vergleich zu Pflegestützpunkten aus Teilpflegestützpunkten

	Singuläre Pflegestütz- punkte	Pflegestützpunkte aus Teilpflege- stützpunkten	Prozentualer Unterschied zw. Teil- pflegestützpunkten und singulären PSP
Anzahl der Pflegestützpunkte	16	6	—
KlientInnen in 6 Monaten (Ø)	399	757	+ 89,7%
Kontakte in 6 Monaten (Ø)	718	1.566	+ 118,1
BewohnerInnen im Geltungsbereich (Ø)	173.130	222.446	+ 28,5
Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) (Ø)	1,38	3,47	+ 151,4%
KlientInnen pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	290	218	- 24,8%
KlientInnen pro 1.000 EW (Ø)	2,31	3,40	+ 47,2%
Kontakte pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	521	541	+ 3,8%
Kontakte pro 1.000 EW (Ø)	4,15	7,04	+ 69,6%

Ohne die beiden Ausreißer Baden-Baden und Heidelberg zeigen die Nachfragewerte noch größere Unterschiede. Insgesamt weisen die Pflegestützpunkte, die aus Teilpflegestützpunkten bestehen, dann eine höhere durchschnittliche Nachfrage bei den KlientInnen- (+ 130,1 %) und bei den Kontaktzahlen (+ 179,6 %) auf. Während die Zahl der neuen KlientInnen pro Vollzeitäquivalent um 13,1 % geringer ist, übersteigt die Kontaktanzahl pro Vollzeitäquivalent den Wert der singulären Pflegestützpunkte um 26,1 %. Die durchschnittliche Anzahl von neuen KlientInnen pro 1.000 EinwohnerInnen im Geltungsbereich ist in Teilpflegestützpunkten um 91,0 % höher als bei singulären Pflegestützpunkten, die Kontaktzahlen pro 1.000 EinwohnerInnen übersteigen den Vergleichswert sogar um 131,6 % (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26: Singuläre Pflegestützpunkte (ohne Heidelberg und Baden-Baden) im Vergleich zu Pflegestützpunkten aus Teilpflegestützpunkten

	Singuläre Pflegestützpunkte (ohne Heidelberg und Baden-Baden)	Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten	Prozentualer Unterschied zw. Teilpflegestützpunkten und singulären PSP
Anzahl der Pflegestützpunkte	14	6	—
KlientInnen in 6 Monaten (Ø)	329	757	+ 130,1%
Kontakte in 6 Monaten (Ø)	560	1.566	+ 179,6%
BewohnerInnen im Geltungsbereich (Ø)	184.323	222.446	+ 20,7%
Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) (Ø)	1,31	3,47	+ 164,9%
KlientInnen pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	251	218	- 13,1%
KlientInnen pro 1.000 EW (Ø)	1,78	3,40	+ 91,0%
Kontakte pro VZÄ in 6 Monaten (Ø)	429	541	+ 26,1%
Kontakte pro 1.000 EW (Ø)	3,04	7,04	+ 131,6%

5.2 Informationen über die Nachfragenden

Da die Pflegestützpunkte im Pflichtenheft nur Angaben zu KlientInnen dokumentieren, die die Leistungen des Pflegestützpunktes zum ersten Mal in Anspruch genommen haben, können Doppeldokumentationen ausgeschlossen werden. Im Folgenden kann daher dargestellt werden, welche Charakteristika die NachfragerInnen der Leistungen von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg aufweisen.

Bei der Einschätzung der Nachfragenden ist es von besonderer Wichtigkeit, klar zu definieren, um wen es sich genau handelt. Hierzu gab es im Verlauf der Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg eine kontroverse Diskussion darüber, ob Angehörige von Hilfebedürftigen auch als KlientInnen eines Pflegestützpunktes dokumentiert werden sollten. Obwohl dies in einigen Fällen, insbesondere bei den Hilfeleistungen für pflegende Angehörige, sicherlich so gemacht werden könnte, wurde von diesem Vorgehen Abstand genommen. Der Grund liegt darin, dass dann die KlientInnen nicht klar voneinander abgegrenzt werden könnten. Bei der Beantragung einer Verhinderungspflege könnten beispielsweise alle Familienangehörigen, denen dadurch ein Urlaub ermöglicht wird, als KlientInnen dokumentiert werden. Außerdem würde eine „Ausweitung“ des Begriffs KlientInnen dazu führen, dass einige Angaben zu den „tatsächlichen“ KlientInnen, beispielsweise über das Vorliegen einer Pflegestufe, nicht mehr interpretiert werden könnten. Aus diesen Gründen wurden „nur“ diejenigen Personen als KlientInnen definiert, um die es bei der Hilfeleistung durch den Pflegestützpunkt „primär“ geht, nicht aber deren Bekannte oder Verwandte.

Bei den meisten Menschen, mit denen die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte Kontakt haben, handelt es sich nicht um die KlientInnen selbst. So fanden nur 22,5 % der 39.902 dokumentierten Kontakte unmittelbar mit den KlientInnen selbst, der Großteil der Kontakte (44,6 %) aber mit Angehörigen der KlientInnen statt. In 4,6 % der Fälle hatten Freunde oder Bekannte stellvertretend den Pflegestützpunkt kontaktiert, während rund 23,6 % der Kontakte mit den ortsansässigen Pflegestützpunkten auf Initiative professioneller AkteurInnen aus dem Umfeld der KlientInnen zustande kamen (siehe Tabelle 27). Diese Zahlen zeigen auch, dass die baden-württembergischen Pflegestützpunkte bereits bei vielen AkteurInnen der Versorgungslandschaft als Anbieter von Informationen, Beratung und Case Management bekannt sind.

Tabelle 27: Wer hatte Kontakt mit dem Pflegestützpunkt?

Kontaktperson	Anzahl in 6 Monaten	Anteil
KlientInnen selbst	8.985	22,5 %
Angehörige	17.809	44,6 %
Freunde/Bekannte	1.852	4,6 %
Kranken- und Pflegekassen	896	2,2 %
Kliniken (z. B. Krankenhäuser und Rehakliniken)	1.486	3,7 %
Niedergelassene ÄrztInnen	496	1,2 %
Ambulante Pflegedienste	1.999	5,0 %
Behörden/Ämter	2.591	6,5 %
Andere Beratungsstellen	1.266	3,2 %
Gesetzliche BetreuerInnen	720	1,8 %
Sonstige	1.802	4,5 %
Summe	39.902	100,0 %

Der überwiegende Teil der Kontaktaufnahmen mit den Pflegestützpunkten (62,8 %) fand telefonisch statt, knapp jeder fünfte Kontakt (19,6 %) erfolgte auf persönlichem Wege während der Präsenzzeiten im Pflegestützpunkt. Während jeder zehnte Kontakt (9,8 %) per E-Mail oder postalisch zustande kam, bildeten Hausbesuche bei den KlientInnen mit 6,8 % den geringsten Anteil unter den Kontaktwegen mit Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg. Angesichts der Tatsache, dass jeder der 48 Pflegestützpunkte eine zugehende Beratung anbietet (siehe Kapitel 4.2), erscheint dieser Wert sehr niedrig (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28: Kontaktweg mit dem Pflegestützpunkt in sechs Monaten

Kontaktweg	Anzahl in 6 Monaten	Anteil
Telefonisch	26.417	62,8 %
E-Mail/Postalisch	4.130	9,8 %
Persönlich im PSP	8.229	19,6 %
In der Häuslichkeit	2.852	6,8 %
Sonstige	412	1,0 %
Alle Kontakte	42.040	100,0 %

Mit 88,1 % kommt der überwiegende Anteil der neuen KlientInnen (18.685 BürgerInnen) aus dem Geltungsbereich des jeweiligen Stützpunktes. Rund jede/r achte neue KlientIn (11,9 %; 2.526 BürgerInnen) hat dagegen von außerhalb des Geltungsbereichs den Kontakt mit dem Pflegestützpunkt gesucht (siehe Tabelle 29).

Tabelle 29: Herkunft der KlientInnen in sechs Monaten

Herkunft der KlientInnen	Anzahl in 6 Monaten	Anteil
Innerhalb des Geltungsbereichs	18.685	88,1 %
Außerhalb des Geltungsbereichs	2.526	11,9 %
Alle KlientInnen	21.211	100,0 %

Bei den Menschen, um die es bei den Hilfeleistungen der Pflegestützpunkte ging (KlientInnen), handelt es sich in der Mehrzahl um Frauen (62,7 %) (siehe Tabelle 30).

Tabelle 30: Geschlecht der KlientInnen in sechs Monaten

Geschlecht der KlientInnen	Anzahl in 6 Monaten	Anteil
Männlich	7.870	37,3 %
Weiblich	13.232	62,7 %
Alle KlientInnen	21.102	100,0 %

Die Verteilung der Altersgruppen der KlientInnen zeigt einen deutlichen Schwerpunkt älterer Menschen. Jeweils rund ein Drittel der neuen KlientInnen waren im Segment der 70- bis unter 80-Jährigen (33,5 %) beziehungsweise der 80- bis unter 90-Jährigen (32,9 %) und immerhin noch ein Anteil von 7,4 % aus dem Alterssegment 90 Jahre und älter. Allerdings war im Erhebungszeitraum Juni bis November 2012 auch mehr als jede/r zehnte neue KlientIn (10,9 %) der Pflegestützpunkte unter 60 Jahre alt (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Altersgruppen der KlientInnen

Altersgruppen	KlientInnen in 6 Monaten	Anteil
bis unter 20 Jahre	193	1,0 %
20 bis unter 40 Jahre	336	1,8 %
40 bis unter 60 Jahre	1.498	8,1 %
60 bis unter 70 Jahre	2.840	15,3 %
70 bis unter 80 Jahre	6.217	33,5 %
80 bis unter 90 Jahre	6.093	32,9 %
90 und älter	1.366	7,4 %
Alle KlientInnen	18.543	100,0 %

Auch die **Hilfebedürftigkeit** der KlientInnen zeigt ein breites Spektrum. So sind mehr als die Hälfte (60,0 %) der neuen KlientInnen der baden-württembergischen Pflegestützpunkte im Sinne der Pflegeversicherung nicht pflegebedürftig und haben demzufolge keine Pflegestufe. Die Tatsache, dass bei 30,1 % der KlientInnen die Beantragung einer Pflegestufe auch nicht vorgesehen war, zeigt, dass Pflegestützpunkte hier eine sehr starke präventive Rolle für Pflegebedürftigkeit ausüben. Dies bedeutet auch, dass sich viele Menschen an die Pflegestützpunkte wenden, die nicht zur Zielgruppe der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI gehören. Das gilt auch für die 639 KlientInnen, deren Anträge auf Leistungen der Kranken- und Pflegekassen abgelehnt wurden.

Auf der anderen Seite sind 40,0 % der KlientInnen der baden-württembergischen Pflegestützpunkte im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Hierunter fallen sowohl Menschen mit einem eher geringen Pflegebedarf bis hin zu Menschen, die als Härtefall gelten. So haben 23,0 % der dokumentierten KlientInnen die Pflegestufe I, 12,8 % Pflegestufe II, 4,0 % Pflegestufe III und 0,2 % eine Härtefallregelung (siehe Tabelle 32). Knapp jede/r zehnte neue KlientIn (9,8 % der insgesamt 21.378 dokumentierten neuen KlientInnen) hat darüber hinaus erheblichen Betreuungsbedarf nach § 45 SGB XI, unabhängig von einer Pflegestufe.

Tabelle 32: Pflegestufe der KlientInnen in sechs Monaten

Art der Einstufung	Anzahl	Anteil
Keine Pflegestufe – Nicht vorgesehen	5.432	30,1 %
Keine Pflegestufe – Vorgesehen	4.763	26,4 %
Keine Pflegestufe – Abgelehnt	639	3,5 %
Summe „nicht pflegebedürftig“	10.834	60,0 %
Pflegestufe 1	4.160	23,0 %
Pflegestufe 2	2.310	12,8 %
Pflegestufe 3	723	4,0 %
Härtefall	42	0,2 %
Summe „pflegebedürftig“	7.235	40,0 %
Summe KlientInnen gesamt	18.069	100,0 %

Der **unterschiedliche Hilfebedarf** wird auch bei der dokumentierten Dauer der Kontakte mit den Pflegestützpunkten deutlich. Gut drei Viertel der Gespräche (75,4 %) bewegten sich im Rahmen bis zu einer halben Stunde, 42,3 % der Kontakte konnten in einem zeitlichen Rahmen bis zu 10 Minuten erfolgen. Knapp ein Viertel der Gespräche waren zeitlich deutlich aufwändiger und dauerten zwischen 31 und 60 Minuten (16,2 %) beziehungsweise zwischen einer und zwei Stunden (7,2 %). Rund ein Prozent der Beratungen (0,9 %) dauerte zwischen zwei und drei Stunden oder sogar noch länger (0,2 %) (siehe Tabelle 33).

Tabelle 33: Dauer der Kontakte mit den KlientInnen in sechs Monaten

Kontaktdauer	Anzahl	Anteil
Bis 10 Minuten	17.634	42,3 %
11 bis 30 Minuten	13.799	33,1 %
31 bis 60 Minuten	6.766	16,2 %
61 bis 120 Minuten	2.999	7,2 %
121 bis 180 Minuten	391	0,9 %
Länger als 180 Minuten	64	0,2 %
Alle Kontakte	41.653	100,0 %

5.3 Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte

Ebenso wie der Hilfebedarf (siehe Kapitel 5.2) ist auch das Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte sehr breit. 41,6 % der Kontakte mit den Pflegestützpunkten stellten Einzelinformationen dar und umfassten somit Auskünfte, die unabhängig von der persönlichen Situation der Rat- und Hilfesuchenden gegeben werden konnten. In einem ähnlichen Umfang wurden mit 40,6 % Beratungen in Form von Informationen und emotionalen Unterstützungsleistungen durchgeführt, die die KlientInnen oder deren soziales Umfeld dazu befähigen, die eigene Situation selbständig bewältigen zu können. Hilfeleistungen in Rahmen der Fallsteuerung (Case Management) wurden in 17,8 % aller Kontakte durchgeführt. Hier waren die KlientInnen oder deren soziales Umfeld nicht in der Lage, die eigene Situation selbständig bewältigen zu können und die/der Pflegestützpunkt-MitarbeiterIn wurde stellvertretend für die/den KlientIn tätig (siehe Tabelle 34).

Bei lediglich 1,4 % aller Kontakte mit den Pflegestützpunkten wurde über die Beratung nach § 7 a SGB XI informiert und nur in Einzelfällen (0,3 %) an die Pflegeversicherung zur Durchführung der Beratung nach § 7 a SGB XI vermittelt.

Tabelle 34: KlientInnenkontakte in sechs Monaten nach erbrachter Leistung

Leistungsart	Anzahl	Anteil
Einzelinformation	16.416	41,6 %
Beratung	16.056	40,6 %
Case Management	7.032	17,8 %
Summe	39.504	100,0 %

Das breite Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte zeigt sich auch mit Blick auf die Beratungsthemen. Insgesamt wurden bei den Kontakten 93.803 Themen (Mehrfachnennungen waren möglich) dokumentiert, was einem Durchschnitt von 2,2 Themen pro Kontakt entspricht. Die Auswertung des Pflichtenheftes zeigt, dass ambulante Pflege- und Betreuungsleistungen in 10,9 % aller Kontakte am häufigsten Gegenstand der Beratungsleistung war. In 8,7 % der Fälle war das Thema Pflegeversicherung (SGB XI) Inhalt der Beratung durch den Pflegestützpunkt. Daneben sind finanzielle Aspekte rund ums Alter mit 6,9 % und Fragen zu demenziellen Erkrankungen mit 6,0 % die am meisten angesprochenen Themen. Die Breite der angesprochenen Themen verdeutlicht die fachübergreifende Beratungsleistung der Pflegestützpunkte, die sich schwerpunktmäßig auf den präventiven, den pflegerischen Bereich sowie auf das Wohnen im Alter erstreckt (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Themen der Hilfeleistungen in sechs Monaten durch die Pflegestützpunkte (Mehrfachnennungen möglich)

Thema	Anzahl	Anteil
Ambulante Betreuungs- und Pflegeleistungen	10.098	10,9 %
SGB XI	8.104	8,7 %
Finanzen	6.443	6,9 %
Demenz	5.569	6,0 %
Leistungsanbieter	5.491	5,9 %
Wohnen	4.819	5,2 %
Fragen zur stationären Pflege	4.802	5,2 %
Betreuungsrecht	4.748	5,1 %
Entlastungsangebote für pflegende Angehörige/ andere Bezugspersonen	4.739	5,1 %
SGB XII	4.439	4,8 %
Hilfe bei der Beantragung	3.636	3,9 %
Haushaltshilfen	3.602	3,9 %
Kurzzeitpflege	3.377	3,6 %
Präventive Beratung	3.214	3,5 %
Teilstationäre Pflegeangebote	2.498	2,7 %
Patientenverfügung	2.189	2,4 %
24-Stunden Betreuung	2.147	2,3 %
Behinderung	2.119	2,3 %
Bürgerschaftliches Engagement/Ehrenamt/Selbsthilfe	2.088	2,2 %
Verhinderungspflege	2.047	2,2 %
Hilfsmittel	1.859	2,0 %
SGB V	1.586	1,7 %
Spezielle Erkrankungen	1.536	1,7 %
SGB IX	640	0,7 %
Palliativversorgung	352	0,4 %
Hospize	311	0,3 %
SGB II	280	0,3 %
SGB VII	70	0,1 %
Summe	92.803	100,0 %

5.4 Pflegestützpunkte als Vernetzungsinstitutionen

In Kapitel 4.10 wurde bereits darauf hingewiesen, dass bereits viele Kontakte der Pflegestützpunkte mit Multiplikatoren wie zum Beispiel Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen existieren (siehe Tabelle 16). Dass es den Pflegestützpunkten bereits gelungen ist, bei vielen Multiplikatoren einen hohen Bekanntheitsgrad als Stellen für Information, Beratung und Case Management zu erlangen, wird durch die Daten über die Vermittlung der Kontaktaufnahme mit den Pflegestützpunkten bestätigt. Mit insgesamt 24,9 % kam jeder vierte Kontakt durch einen im Umfeld der/des KlientIn tätigen Akteur zustande. Dies waren insbesondere Behörden und Ämter mit 6,7 %, ambulante Pflegedienste mit 5,0 % oder Kliniken mit 4,8 %. In lediglich 2,3 % der Kontakte haben Kranken- und Pflegekassen das Hilfeangebot der Pflegestützpunkte vermittelt (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: VermittlerIn des Kontaktes in sechs Monaten

Kontakt zustande gekommen über:	Anzahl	Anteil
Eigene Initiative	5.620	20,1 %
Angehörige	12.857	45,9 %
Freunde/Bekannte	1.446	5,2 %
Kranken- und Pflegekassen	655	2,3 %
Kliniken (z. B. Krankenhäuser und Rehakliniken)	1.341	4,8 %
Niedergelassene ÄrztInnen	312	1,1 %
Ambulante Pflegedienste	1.391	5,0 %
Behörden/Ämter	1.880	6,7 %
Andere Beratungsstellen	990	3,5 %
Gesetzliche BetreuerInnen	425	1,5 %
Sonstige	1.065	3,8 %
Alle Kontakte	27.982	100,0 %

Die Zielsetzung, die Bekanntheit bei den Multiplikatoren zu erhöhen und dadurch die KlientInnen auf das Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte sowie auf Möglichkeiten zu dessen Inanspruchnahme aufmerksam zu machen, ist eine wichtige Vernetzungsaufgabe der Pflegestützpunkte. Grundvoraussetzung für die tatsächliche Erbringung der Leistungen eines Pflegestützpunktes ist aber die Einbindung beziehungsweise die Erschließung aller bestehenden Angebote und Leistungen, die für die Versorgung der Rat- und Hilfesuchenden in Frage kommen. Hierzu ist es für die Pflegestützpunkte obligatorisch, sich mit anderen Institutionen zu vernetzen, das heißt funktionsfähige Kooperationsstrukturen aufzubauen (siehe auch Kapitel 4.10).

Um den für die Vernetzung benötigten Aufwand einschätzen zu können, der für die Netzwerkarbeit der Pflegestützpunkte erforderlich ist, wurden im neuen Pflichtenheft zwei Rubriken ergänzt. Bei der ersten handelt es sich um „klientInnenbezogene Netzwerkkontakte“. Diese umfassen alle erfolgten Kontakte, bei denen das Personal des

Pflegestützpunktes unmittelbar für den/die Rat- und Hilfesuchende/n innerhalb des Beratungsprozesses tätig wurde. Diese Kontakte sind unmittelbar im Auftrag oder im Beratungsprozess eines/einer KlientIn entstanden. Beispiele hierfür stellen Anfragen auf verfügbare Plätze in einem Pflegeheim für eine/n KlientIn oder die Nachfrage im Auftrag eines/einer KlientIn nach den Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement beim örtlichen Behindertenverein dar.

Hiervon zu unterscheiden sind „nicht-klientInnenbezogene Netzwerkkontakte“, die die zweite Rubrik darstellen. Hierunter werden alle Kontakte subsumiert, die nicht einer/m KlientIn alleine zugeordnet werden können.

KlientInnenbezogene Netzwerkkontakte

KlientInnenbezogene Netzwerkkontakte wurden nicht von allen Pflegestützpunkten dokumentiert. So liegen von insgesamt sechs Pflegestützpunkten keine entsprechenden Daten vor. Von den übrigen 42 Pflegestützpunkten wurden insgesamt 8.775 klientInnenbezogene Netzwerkkontakte dokumentiert. Die durchschnittliche Anzahl von klientInnenbezogenen Netzwerkkontakten pro Monat variiert nach Pflegestützpunkt von einigen wenigen bis hin zu 145 Kontakten (siehe Tabelle 37). Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass die Dokumentation dieser Daten aufgrund der noch sehr kurzen Gültigkeit des neuen Pflichtenheftes noch nicht in allen Pflegestützpunkten gleichermaßen gut funktioniert. Allerdings zeigen bereits jetzt die Daten einiger Pflegestützpunkte, dass der Aufwand für klientInnenbezogene Netzwerkkontakte an den für KlientInnenkontakte heranreichen oder diesen auch übersteigen kann. Beispiele hierfür sind die Pflegestützpunkte im Landkreis Esslingen (Südost), in Karlsruhe (Bruchsal), in Baden-Baden oder auch im Alb-Donau-Kreis.

Tabelle 37: KlientInnenbezogene Netzwerkkontakte pro Monat – aufsteigend

Pflegestützpunkte (n = 42)*	Anzahl klientInnen- bezogene Netzwerk- kontakte pro Monat	Anzahl KlientInnen pro Monat
Ulm	1	22
Landkreis Main-Tauber-Kreis	1	38
Landkreis Schwäbisch Hall	3	51
Landkreis Emmendingen	5	34
Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald	6	37
Landkreis Heilbronn	7	71
Stuttgart Innere Stadtbezirke	9	9
Landkreis Ludwigsburg Städte	10	57
Landkreis Böblingen	10	11
Enzkreis	11	78
Stuttgart Äußere Stadtbezirke	12	12
Freiburg	14	97
Landkreis Tübingen	16	83
Landkreis Heidenheim	18	83
Landkreis Waldshut	19	47
Landkreis Karlsruhe Ettlingen	20	52
Zollernalbkreis	21	120
Ortenaukreis	22	152
Schwarzwald-Baar-Kreis	24	60
Mannheim Südlich des Neckars	24	102
Mannheim Nördlich des Neckars	25	92
Landkreis Lörrach	26	103
Stadt Heilbronn	26	63
Landkreis Göppingen	27	39
Rems-Murr-Kreis	28	72
Landkreis Tuttlingen	30	50
Landkreis Freudenstadt	33	30
Landkreis Rastatt	34	37
Landkreis Konstanz	41	105
Alb-Donau-Kreis	43	23
Bodenseekreis	45	57
Hohenlohekreis	46	56
Landkreis Rottweil	50	101
Baden-Baden	56	44
Landkreis Karlsruhe Bruchsal	61	55
Heidelberg	61	254
Landkreis Esslingen Nordwest	61	114
Landkreis Calw	68	30

Pflegestützpunkte (n = 42)*	Anzahl klientInnen- bezogene Netzwerk- kontakte pro Monat	Anzahl KlientInnen pro Monat
Rhein-Neckar-Kreis/Weinheim	83	105
Rhein-Neckar-Kreis/Walldorf	102	133
Karlsruhe	116	232
Landkreis Esslingen Südost	145	116
Durchschnitt	34,8	74,4

* Insgesamt sechs Pflegestützpunkte (Landkreis Ludwigsburg – Landkreis, Ostalbkreis, Landkreis Ravensburg, Landkreis Reutlingen, Landkreis Sigmaringen und Pforzheim) haben keine klientInnenbezogene Netzwerkkontakte dokumentiert und wurden entsprechend herausgerechnet.

Nicht-klientInnenbezogene Netzwerkkontakte

Bei der Zahl der nicht-klientInnenbezogenen Netzwerkkontakte gibt es ebenfalls eine große Spanne zwischen den Pflegestützpunkten. Auffällig ist erneut der Einfluss der unterschiedlichen Standortmodelle. Genau wie bei der Nachfrage (KlientInnen und Kontakte) verzeichnen die Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten hier deutlich höhere Werte bei den nicht-klientInnenbezogenen Kontakten. In diesen Pflegestützpunkten wurden in den sechs Monaten des Erhebungszeitraums durchschnittlich 221 Kontakte für die Vorstellung des Pflegestützpunktes, für Vorträge bei externen Veranstaltungen, für die Mitarbeit in Gremien und Arbeitsgruppen, für die Durchführung von Veranstaltungen oder sonstige Netzwerktätigkeiten dokumentiert. Die singulären Pflegestützpunkte sowie die Pflegestützpunkte mit Außenstellen oder mit Kooperierenden Beratungsstellen kommen mit 80, 65 und 54 höchstens auf gut ein Drittel dieser Kontakte (siehe Tabelle 38). Durch diese Ergebnisse werden die Vorteile dieses dezentralen Standortmodells, die bereits bei der Interpretation der Nachfrage herausgearbeitet werden konnten, weiter bestätigt.

**Tabelle 38: Nicht-klientInnenbezogene Netzwerkkontakte
nach Standortmodell in sechs Monaten**

Anzahl Pflegestützpunkte	Durchschnittliche nicht-klientInnen- bezogene Netzwerkkontakte
Singuläre Pflegestützpunkte	
16	80
Teilpflegestützpunkte	
6	221
Pflegestützpunkte mit Außenstellen	
8	65
Pflegestützpunkten mit Kooperierenden Beratungsstellen*	
13	55
Mischformen	
4	81

* Der Pflegestützpunkt im Landkreis Tübingen hat keine nicht-klientInnenbezogenen Netzwerkkontakte dokumentiert und wurde entsprechend herausgerechnet.

5.5 Aufwand pro Vollzeitäquivalent in den Pflegestützpunkten

Der durchschnittliche Aufwand pro Vollzeitäquivalent in den Pflegestützpunkten liegt relativ nah beieinander (siehe Tabelle 39). Allerdings hat eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter aus einem Teilpflegestützpunkte vergleichsweise mehr klientInnenbezogene und nicht-klientInnenbezogene Netzwerkkontakte. Hierbei ist zu beachten, dass die nicht-klientInnenbezogenen Netzwerkkontakte, z. B. die Planung und Durchführung einer Veranstaltung, teilweise auch mehrere Tage in Anspruch nehmen können. Diese Ergebnisse zeigen, dass die MitarbeiterInnen in Teilpflegestützpunkten nicht weniger Arbeit verrichten, als ihre KollegInnen in den Pflegestützpunkten mit anderen Standortmodellen. Folglich ist die deutlich höhere Personalbesetzung in den Pflegestützpunkten aus Teilpflegestützpunkten gerechtfertigt. Zur allgemeinen Einschätzung des Arbeitsumfangs ist noch wichtig anzumerken, dass der hier dargestellte Aufwand nicht alle Tätigkeiten von PflegestützpunktmitarbeiterInnen abbildet. Hierzu gehören u. a. alle notwendigen Dokumentationstätigkeiten und Teambesprechungen. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden Fehlzeiten aufgrund von Erholungsurlauben oder Krankheitsausfällen.

**Tabelle 39: Durchschnittliche Kontakte und Netzwerkkontakte
pro Vollzeitäquivalent pro Monat nach Standortmodell**

Kontakte		KlientInnenbezogene Netzwerkkontakte		Nicht-klientInnenbezogene Netzwerkkontakte	
Anzahl PSP	Ø Kontaktanzahl	Anzahl PSP*	Ø Kontaktanzahl	Anzahl PSP*	Ø Kontaktanzahl
Singuläre Pflegestützpunkte					
16	82	12*	23	16	9
Teilpflegestützpunkte					
6	90	6	29	6	12
Pflegestützpunkte mit Außenstellen					
8	74	7*	23	8	9
Pflegestützpunkte mit Kooperierenden Beratungsstellen					
14	101	13*	16	13*	7
Mischformen					
4	112	3*	25	4	6

* Pflegestützpunkte mit weniger als einem Netzwerk-Kontakt pro Monat wurden in den Durchschnittsn nicht einberechnet.

6 Diskussion

In den vorangehenden Kapiteln wurden die Ergebnisse der einzelnen Erhebungsinstrumente der Evaluation der Pflegestützpunkte systematisch dargestellt. In der folgenden Diskussion wird auf der Grundlage dieser Projektergebnisse eine Bewertung der bisher gemachten Erfahrungen bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg vorgenommen. In dieser Bewertung werden die Leistungen der Pflegestützpunkte (7.1) sowie deren Qualität (7.2), die Nachfrage (7.3) und die Rolle der Pflegestützpunkte in der bestehenden Versorgungslandschaft (7.4) differenziert betrachtet.

6.1 Leistungen der Pflegestützpunkte

Pflegestützpunkte definieren sich in erster Linie durch die Leistungen, die sie direkt für Rat- und Hilfesuchende erbringen. Die Erfahrungen mit der ersten Version des Pflichtenheftes haben gezeigt, dass es in den baden-württembergischen Pflegestützpunkten vor Beginn der Evaluation ein sehr unterschiedliches Verständnis von der Definition der verschiedenen Leistungen und deren Abgrenzung gegeben hat. An dieser Stelle muss allerdings angeführt werden, dass diese Problematik kein landesspezifisches Problem darstellt, sondern bundesweit besteht (Tebest 2013). In Baden-Württemberg ist es durch die Überarbeitung des Pflichtenheftes gelungen, mit Einzelinformationen, Beratung und Case Management drei Kernleistungen zu definieren, die in allen Pflegestützpunkten gleichermaßen definiert und voneinander abgegrenzt werden (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2:**Definition der Leistungsarten von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg**

Unter **Einzelinformationen** werden alle Auskünfte zusammengefasst, die unabhängig von der persönlichen Situation der Rat- und Hilfesuchenden gegeben werden können.

Beratung und Fallsteuerung (Case Management) werden erbracht, sobald die persönliche Situation der KlientInnen von den MitarbeiterInnen bei den Hilfeleistungen einbezogen wird.

Unter einer **Beratung** werden alle Hilfe- und Unterstützungsleistungen zusammengefasst, die die KlientInnen oder deren soziales Umfeld dazu befähigen, die eigene Situation selbstständig bewältigen zu können. Hierzu zählen Informationen, aber auch emotionale Unterstützungsleistungen.

Fallsteuerung (Case Management) wird dann erbracht, wenn die KlientInnen oder deren soziales Umfeld nicht in der Lage sind, die eigene Situation selbstständig bewältigen zu können (bzw. den eigenen Fall nicht mehr selbst steuern können). In diesen Fällen werden die PflegestützpunktmitarbeiterInnen stellvertretend für die KlientInnen tätig.

Eine **Beratung nach § 7 a SGB XI** ist eine mit der Fallsteuerung vergleichbare Leistung, die von den Pflegekassen (auch im Pflegestützpunkt) nach § 7 a SGB XI angeboten werden muss. Die Schritte einer Beratung nach § 7 a sind im SGB XI aufgeführt.

Durch dieses Projektergebnis ist es nun möglich aufzuzeigen, dass ein großer Teil der Leistungen der Pflegestützpunkte aus der reinen Hilfe zur Selbsthilfe besteht. So reicht es bei durchschnittlich 41,6 % aller Kontakte aus, ausschließlich Informationen zu vermitteln, bei denen die persönliche Situation der Rat- und Hilfesuchenden keine Rolle spielt. Darüber hinaus wird bei durchschnittlich 40,6 % der Kontakte zwar die persönliche Situation betrachtet, die Rat- und Hilfesuchenden können allerdings durch die Beratung der Pflegestützpunkte völlig selbstständig ihre Probleme bewältigen. Durch diese Hilfe zur Selbsthilfe übernehmen die Pflegestützpunkte eine wichtige Funktion dabei, die Gesundheitskompetenzen der BürgerInnen in Baden-Württemberg zu stärken und sie darin zu befähigen, besser und vor allem selbstbestimmt und selbstorganisiert mit kritischen Lebenssituationen umzugehen. Wie eine Vielzahl von Studien zeigt, kann durch die Steigerung der Gesundheitskompetenzen auch die Qualität der Versorgung verbessert werden (Berkman 2011). Um dies zu realisieren, geben die Pflegestützpunkte zu einer großen Spannweite von Themen Auskunft und Beratung. Hierunter fallen neben pflegerischen Fragestellungen auch viele komplementäre Beratungsthemen, wie zum Beispiel Haushaltshilfen und Finanzen (siehe Kapitel 5.3). Die baden-württembergischen Pflegestützpunkte fungieren somit als zentrale Stellen für alle relevanten Informationen aus dem erweiterten Themenkreis Pflege.

Die Leistungen der Pflegestützpunkte beziehen sich allerdings nicht ausschließlich auf die Hilfe zur Selbsthilfe. So handelt es sich bei 17,8 % aller KlientInnenkontakte um Kontakte, bei denen die MitarbeiterInnen auch stellvertretend für die KlientInnen tätig werden und ein Case Management durchführen. Klärungsbedürftig bei der Erbringung dieser Leistungen ist allerdings die Abgrenzung und Kooperation mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI der Kranken- und Pflegekassen. Hier kann den von der LAG festgelegten Anforderungen an die baden-württembergischen Pflegestützpunkte entnommen werden, dass die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI von der Errichtung der Pflegestützpunkte unberührt bleibt, sie aber bei Bedarf auch im Pflegestützpunkt angeboten werden muss. Der Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg kann entnommen werden, dass die Kranken- und Pflegekassen der Auffassung sind, dass die Pflegeberatung im Vor- und Umfeld der Pflegebedürftigkeit eine kommunale Pflichtaufgabe nach bundes- und landesrechtlichen Vorschriften ist und die Errichtung von Pflegestützpunkten diese Verpflichtung nicht einschränkt. In der Praxis hat sich gezeigt, dass es vor Ort keine klare Vorgabe zur Rolle der Pflegestützpunkte bei der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI gibt. Durch die Fallstudien kann bei der Zusammenarbeit der Pflegestützpunkte mit den Kranken- und Pflegekassen eine „gelebte Praxis“ herausgearbeitet werden, die für alle im Rahmen der Fallstudien besuchten Pflegestützpunkte und damit vermutlich auch für die meisten anderen Pflegestützpunkte im Land zutrifft. Diese „gelebte Praxis“ sieht so aus, dass die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte bei Bedarf auch ein umfangreiches Case Management erbringen und die Kassen in der Regel erst dann hinzuziehen, wenn Leistungsentscheidungen getroffen werden müssen, mit dem Ziel, diese möglichst zeitnah realisieren zu können. Dieses Vorgehen wird von den MitarbeiterInnen als sehr effektiv beschrieben. Aus Sicht der Evaluatoren erfordern diese Ergebnisse eine Klärung zur Rolle der Pflegestützpunkte bei der Erbringung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI durch die LAG Pflegestützpunkte. Für den Fall, dass die beschriebene Praxis gewollt ist, sollte die Pflegeberatung auch offiziell als eine Leistung der Pflegestützpunkte festgeschrieben werden. In diesem Fall müsste allerdings auch eine Diskussion darüber geführt werden, ob die derzeitige finanzielle Beteiligung der Kranken- und Pflegekassen ausreicht, um die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI ganz oder teilweise an die Pflegestützpunkte zu delegieren. Sollte aus Sicht der LAG die Durchführungsverantwortung für die Pflegeberatung alleine bei den Kassen verbleiben, muss zwingend geklärt werden, welche Ansprechpartner es für die Pflegeberatung aller Kassen nach räumlicher Zuständigkeit gibt. Hier zeigen die Fallstudien, dass die bisherigen Listen nicht ausreichend sind, da die Ansprechpartner vieler Kassen ihren Standort sehr weit vom Geltungsbereich der Pflegestützpunkte entfernt, häufig sogar außerhalb von Baden-Württemberg, haben. Die Strukturhebung und die Fallstudien haben hier allerdings gezeigt, dass diese Einschätzung nicht für alle Kranken- und Pflegekassen gleichermaßen gilt. So sind in fast allen Pflegestützpunkten die für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI zuständigen MitarbeiterInnen der AOK Baden-Württemberg bekannt, die in der Regel auch ihren Arbeitsplatz im Geltungsbereich der Pflegestützpunkte haben. Es gibt auch Beispiele für eine gemeinsame Beratung und Hilfeleistung durch MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte und MitarbeiterInnen diese

Kasse. Alle anderen Kassen haben in nur sehr wenigen oder keinen Geltungsbereichen von Pflegestützpunkten MitarbeiterInnen vor Ort, die für die Pflegeberatung nach § 7 zuständig sind. Alleine aus diesem Grund kann eine Zusammenarbeit mit diesen Kassen in der Regel nur telefonisch durchgeführt werden. Unabhängig davon, wie die Klärung der Zuständigkeiten für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI durch die LAG Pflegestützpunkte beschieden wird, sollte es nicht dazu kommen, dass die Pflegestützpunkte zwar offiziell nicht zuständig sind, sie aber auch von einigen Kassen keine Ansprechpartner vor Ort haben. In diesem Fall wäre es sehr wahrscheinlich, dass die Pflegestützpunkte der gelebten Praxis weiter nachkommen und eine Leistung erbringen, die mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vergleichbar ist, ohne dass sie diese offiziell so benennen und abrechnen können.

6.2 Qualität der Leistungen

Um die Qualität der Leistungen von Pflegestützpunkten bewerten zu können, wurde während des Bundesmodellprojektes „Werkstatt-Pflegestützpunkte“¹ eine Vision von „guter“ Qualität erarbeitet. Im Ergebnis wurden mit dem Zugang, der Beziehungsarbeit und der Fachlichkeit drei Dimensionen definiert, die eine Bewertung der Qualität der Beratung und Begleitung durch die Pflegestützpunkte ermöglichen:

- 1. Qualität des Zugangs:** Der Zugang zu den Leistungen der Pflegestützpunkte muss niederschwellig beziehungsweise barrierearm sein, das heißt, der Pflegestützpunkt verfügt über eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr und eine ausreichende Beschilderung und seine Räumlichkeiten sind ohne Stufen und Schwellen zu erreichen. Außerdem werden die Leistungen wohnortnah erbracht und können über alle möglichen Zugangswege (Telefon, E-Mail, Internet, Sprechstunden im Pflegestützpunkt und Hausbesuche) in Anspruch genommen werden.
- 2. Qualität der Beziehungsarbeit:** Der Rat- und Hilfesuchende erlebt Kongruenz (Aufrichtigkeit, Ehrlichkeit ihm gegenüber), Empathie (wertschätzendes Einfühlungsvermögen) und Respekt (Akzeptanz, unbedingte positive Einstellung ihm gegenüber) und damit Geborgenheit und Sicherheit. Alle Informationen während der Beratung und Begleitung durch den Pflegestützpunkt werden verständlich und auf die Situation des Rat- und Hilfesuchenden angepasst kommuniziert.

¹ Die Ziele des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ bestanden in der Begleitung von 16 vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Pilot-Pflegestützpunkten auf dem Weg zum regulären Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI und in der Entwicklung von Instrumenten zu deren Aufbau und Betrieb. Außerdem sollten über die Begleitung Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte erfasst und ausgewertet werden.

3. Qualität der Fachlichkeit: Die Qualität der Fachlichkeit kann durch Anforderungen an die thematischen Inhalte des Beratungs- und Begleitungsprozesses definiert werden. Die Inhalte müssen richtig und vollständig sein, das heißt, es wird sowohl zu allen relevanten Themen beraten als auch auf alle in Frage kommenden Leistungserbringer hingewiesen. Vollständigkeit und Richtigkeit führen dann automatisch zu einer trägerunabhängigen Beratung.

Im Sinne von Ergebnisqualität muss die Qualität der Beziehungsarbeit und der Fachlichkeit dazu führen, dass eine für den Betroffenen optimale Versorgungssituation gemeinsam bestimmt und herbeigeführt wird².

Da bei der Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg keine Kundenbefragungen durchgeführt wurden, lassen sich keine Aussagen zur Qualität der Beziehungsarbeit treffen. Im Folgenden wird eine Einschätzung zur Qualität des Zugangs und der Fachlichkeit der baden-württembergischen Pflegestützpunkte vorgenommen.

Zur Qualität des Zugangs

Die Ergebnisse der Strukturhebung haben gezeigt, dass mit einer Ausnahme alle Pflegestützpunkte sehr ausgeprägte Öffnungszeiten haben, dass bei Bedarf auch Termine außerhalb dieser Öffnungszeiten vereinbart und dass die Rat- und Hilfesuchenden auch zu Hause besucht werden. Ausgeprägte Öffnungszeiten werden in ihrer Wirkung jedoch eingeschränkt, wenn die Wege der Bürgerinnen und Bürger zum Pflegestützpunkt so weit sind, dass sie diese nicht bewältigen können und sie folglich keine wohnortnahe Beratung in Anspruch nehmen können. Aus diesem Grund ist wohnortnahe Beratung auch eines der Kernziele aus § 92 c SGB XI an die Pflegestützpunkte. Hier zeigen die Protokollnotizen zur Kooperationsvereinbarung, dass die kommunalen Landesverbände die zunächst vereinbarten 50 Pflegestützpunkte für nicht angemessen hielten, da mit der grundsätzlichen Errichtung eines Pflegestützpunktes in jedem Stadt- beziehungsweise Landkreis nach ihrer Auffassung kein wohnortnahes Beratungsangebot gewährleistet werden kann. Die kommunalen Landesverbände haben deshalb die 50 Pflegestützpunkte als Ausgangsgröße verstanden, an die sich der sukzessive Aufbau einer flächendeckenden Struktur anschließt. Die Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen hingegen sahen zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Kooperationsvereinbarung die Frage nach der benötigten Anzahl von Pflegestützpunkten, die erforderlich ist, um eine wohnortnahe und flächendeckende Beratung zu gewährleisten, als völlig offen an. Aus ihrer Sicht war es durchaus vorstellbar, dass 50 Pflegestützpunkte, die die bestehende Beratungsinfrastruktur weiterentwickeln, ausreichen.

² siehe Kuratorium Deutsche Altershilfe 2010

Die Ergebnisse der durchgeführten Evaluation belegen rein rechnerisch eindeutig, dass – trotz der Tatsache, dass der Begriff „Wohnortnähe“ in Deutschland bisher nicht definiert werden konnte – angesichts der großen Geltungsbereiche der baden-württembergischen Pflegestützpunkte mit durchschnittlich 194.065 Menschen eine so hohe EinwohnerInnenzahl von einem Pflegestützpunkt nicht mehr wohnortnah beraten werden kann. Diese Einschätzung wurde auch von vielen Akteuren geteilt, die vor Ort für die Entwicklung der Pflegestützpunktkonzeptionen zuständig waren. Auch aus diesem Grund wurden bei 32 der 48 Pflegestützpunkte noch weitere Beratungsstandorte mit den Pflegestützpunkten verknüpft, so dass den BürgerInnen ein dezentrales Modell von Beratungsstellen zur Verfügung gestellt werden konnte. Wie die Auswertung der Daten aus dem Pflichtenheft zeigt, ist dieses dezentrale Modell den Konzeptionen, die nur aus einem singulären Pflegestützpunkt bestehen, überlegen.

Zwar haben dezentrale Pflegestützpunktmodelle mit 249 KlientInnen weniger Nachfrage pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) als singuläre Stützpunkte mit 290 KlientInnen pro VZÄ. Jedoch werden in dezentralen Modellen gut ein Drittel mehr VZÄ eingesetzt und somit insgesamt deutlich mehr Nachfrage in Form neuer KlientInnen (rund 17 % mehr KlientInnen) und Kontakten (rund 162 % mehr Kontakte) als bei singulären Pflegestützpunkten generiert. Die Gegenüberstellung der drei unterschiedlichen dezentralen Modelle zeigt wiederum, dass Pflegestützpunkte mit Außenstellen ebenfalls keine optimale Lösung zu sein scheinen. Zumindest dann nicht, wenn Außenstellen alleine genutzt werden, ohne zusätzliche Beratungsstellen einzubeziehen, die über eigenes Personal verfügen. Hier haben die Fallstudien gezeigt, dass ein Problem bei dem Modell mit Außenstellen darin besteht, dass die Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes sich nicht ausreichend mit dem lokalen Angebot im Umfeld der Außenstelle auskennen. Darüber hinaus erscheint die Personalplanung bei diesem Modell schwierig.

Somit erscheint es notwendig, pro Kreis oder kreisfreier Stadt mehrere Beratungsstellen mit eigenem Personal zu implementieren. Hier hat das Modell „Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten“ gute Ergebnisse bei der Auswertung der Daten aus dem Pflichtenheft und der Strukturhebung gezeigt. Die Teilpflegestützpunkte haben mit durchschnittlich 757 KlientInnen und 1.566 Kontakten in sechs Monaten die größte Nachfrage aller dezentralen Pflegestützpunktmodelle. Im Vergleich dazu können die singulären Pflegestützpunktmodelle nur durchschnittlich 399 KlientInnen und 718 Kontakte in sechs Monaten generieren.

Betrachtet man die Nachfrage pro 1.000 EinwohnerInnen im Geltungsbereich, so liegen die Teilpflegestützpunkte mit rund 7,0 Kontakten (3,4 KlientInnen) deutlich über dem Wert der singulären Pflegestützpunkte mit rund 4,1 Kontakten (2,3 KlientInnen) pro 1.000 EinwohnerInnen. Leider hat sich bei der Auswertung der Ergebnisse aus den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten auch herausgestellt, dass bei dem Modell „Pflegestützpunkt mit Kooperierenden Beratungsstellen“ die Nachfrage und das Personal dieser Stellen oftmals nicht den Daten aus dem Pflichtenheft und der Strukturhebung der

Pflegestützpunkte zugeordnet wurden. Aus diesem Grund können keine verlässlichen Aussagen über die Qualität dieses Standortmodells, insbesondere im Vergleich zu den Pflegestützpunkten aus Teilpflegestützpunkten, getroffen werden. Die Fallstudien haben allerdings ergeben, dass sich die Leistungen der Teilpflegestützpunkte und der Kooperierenden Beratungsstellen sehr ähneln. Folglich bilden beide Modelle bei der Weiterentwicklung der Beratungsinfrastruktur für ältere und hilfebedürftige Menschen in Baden-Württemberg hin zu einem wohnortnahen Angebot mögliche Optionen. Allerdings muss bei der Wahl der Beratungsstellen, die mit einbezogen werden sollen, immer auch die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, insbesondere einer neutralen Beratung betrachtet und geregelt werden. Dies gilt im Besonderen für Kooperierende Beratungsstellen, die sich in Trägerschaft von Leistungserbringern befinden. Ein entsprechendes System der Qualitätssicherung gibt es in Baden-Württemberg bisher nicht, es ist aber auf Landesebene für die nahe Zukunft vorgesehen. Mit Hilfe eines solchen Instrumentariums könnte regelmäßig erhoben werden, ob die einbezogenen Beratungsstellen bestimmte Vorgaben an die Qualität erfüllen. Die Neutralität könnte beispielsweise durch regelmäßige Kundenbefragungen überprüft werden. Durch dieses Instrument wäre es dann möglich, grundsätzlich alle Beratungsstellen mit einzubeziehen, die eine mit Pflegestützpunkten vergleichbare Leistung anbieten und sich verpflichten, an dem Qualitätssicherungskonzept teilzunehmen.

Vorausgesetzt, dass in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt mehr als ein oder zwei Pflegestützpunkte für die wohnortnahe Beratung der Bevölkerung benötigt werden, stellt sich die Frage nach der konkreten Anzahl der benötigten Standorte. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen vor Ort kann die Antwort auf diese Frage nicht aus einem einfachen Algorithmus bestehen, wie zum Beispiel aus der Anzahl der BewohnerInnen pro Beratungsstelle. Letztlich muss die benötigte Anzahl an Beratungsstellen immer vor Ort bestimmt und begründet werden. In den Kreisen und kreisfreien Städten, die sich für das Modell „Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten“ entschieden haben, ist eine Beratungsstelle für durchschnittlich 47.257 Bürgerinnen und Bürger zuständig. Dies würde, hochgerechnet auf Baden-Württemberg (10.786.227 EinwohnerInnen zum 31.12.2011), eine Anzahl von insgesamt 228 Beratungsstellen bedeuten. An dieser Stelle muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es sich bei diesen Beratungsstellen oftmals nicht um neue Beratungsstellen handeln muss. Vielmehr besteht die Aufgabe darin, bestehende Beratungsstellen mit in ein Gesamtkonzept für die Beratungsinfrastruktur einer bestimmten Region zu integrieren. Neue Angebote müssen nur dort geschaffen werden, wo es kein Beratungsangebot gibt, das mit dem von Pflegestützpunkten vergleichbar ist. Wird dieser Bedarf hinreichend geprüft, handelt es sich bei der Errichtung neuer Beratungsstellen um sinnvolle Investitionen zur Behebung einer Unterversorgung.

Zur Qualität der Fachlichkeit

Nach dem Verständnis des Kuratoriums Deutsche Altershilfe kann „Die Qualität der Fachlichkeit“ durch Anforderungen an die thematischen Inhalte des Beratungs- und Begleitungsprozesses definiert werden. Die Inhalte müssen richtig und vollständig sein, das heißt, es wird sowohl zu allen relevanten Themen beraten als auch auf alle in Frage kommenden Leistungserbringer hingewiesen. Vollständigkeit und Richtigkeit führen dann automatisch zu einer trägerunabhängigen Beratung. Inwiefern die in den meisten Bundesländern inzwischen errichteten Pflegestützpunkte diesen Anforderungen gerecht werden, wird vor allem in Bezug auf die Vollständigkeit der Beratungsleistungen sehr kontrovers diskutiert. Während die Ergebnisse des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ eine große Vielfalt der angebotenen und erbrachten Themen und Leistungen ergeben hat (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2010), kommt eine Untersuchung der Stiftung Warentest zu folgendem Fazit: „Bei weiterführenden Hilfen, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgingen, hapert es deutlich.“ (Stiftung Warentest 2010) Die wissenschaftliche Evaluation der Pflegestützpunkte in Hamburg deutet zwar ebenfalls auf einen Beratungsschwerpunkt in Pflege Themen wie Pflegestufen hin, allerdings wurde als zweiter Schwerpunkt Themen der „ergänzenden Versorgung“ (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2011) genannt.

In Baden-Württemberg weist die Breite der dokumentierten Themen den Pflegestützpunkten eine gute Qualität der Fachlichkeit aus (siehe Kapitel 7.1). Gleiches gilt für das Leistungsspektrum und die Tatsache, dass Pflegestützpunkte von allen Altersgruppen in Anspruch genommen werden.

Im Sinne einer hohen Qualität der Fachlichkeit ist es außerdem sehr positiv zu bewerten, dass die LAG Pflegestützpunkte hohe Anforderungen an die Qualifikation der MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte gestellt hat. Die dazugehörige Passage aus der Kooperationsvereinbarung lautet wie folgt: „Die hohen Anforderungen an die im Pflegestützpunkt tätigen Personen erfordern qualifiziertes Personal. Dies setzt eine fachspezifische Qualifikation voraus, beispielsweise durch ein abgeschlossenes Studium (zum Beispiel Sozialpädagogik, Sozialarbeit) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft oder als Sozialversicherungsfachangestellte/r mit der jeweiligen Zusatzqualifikation. (...) Es ist sicherzustellen, dass die im Pflegestützpunkt tätigen Personen ihre Kenntnisse durch geeignete Weiterbildungsmaßnahmen vertiefen können.“ (LAG Pflegestützpunkte: Anforderung für Pflegestützpunkte). Alle MitarbeiterInnen der baden-württembergischen Pflegestützpunkte verfügen über eine sehr fundierte Ausbildung, die diesen Anforderungen gerecht wird (siehe Kapitel 4.8). Allerdings gibt es bei den „geeigneten Weiterbildungsmaßnahmen“ eine sehr kontroverse Diskussion. Die Ergebnisse sowohl der Strukturerhebung als auch der Fallstudien illustrieren deutlich, dass die Weiterbildung der Pflegeberatung nach den Anforderungen des GKV-Spitzenverbandes an die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI von den meisten Pflegestützpunkten nicht als geeignet betrachtet wird. Kompetenzen im Bereich des Case Managements wurden allerdings bei allen

interviewten MitarbeiterInnen bei den Fallstudien als wichtige Kernkompetenz beschrieben. Zur Sicherstellung dieser Kompetenz konnten zwei konkurrierende Einstellungen herausgearbeitet werden. Nach der einen Meinung reicht ein Studium der sozialen Arbeit oder der Sozialpädagogik völlig aus, da innerhalb dieser Ausbildung alle notwendigen Kompetenzen des Case Managements erworben werden können. Der anderen Meinung zufolge sind Fort- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen von Pflegestützpunkten im Bereich des Case Managements obligatorisch, um den oft komplexen Fallkonstellationen adäquat begegnen zu können. Hier wird beispielsweise auf das bestehende Weiterbildungsangebot der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case Management (DGCC) hingewiesen. Nach Ansicht der Evaluatoren sollte zu diesem Sachverhalt eine Klärung durch die LAG Pflegestützpunkte erfolgen.

Zur Qualität der Fachlichkeit soll am Ende nicht unerwähnt bleiben, dass mit den verwendeten Erhebungsinstrumenten ausschließlich Aussagen zur Strukturqualität getroffen werden konnten. Um ebenso die Prozess- und Ergebnisqualität abbilden zu können, sollten zukünftig Kundenbefragungen und ergänzende Auswertungen einzelner Falldokumentationen durchgeführt werden.

6.3 Nachfrage in den Pflegestützpunkten

Durch die Überarbeitung des Pflichtenheftes im Verlaufe der Evaluation liegt in Baden-Württemberg nun ein Erhebungsinstrument vor, mit dem die Nachfrage in den Pflegestützpunkten verlässlich gemessen werden kann. Mit Hilfe dieses Instruments war es auch bereits möglich herauszuarbeiten, dass Pflegestützpunkte mit dezentralen Standortmodellen singulären Pflegestützpunkten überlegen sind. Die notwendige Überarbeitung des Pflichtenheftes hat allerdings dazu geführt, dass der Erhebungszeitraum mit sechs Monaten nur sehr kurz war und dadurch eine Auswertung der Nachfrageentwicklung nicht realisiert werden konnte. Eine Interpretation der Nachfrage wird zudem durch folgende Umstände erschwert. Einerseits beanspruchte die Umstellung auf das neue Pflichtenheft eine gewisse Zeit, so dass die Daten gerade zu Beginn des Erhebungszeitraums nicht vollständig erhoben wurden oder auch technisch-bedingt nicht erhoben werden konnten. Andererseits haben die Ergebnisse des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ gezeigt, dass es große jahreszeitliche Schwankungen bei der Nachfrage von Beratungsstellen gibt (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2010). Eine negative Folge der durch die angepasste Erhebung verspätet erhobenen stützpunktbezogenen Daten ist (wie bereits erwähnt) darin zu sehen, dass die Daten aus dem Pflichtenheft bei der Durchführung der Fallstudien noch nicht vorlagen. Aus diesem Grund konnte keine Ursachenanalyse von auffälligen Nachfragewerten, wie beispielsweise im Landkreis Böblingen oder der Stadt Heidelberg vorgenommen werden. Um den Zusammenhang zwischen gewählter Pflegestützpunktkonzeption und Nachfrage weiter zu untersuchen, sollten zukünftig bei Pflegestützpunkten mit auffälligen Nachfragewerten weitere Fallstudien durchgeführt werden.

Neben der verlässlicheren Erhebung der Nachfrage ermöglichen die Daten des Pflichtenheftes nach der Überarbeitung eine genauere Auskunft über die Menschen, die Leistungen der Pflegestützpunkte in Anspruch nehmen. Hier zeigen die Ergebnisse sehr anschaulich, dass die baden-württembergischen Pflegestützpunkte bereits eine wichtige Rolle bei der Prävention von Pflegebedürftigkeit übernehmen. So verfügen 60 % der KlientInnen über keine Pflegestufe, bei der Hälfte von ihnen ist zukünftig auch nicht davon auszugehen, dass sie eine Pflegestufe benötigen. Auf der anderen Seite handelt es sich bei 40 % der KlientInnen um Menschen, die im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftig sind. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Beratung von pflegebedürftigen Menschen durch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen durch die Hilfeleistungen der Pflegestützpunkte ergänzt wird. Neben der Pflegebedürftigkeit ist das Alter der KlientInnen eine weitere Variable, die die Verschiedenheit der Zielgruppen von Pflegestützpunkten aufzeigt. Während zwar zum einen schwerpunktmäßig ältere und teilweise auch sehr alte Menschen Rat und Unterstützung suchen, gibt es zum anderen auch einen nicht unbedeutenden Anteil von jungen Menschen, die von den Leistungen der Pflegestützpunkte profitieren. Durch die definitorische Abgrenzung im Pflichtenheft zwischen den KlientInnen und ihren pflegenden Angehörigen kann jetzt auch ausgeschlossen werden, dass es sich bei den dokumentierten jüngeren KlientInnen um pflegende Angehörige handelt.

Diese unterschiedlichen Zielgruppen haben in nachvollziehbarer Weise sehr unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse und stellen die MitarbeiterInnen in den Pflegestützpunkten damit vor große Herausforderungen, die nur mit entsprechend umfangreichen Kompetenzen zufriedenstellend bewältigt werden können. Auch und gerade vor diesem Hintergrund sollten zukünftig gezielte Kundenbefragungen und Auswertungen von KlientInnenakten durchgeführt werden, um zu überprüfen, inwiefern die unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse durch die Hilfeleistungen von Pflegestützpunkten befriedigt werden können.

6.4 Rolle der Pflegestützpunkte in der Versorgungslandschaft

Unter dem Begriff der Versorgungslandschaft werden im Folgenden alle Organisationen und Akteure zusammengefasst, die an der Versorgung älterer und hilfebedürftiger Menschen beteiligt sind. Unterschieden werden können Anbieter, die für die BürgerInnen Informations- und Beratungsangebote bereitstellen und diejenigen, die medizinische, pflegerische oder ergänzende Leistungen anbieten. Pflegestützpunkte können aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages der Gruppe der Beratungsstellen zugeordnet werden. Die Leistungen, die sie hier im direkten Austausch mit den Bürgerinnen und Bürgern erbringen, wurden in Abschnitt 7.1 bereits umfassend vorgestellt und diskutiert. Der gesetzliche Auftrag geht allerdings insofern sehr viel weiter, als Pflegestützpunkte auch dafür zuständig sind, alle Akteure der Versorgungslandschaft mit dem Ziel zu vernetzen, deren Leistungen optimal auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Bevölkerung auszurichten. Bei der Erbringung dieser Aufgabe sollen sie alle anderen Beratungsangebote mit einbeziehen. Gerade diese

letzte Anforderung wurde in der Vergangenheit sehr kontrovers diskutiert. So wurde vielfach die Befürchtung geäußert, dass Pflegestützpunkte bestehende Beratungsstrukturen zerstören könnten. Hierfür konnten in Baden-Württemberg keine Anhaltspunkte gefunden werden. Ganz im Gegenteil wurden in 16 Fällen durch die Pflegestützpunkte Beratungsangebote an Standorten geschaffen, an denen der Bevölkerung vorher kein entsprechendes Beratungsangebot zur Verfügung gestanden hat. Die Ergebnisse der Strukturhebung zeigen des Weiteren, dass es in 18 Fällen kein kommunales und in 36 Fällen kein Beratungsangebot der Kranken- und Pflegekassen im Geltungsbereich der Pflegestützpunkte vor deren Errichtung gegeben hat. Demgegenüber bestehen die Beratungsangebote, die es vor der Errichtung der Pflegestützpunkte in deren Geltungsbereichen gab, in der Regel weiterhin fort. Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass Pflegestützpunkte durch die Schaffung neuer Beratungsangebote bereits zu einer Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in Baden-Württemberg beigetragen haben.

Bei den Vernetzungsaktivitäten der Pflegestützpunkte zeigen die Ergebnisse der Fallstudien, dass die Verantwortlichen der Pflegestützpunkte teilweise sehr präzise Vorstellungen von den Akteuren haben, mit denen sie sich vernetzen sollten. Es fällt auf, dass es sich hierbei auch um Hilfsangebote weit außerhalb des SGB XI handelt, beispielsweise um Angebote der Palliativmedizin, der Betreuungsbehörden sowie um Angebote von unterschiedlichen Therapeuten, von Notaren sowie von Seniorenräten.

Alle in den Fallstudien besuchten Pflegestützpunkte sind sich darüber einig, dass Kompetenzen im Bereich der Vernetzung essentiell für den Erfolg der Errichtung und dem Betrieb eines Pflegestützpunktes sind und dass diese Kompetenzen nicht durch die Weiterbildung nach § 7 a erreicht werden können. Genau wie bei der Diskussion über die Qualifikation zur Erbringung des Case Management gibt es hier allerdings zwei differierende Auffassungen. Die einen geben an, dass die notwendigen Qualifikationen für die Vernetzungstätigkeiten in ausreichendem Maße in einschlägigen Studiengängen vermittelt werden. Andere vertreten die Meinung, dass hier ein neues Fortbildungsmodul benötigt wird. Zu den notwendigen Netzwerkkompetenzen gehört auch, als Partner eines bestehenden Netzwerkes zu erkennen, welche Zielvorstellungen und Präferenzen die anderen Partner haben und welche Einflussmöglichkeiten man selbst ausüben kann. Diese Netzwerkkompetenzen werden nach Ansicht der MitarbeiterInnen des Ostalbkreises bisher ausschließlich über Erfahrungen aus der bisherigen beruflichen Laufbahn der MitarbeiterInnen in die Pflegestützpunkte eingebracht, was im Ostalbkreis bislang auch sehr gut funktioniert habe. Allerdings sei diese Ausgangssituation nicht in allen baden-württembergischen Pflegestützpunkten gegeben, so dass die MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes im Ostalbkreis dafür plädieren, eine entsprechende Fortbildung zu entwickeln und diese allen baden-württembergischen Pflegestützpunkten zugänglich zu machen. Diese Auffassung wird auch von den Evaluatoren geteilt.

Unabhängig von dieser Diskussion belegen die Ergebnisse der Strukturhebungen und der Auswertung der Daten aus dem Pflichtenheft, dass diese Vernetzungsaktivitäten der

Pflegestützpunkte bereits sehr großen Erfolg haben. So verfügen die Pflegestützpunkte schon jetzt über eine Vielzahl von Kooperationsvereinbarungen mit unterschiedlichen Akteuren der Versorgungslandschaft (siehe Kapitel 4.10) und betreiben einen großen Aufwand für die Vorstellung des Pflegestützpunktes, für Vorträge bei externen Veranstaltungen, für die Mitarbeit in Gremien und Arbeitsgruppen und für die Durchführung von Veranstaltungen. Diese Aktivitäten führen auch bereits zu messbaren Erfolgen, so dass mit insgesamt 24,9 % durchschnittlich jeder vierte Kontakt der Pflegestützpunkte mit den KlientInnen durch eine Empfehlung eines im Umfeld der KlientInnen tätigen Akteurs zustande kam (siehe Kapitel 5.4). Auch bei diesen Vernetzungsaktivitäten scheinen diejenigen Pflegestützpunkte, die weitere Beratungsstellen in ihre Konzeption mit einbeziehen (dezentrale Standortmodelle), Konzeptionen mit nur einem einzigen Pflegestützpunkt überlegen zu sein (siehe Kapitel 5.1).

Neben der weiteren Bekanntmachung der Leistungen der Pflegestützpunkte hat die Netzwerkarbeit der Pflegestützpunkte auch das Ziel, dass durch die Beratungsleistungen Versorgungslücken, zum Beispiel das Fehlen eines bestimmten Beratungsangebotes, erkannt und diese Informationen von den MitarbeiterInnen an die richtigen Stellen transportiert werden, damit diese Lücken adäquat geschlossen werden können. Auch hier zeigen die Fallstudien viele Beispiele dafür, dass dieses Vorgehen zu sichtbaren Erfolgen geführt hat. Hier können insbesondere die sieben Teilpflegestützpunkte im Landkreis Esslingen hervorgehoben werden.

Die Fallstudien haben aber auch ergeben, dass es noch Probleme bei der Vernetzung des Pflegestützpunktes mit anderen Beratungsstellen gibt. Diese resultieren zum großen Teil aus der Vorgabe in Baden-Württemberg, in der Regel nur einen oder maximal zwei Pflegestützpunkte pro Land- und Stadtkreis errichten zu dürfen. Da dies von vielen Akteuren für eine wohnortnahe Beratung als unzureichend empfunden wird, gibt es nun verschiedene dezentrale Standortmodelle, die Beratungsstellen als Außenstellen, Teilpflegestützpunkte oder auch Beratungsstellen mit anderen Bezeichnungen mit hinzuziehen. Bei diesen Beratungsstellen handelt es sich häufig um Angebote, die mit denen der Pflegestützpunkte vergleichbar sind und in anderen Land- und Stadtkreisen auch problemlos als Pflegestützpunkte von der LAG Pflegestützpunkte akkreditiert worden wären. Am deutlichsten zeigt sich diese Beobachtung bei den sieben Teilpflegestützpunkten des Landkreises Esslingen (siehe Fallstudie Esslingen, Kapitel 6.3). In der Konsequenz gibt es in Baden-Württemberg nicht nur die 48 Pflegestützpunkte, sondern de facto deutlich mehr Beratungsstellen, die Leistungen von Pflegestützpunkten erbringen. Allerdings können die anderen Beratungsstellen, beispielsweise die 25 Teilpflegestützpunkte, diese Leistungen nicht unter der Bezeichnung „Pflegestützpunkt“ erbringen. Bei dem Standortmodell mit Kooperierenden Beratungsstellen kommt als weiteres Problem hinzu, dass die Kooperierenden Beratungsstellen zwar Leistungen erbringen, die mit denen der Pflegestützpunkte vergleichbar sind, aber teilweise auch von Leistungserbringern betrieben werden. Hier stellt sich die Frage, ob diese Beratungsstellen die Anforderung der neutralen Beratung erfüllen. Da es noch kein Qualitätssicherungssystem zur Sicherstellung

dieser Vorgabe gibt, dürften diese Beratungsstellen nach Ansicht der Evaluatoren zum jetzigen Zeitpunkt den Pflegestützpunkten nicht zugeordnet werden.

Ein weiteres Problem entsteht daraus, dass in einigen Stadt- und Landkreisen aufgrund der Vorgabe zur Anzahl der Pflegestützpunkte und der Begrenzung der paritätischen Finanzierung von Kranken- und Pflegekassen sowie den Kommunen auf diese wenigen Beratungsstellen entschieden wurde, nur eine kommunale Beratungsstelle zum Pflegestützpunkt weiterzuentwickeln und die anderen unter ihrer ursprünglichen Bezeichnung weiterlaufen zu lassen. So gibt es folglich Kooperierende Beratungsstellen, die in den einen kommunalen Gebietskörperschaften als Pflegestützpunkte und in anderen als Teilpflegestützpunkte bezeichnet werden. In wieder andere– Stadt- und Landkreisen haben sogar Beratungsstellen von Leistungserbringern einen ähnlichen Status.

Für die Menschen, für die Pflegestützpunkte eingerichtet wurden, kann diese Situation nicht optimal sein. So gibt es Stellen, die sich nicht als Pflegestützpunkt bezeichnen, aber gleiche Leistungen erbringen, und andere Stellen, die möglicherweise von der Bevölkerung mit den Pflegestützpunkten verknüpft werden (beispielsweise über die Webseiten der Pflegestützpunkte), die aber unter Umständen nicht neutral beraten. Hier besteht dringender Klärungsbedarf. Benötigt wird in der LAG eine offene Diskussion darüber, wie viele Beratungsstellen tatsächlich in den einzelnen Stadt- und Landkreisen benötigt werden, die die Anforderungen an die Pflegestützpunkte erfüllen. Um diese Diskussion führen zu können, werden konkrete Daten über die bestehende Beratungsinfrastruktur in den Stadt- und Landkreisen benötigt. Diese Daten liegen nach Ansicht der Evaluatoren in noch keinem Stadt- und Landkreis in ausreichender Detailtiefe vor. In diesem Zusammenhang zeigen die Ergebnisse der Fallstudien, dass aus diesen Daten auch hervorgehen sollte, welche Beratungsangebote in den einzelnen kreisangehörigen Städten und Gemeinden der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Sollten bei dieser Diskussion konkrete Ergebnisse erzielt werden, wäre es aus Sicht der Evaluatoren sinnvoll, dass diese Stellen auch die Bezeichnung Pflegestützpunkte tragen dürfen. Damit diese Stellen dann auch nachweisbar eine vergleichbare und zentralen Qualitätsanforderungen genügende Leistung für die Bevölkerung erbringen, wird zusätzlich ein funktionierendes Qualitätssicherungssystem benötigt, welches auch gewährleisten würde, dass Beratungsstellen mit der Beteiligung von Leistungserbringern mit in diese Beratungsinfrastruktur integriert werden können. Aus diesem Grund ist es sehr positiv zu bewerten, dass das Landesministerium zusammen mit der LAG für 2013/2014 erwägt, zeitnah das Thema Qualitätssicherung auf die politische Agenda zu setzen. Eine gute Qualitätssicherung würde es ermöglichen, der Bevölkerung zukünftig ein qualitativ hochwertiges Beratungsangebot zur Verfügung zu stellen, das die Bürgerinnen und Bürger flächendeckend in vergleichbaren Beratungsstellen (Pflegestützpunkten) in Anspruch nehmen könnten.

7 Fazit und Empfehlungen

Die Beratungsinfrastruktur für ältere und hilfebedürftige Menschen in Deutschland hat einen großen Weiterentwicklungsbedarf. In Baden-Württemberg wurde sich dazu entschieden, diese Weiterentwicklung mit der Errichtung von Pflegestützpunkten gezielt voranzutreiben. Die Ergebnisse der Evaluation haben gezeigt, dass durch die bisherigen 48 Pflegestützpunkte der Bevölkerung teilweise neue Beratungsangebote zur Verfügung gestellt werden konnten, ohne andere, vorher bereits bestandene Beratungsangebote zu zerschlagen. Außerdem bieten sie ein umfassendes Leistungsangebot an, das bereits jetzt von vielen Menschen aller Altersgruppen mit bestehendem Pflegebedarf oder zur Prävention von Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen wird. Darüber hinaus kommt eine Vielzahl der Klientinnen und Klienten der Pflegestützpunkte auf Empfehlungen von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder anderen Akteuren aus der Versorgungslandschaft, was auf eine gute Netzwerkarbeit mit diesen Akteuren schließen lässt. Die Fallstudien der Pflegestützpunkte belegen außerdem, dass durch Pflegestützpunkte eine Vielzahl neuer Leistungen direkt implementiert oder initiiert werden konnte. Pflegestützpunkte sind folglich gut in der baden-württembergischen Versorgungslandschaft etabliert und konnten auch bereits zu deren Weiterentwicklung beitragen. Die Ergebnisse der Evaluation belegen damit eindeutig, dass in Baden-Württemberg auch zukünftig Pflegestützpunkte eine feste Rolle in der Beratungsinfrastruktur einnehmen sollten. Die Ergebnisse der Evaluation haben aber auch gezeigt, dass es in Baden-Württemberg auch durch die Etablierung von Pflegestützpunkten bisher noch nicht gelungen ist, eine Beratungsinfrastruktur zu schaffen, die flächendeckend eine wohnortnahe und neutrale Beratung sicherstellt. Um die Weichen für die notwendige Weiterentwicklung zu stellen, gibt es jetzt einen Regelungs- und Klärungsbedarf durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und die LAG Pflegestützpunkte. Im Folgenden werden hierzu einige zentrale Schlussfolgerungen und Empfehlungen vorgestellt, die aus den Evaluationsergebnissen abgeleitet werden können:

Bei der Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte sollte nach Ansicht der Evaluatoren ein besonderer Fokus auf die Sicherung der Qualität der Informations-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen gelegt werden. Die Evaluatoren empfehlen hierzu auf der Landesebene ein Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln und zu etablieren, mit dessen Hilfe die Qualität der Unterstützungsleistungen von Pflegestützpunkten regelmäßig überprüft werden kann. Hierdurch könnten Pflegestützpunkte als feste Marke mit einem eindeutigen Profil und klaren Qualitätsanforderungen etabliert und in der Bevölkerung bekannt gemacht werden. Einen besonderen Stellenwert bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren sollte nach Ansicht der Evaluatoren die Sicherstellung der Neutralität der Unterstützungsleistungen einnehmen. Ein wichtiges Instrument zur Umsetzung des Verfahrens liegt mit dem überarbeiteten Pflichtenheft bereits vor. Die kontinuierliche Auswertung dieser Daten sollte allerdings durch regelmäßige Befragungen der Klientinnen und Klienten, stichprobenartige Auswertungen der KlientInnendokumentation und durch Fallstudien ergänzt werden.

Die Ergebnisse der Evaluation haben klar gezeigt, dass zur Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen Beratung in Baden-Württemberg mehr als 48 Pflegestützpunkte benötigt werden. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass bereits jetzt sehr viel mehr Beratungsstellen den Pflegestützpunkten in unterschiedlicher Art und Weise zugeordnet werden, die vergleichbare Leistungen mit eigenem Personal anbieten. Bei der Frage, wie zukünftig eine wohnortnahe Beratung für die BürgerInnen in Baden-Württemberg sichergestellt werden kann, wird nach Ansicht der Evaluatoren eine ergebnisoffene Diskussion darüber benötigt, wie viele Beratungsstellen an welchen Standorten tatsächlich in den einzelnen Stadt- und Landkreisen benötigt werden, die die Anforderungen an die Pflegestützpunkte erfüllen. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen müssen die Anzahl und die Standorte der benötigten Beratungsstellen immer vor Ort bestimmt und begründet werden. Ein erster Schätzwert über die Gesamtzahl der benötigten Beratungsstellen in Baden-Württemberg kann allerdings aus dem Standortmodell „Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten“ abgeleitet werden. Bei diesem erfolgreichen Standortmodell ist eine Beratungsstelle für durchschnittlich 47.257 Bürgerinnen und Bürger zuständig. Dies würde hochgerechnet auf Baden-Württemberg eine Anzahl von 228 Beratungsstellen bedeuten. An dieser Stelle muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es sich bei diesen Beratungsstellen oftmals nicht um neue Beratungsstellen handelt. Vielmehr besteht die Aufgabe darin, bestehende Beratungsstellen mit in ein Gesamtkonzept für die Beratungsinfrastruktur einer bestimmten Region zu implementieren. Durch ein funktionierendes Qualitätssicherungssystem könnten dabei auch Beratungsangebote von Leistungserbringern berücksichtigt werden, sofern sie sich an diesem beteiligen. Neue Beratungsstellen müssten nur dort geschaffen werden, wo es kein Beratungsangebot gibt, das mit dem von Pflegestützpunkten vergleichbar ist. Wird dieser Bedarf hinreichend geprüft, handelt es sich bei der Errichtung neuer Beratungsstellen um sinnvolle Investitionen zur Behebung einer Unterversorgung. Um diese Diskussion führen zu können, werden konkrete Daten über die bestehende Beratungsinfrastruktur in den einzelnen Stadt- und Landkreisen benötigt. Diese Daten liegen nach Ansicht der Evaluatoren noch in keinem Stadt- und Landkreis in ausreichender Detailtiefe vor und sollten folglich zeitnah erhoben werden.

Nachdem eine potenziell erforderliche Anzahl von Beratungsstellen in einem Stadt- oder Landkreis bestimmt werden konnte, wäre aus Sicht der Evaluatoren eine sinnvolle Weiterentwicklungsoption, diese Stellen auch alle mit der Bezeichnung Pflegestützpunkte zu führen, sofern sie sich zu einer Qualitätssicherung verpflichten, die auch eine entsprechende Neutralität der Beratung sicherstellt. Ein alternativer Ansatz besteht darin, in jedem Stadt- und Landkreis einen zentralen Pflegestützpunkt vorzuhalten, der neben der Beratung zentrale Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben übernimmt. Alle anderen Beratungsstellen könnten der Bevölkerung dann als offizielle Zweigstellen dieses Pflegestützpunktes mit einem vergleichbaren qualitätsgesicherten Beratungsangebot zur Verfügung gestellt werden. Unabhängig davon, ob eine der beiden Optionen gewählt wird, ist es aus Sicht der Evaluatoren von entscheidender Bedeutung, dass von der Landesebene klare Vorgaben an die Pflegestützpunktkonzeptionen gemacht werden und Pflegestützpunkte somit als Marke eine eindeutige Corporate Identity erhalten.

Ein weiterer wichtiger Punkt besteht in der Klärung darüber, wie die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in Baden-Württemberg zukünftig erbracht werden soll. In Ermangelung von verbindlichen Regelungen hat sich hier im Laufe der Etablierung von Pflegestützpunkten eine „gelebte Praxis“ herausgearbeitet. Diese sieht so aus, dass die Pflegestützpunkte bei Bedarf auch eine Leistung erbringen, die mit der Pflegeberatung vergleichbar ist (Case Management) und die Kranken- und Pflegekassen erst dann mit hinzuziehen, wenn Leistungsentscheidungen getroffen werden müssen. Diese Praxis wird von den MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte als sehr positiv beschrieben. Sollte dieses Vorgehen im Sinne des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und der LAG Pflegestützpunkte sein, sollte dies möglichst zeitnah auch so kommuniziert werden. Dann wäre es aber auch notwendig, darüber zu diskutieren, ob die bisherige Beteiligung der Kassen an der Finanzierung der Pflegestützpunkte ausreicht, um die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI ganz oder teilweise an die Pflegestützpunkte zu delegieren. Der Ausgang dieser Verhandlungen wird natürlich auch in entscheidender Weise davon beeinflusst, wie sich auf der Landesebene bezüglich der zukünftigen Anzahl von Pflegestützpunkten und deren Finanzierung entschieden wird. Wenn die MitarbeiterInnen der Pflegestützpunkte die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI zukünftig nicht erbringen sollen, dann werden verbindliche Vorgaben dazu benötigt, wie sie zukünftig bei Bedarf dieser Leistung die zuständigen MitarbeiterInnen der Kranken- und Pflegekassen erreichen können und wie sichergestellt werden kann, dass diese die Pflegeberatung zeitnah vor Ort erbringen können. Dies erscheint aus Sicht der Evaluatoren derzeit nur bei der AOK Baden-Württemberg eine gangbare Option zu sein, weil die MitarbeiterInnen der anderen Kassen ihren Arbeitsplatz oftmals nicht in den Geltungsbereichen der Pflegestützpunkte haben und folglich auch nicht über die lokalen Angebote informiert sein können und in der Regel lange Strecken zu den Rat- und Hilfesuchenden zurücklegen müssten.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg bereits jetzt als Erfolgsmodell bezeichnet werden können. Jetzt gilt es, diesen Weg weiterzugehen und von der Landesebene eine klare Weichenstellung für die noch erforderliche Weiterentwicklung zu einer flächendeckenden wohnortnahen und qualitätsgesicherten Beratungsinfrastruktur vorzunehmen.

Anhänge

Anhang 1: Allgemeinverfügung
des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg

Anhang 2: Kooperationsvereinbarung
über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten
in Baden-Württemberg gemäß § 92 c SGB XI

Anhang 3: Anforderungen für Pflegestützpunkte
(Stand: 10.09.2009)

Anhang 4: Erster Strukturhebungsbogen

Anhang 5: Strukturdaten der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Anhang 6: Pflichtenheft 1

Anhang 7: Pflichtenheft 2

Anhang 8: Interviewleitfaden zu den Fallstudien

**Allgemeinverfügung
des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
zur Einrichtung von Pflegestützpunkten
in Baden-Württemberg**

**Bekanntmachung des Ministeriums
für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
vom 22. Januar 2010, Az.: 34-5277-92c**

I.

Allgemeinverfügung

1. Bestimmung der Einrichtung von Pflegestützpunkten

Gemäß § 92c Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994 (BGBl I S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl I S. 2495) wird für Baden-Württemberg bestimmt, dass die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten nach Maßgabe der Vorgaben des SGB XI einzurichten haben.

2. Hinweise

- 2.1 Es werden bis 31. Januar 2011 baden-württembergweit 50 Pflegestützpunkte eingerichtet. Dabei ist in jedem Stadt- und Landkreis zumindest ein Pflegestützpunkt einzurichten. Die ersten 25 Pflegestützpunkte sollen bis 30. September 2010 errichtet werden.
- 2.2 Bei der Errichtung von Pflegestützpunkten ist auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen. Nachdem in Baden-Württemberg gewachsene Pflegeberatungsstrukturen bereits vorliegen, sind zur Vermeidung von Doppelstrukturen für die Errichtung von Pflegestützpunkten vorhandene bzw. in der kommunalen Sozialplanung vorgesehene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig zu berücksichtigen.

- 2.3 Über die Trägerschaft eines Pflegestützpunktes nach § 92c SGB XI berät die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. Gründungsmitglieder sind Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen und Krankenkassen sowie Vertreter der Kommunalen Landesverbände.

Da der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. auch die Landesverbände der Pflegekassen und Krankenkassen angehören, wird – nachdem die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. auf Antrag über die Trägerschaft von Pflegestützpunkten entschieden hat – die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte e.V. im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen und Krankenkassen dem Antragsteller die Entscheidung über die Trägerschaft mitteilen.

- 2.4 Pflegestützpunkte sollen zunächst dort errichtet werden, wo sich ein kommunaler Träger beteiligt. Kommt eine Errichtung unter Beteiligung eines kommunalen Trägers nicht zustande, erfolgt die Errichtung bei einer durch die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. zu bestimmenden Stelle.
- 2.5 Bei der Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte sind die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zu berücksichtigen.

3. Anordnung der sofortigen Vollziehung

Gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 des Sozialgerichtsgesetzes wird die sofortige Vollziehung dieser Allgemeinverfügung im öffentlichen Interesse angeordnet.

4. Bekanntgabe

Diese Allgemeinverfügung einschließlich der Anordnung ihrer sofortigen Vollziehung gilt am Tag nach ihrer Bekanntmachung im Gemeinsamen Amtsblatt als bekannt gegeben.

II. Begründung

5. Begründung der Allgemeinverfügung

Nach dem am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz müssen die Pflegekassen und Krankenkassen zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten nach § 92c SGB XI Pflegestützpunkte einrichten, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Von dieser Bestimmungsmöglichkeit wird hiermit für Baden-Württemberg Gebrauch gemacht.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales räumt der Beratung von Menschen mit Pflegebedarf und der Koordinierung passgenauer Hilfen einen zentralen Stellenwert ein. Die Pflegestützpunkte sind hierfür geeignete und wichtige Instrumente.

In den Pflegestützpunkten werden die pflegerischen, sozialen und umfeldbezogenen Anfragen, auch im Vor- und Umfeld der Pflege, aufgenommen und nach Möglichkeit beantwortet. Pflegestützpunkte tragen zur Vernetzung eines Angebotes für hilfesuchende Menschen bei, das möglichst alle pflegerischen, sozialen, hauswirtschaftlichen und niedrighschwelligigen Angebote vor Ort umfasst.

Pflegestützpunkte sollen den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen unnötige Wege zu unterschiedlichen Ansprechpartnern ersparen, indem sie dort Informationen über erforderliche Hilfen und Unterstützungsleistungen möglichst aus einer Hand erhalten. Sie tragen dadurch zur besseren Vernetzung von wohnortnahen Auskunfts-, Beratungs-, Koordinierungs- und Leistungsangeboten rund um die Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedürfnisse der Menschen bei.

Da bereits in Baden-Württemberg auf kommunaler Ebene vielfach Institutionen vorliegen, wie z.B. die Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen, die bereits kompetent Beratungs- und Koordinierungsaufgaben wahrnehmen, sind nach Auffassung des Ministeriums für Arbeit und Soziales die Aufgaben der Beratung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, der Koordinierung der Hilfen im Einzelfall und der Koordinierung des regionalen Versorgungssystems gemeinsam und gleichberechtigt von Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträgern und den Kommunen zu gestalten und zu verantworten, mit dem Ziel, Doppelstrukturen zu vermeiden.

Unter Moderation des Ministeriums für Arbeit und Soziales haben sich die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und die Kommunalen Landesverbände auf die am 15. Dezember 2008 unterzeichnete Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten verständigt. Die Kooperationsvereinbarung ersetzt den Rahmenvertrag.

Die Kooperationsvereinbarung sieht eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Pflegestützpunkte in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins vor, die über die Trägerschaft der Pflegestützpunkte entscheidet. Dabei sind vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig zu berücksichtigen. Erst wenn die Errichtung eines Pflegestützpunktes unter Beteiligung eines kommunalen Trägers nicht zustande kommt, wird die Errichtung bei einer durch die LAG Pflegestützpunkte e.V. zu bestimmenden Stelle erfolgen.

Nachdem der LAG Pflegestützpunkte e.V. auch die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen angehören, verpflichtet die Allgemeinverfügung die Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte zu errichten. Diese Aufgabe der Pflege- und Krankenkassen wird in deren Auftrag durch die LAG Pflegestützpunkte e.V. wahrgenommen.

6. Besondere Begründung der Anordnung der sofortigen Vollziehung

Nach § 86a Abs. 2 Nr. 5 des Sozialgerichtsgesetzes entfällt die aufschiebende Wirkung einer Anfechtungsklage, wenn die sofortige Vollziehung eines Verwaltungsakts im öffentlichen Interesse eines Beteiligten ist und die Stelle, die den Verwaltungsakt erlassen hat, die sofortige Vollziehung mit schriftlicher Begründung des besonderen Interesses an der sofortigen Vollziehung anordnet.

Bei der Entscheidung, dass Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg eingerichtet werden, ist die Anordnung der sofortigen Vollziehung im öffentlichen Interesse, das heißt, im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in Baden-Württemberg.

Seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1. Juli 2008 wurde mit dem Erlass der Allgemeinverfügung gewartet, um die konzeptionellen und vertragli-

chen Grundlagen zur Errichtung von Pflegestützpunkten zu schaffen. Innerhalb dieses Verfahrens konnte mit allen Beteiligten das Konzept zur Errichtung von Pflegestützpunkten grundsätzlich abgestimmt werden. Die sofortige Vollziehung stellt nun ein einheitliches und geordnetes Vorgehen aller Pflegekassen und Krankenkassen und kommunalen Träger bei der zügigen Einrichtung von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg sicher.


Weiter wird durch die Anordnung des Sofortvollzugs sichergestellt, dass die bis zum 30. Juni 2011 befristete Anschubfinanzierung aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Errichtung von Pflegestützpunkten auch zeitgerecht in Anspruch genommen werden kann (§ 92c Abs. 5 und 6 SGB XI). Eine solche Antragstellung ist erst nach Bestimmung durch die oberste Landesbehörde und der Entscheidung der LAG Pflegestützpunkte e.V. über die Trägerschaft nach Vorlage einer Konzeption und eines unterschriebenen örtlichen Stützpunktvertrages möglich.

III. Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diese Allgemeinverfügung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Klage bei dem Sozialgericht, in dessen Bezirk der Kläger oder die Klägerin zur Zeit der Klageerhebung seinen oder ihren Sitz hat, schriftlich oder zur Niederschrift bei der Urkundsbeamtin oder dem Urkundsbeamten der Geschäftsstelle erhoben werden.

Die Klage muss die Klägerin oder den Kläger, die Beklagte oder den Beklagten sowie den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen. Sie soll einen bestimmten Antrag enthalten und von der Klägerin oder dem Kläger oder einer zu deren oder dessen Vertretung befugten Person mit Orts- und Zeitangabe unterzeichnet sein. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben werden; die angefochtene Verfügung soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden.

Stuttgart, den 22. Januar 2010


Dr. Monika Stolz MdL

Ministerin für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

**Kooperationsvereinbarung
über die Einrichtung und den Betrieb von
Pflegestützpunkten
in Baden-Württemberg
gemäß § 92 c SGB XI**

zwischen

- der AOK Baden-Württemberg,
- dem BKK Landesverband Baden-Württemberg,
- der IKK Baden-Württemberg und Hessen,
- der Landwirtschaftliche Krankenkasse und Pflegekasse Baden-Württemberg,
- der Knappschaft, Verwaltungsstelle München,
- den Ersatzkassen
 - Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal,
 - Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg,
 - Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg,
 - Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover,
 - Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd,
 - HEK – Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg,
 - Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
 - hkk, Bremen

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
(VdAK) vertreten durch den Leiter der Landesvertretung
Baden-Württemberg**

und

- dem Städtetag Baden-Württemberg
- dem Landkreistag Baden-Württemberg
- dem Gemeindetag Baden-Württemberg

- 2 -

Präambel

Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung sollen in Baden-Württemberg Pflegestützpunkte im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des § 92 c Sozialgesetzbuch (SGB) XI eingerichtet werden. Hierzu schließen die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Kommunalen Landesverbände eine Kooperationsvereinbarung ab. Hierbei vertritt der VdAK/AEV die Interessen der Ersatzkassen gleichbedeutend den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen gegenüber.

In Pflegestützpunkten werden die pflegerischen, sozialen und umfeldbezogenen Anfragen, auch im Vor- und Umfeld der Pflege, aufgenommen und nach Möglichkeit beantwortet. Pflegestützpunkte tragen zur Vernetzung eines Angebotes für hilfesuchende Menschen bei, das möglichst alle pflegerischen, sozialen, hauswirtschaftlichen und niedrigschwelligen Angebote vor Ort umfasst.

Nachdem in Baden-Württemberg gewachsene Pflegeberatungsstrukturen bereits vorhanden sind, sind zur Vermeidung von Doppelstrukturen für die Errichtung von Pflegestützpunkten vorhandene bzw. in der kommunalen Sozialplanung vorgesehene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig zu berücksichtigen. Der Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg kann sukzessive erfolgen.

§ 1 Leitgedanken

- (1) Pflegestützpunkte sollen den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen unnötige Wege zu unterschiedlichen Ansprechpartnern ersparen, indem sie dort Informationen über erforderliche Hilfen und Unterstützungsleistungen möglichst aus einer Hand erhalten. Sie tragen dadurch auch zur besseren Vernetzung von wohnortnahen Auskunfts-, Beratungs-, Koordinierungs- und Leistungsangeboten rund um die Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedürfnisse der Menschen bei.
- (2) Träger der Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI sind die am Stützpunkt beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Sie übernehmen gemeinsam die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Pflegeberatungsangebotes. Da auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen ist, wirken die Kooperationspartner auf ein partnerschaftliches und verlässliches Miteinander der Akteure im pflegerischen Bereich vor Ort hin.

- 3 -

§ 2 Zweck

- (1) Zweck der Kooperationsvereinbarung ist der Betrieb von Pflegestützpunkten gemäß § 92 c SGB XI.
- (2) Aufgrund dieser Kooperationsvereinbarung wird von der Möglichkeit eines Landesrahmenvertrages zur Bestimmung und zum Betrieb der Pflegestützpunkte nach § 92 c Abs. 8 SGB XI in Baden-Württemberg abgesehen.

§ 3 Aufgaben der Pflegestützpunkte

- (1) Die zu errichtenden Pflegestützpunkte nehmen die in § 92 c Abs. 2 SGB XI beschriebenen Aufgaben wahr. Sie müssen funktionsfähige Einrichtungen zur qualifizierten Information, Beratung und Betreuung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sein. Pflegestützpunkte bieten ein von Träger- und Leistungserbringerinteressen unabhängiges, neutrales wohnortnahes Beratungsangebot.
- (2) Leistungsentscheidungen werden nicht im Pflegestützpunkt getroffen. Sie obliegen weiterhin den jeweils zuständigen Leistungsträgern.
- (3) Die personelle Ausstattung eines Pflegestützpunktes ist so zu bemessen, dass eine durchgängige personelle Präsenz mindestens einer Fachkraft, feste Öffnungszeiten von Montag bis Freitag jeweils an Vor- und Nachmittagen und in begründeten Fällen aufsuchende Beratung und andere hilfebezogene Aufgaben im Vor- und Umfeld der Pflege geleistet werden können.
- (4) Die von den an der Einrichtung bzw. am Betrieb eines Pflegestützpunktes Beteiligten in den Pflegestützpunkt entsandten Fachkräfte sind beauftragt, den Zielen des Pflegestützpunktes zu dienen.
- (5) Alle Mitarbeiter/innen im Pflegestützpunkt sind zur Neutralität verpflichtet. Ihre fachliche Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist nach den aktuell anerkannten fachlichen Standards neutral und trägerunabhängig vorzunehmen.
- (6) Die Träger der Pflegestützpunkte dokumentieren ihre Arbeit und berichten gemäß § 6 Abs. 6 über den Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte den Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte in regelmäßigen Abständen und gemäß § 6 Abs. 7 auf entsprechende Anforderung den Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte und dem Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg.

- 4 -

§ 4 Errichtung der Pflegestützpunkte

- (1) In jedem Stadt- und Landkreis ist die Errichtung grundsätzlich eines Pflegestützpunktes vorzusehen. Zur Abschätzung der Kostenfolgen wird von etwa 50 Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg ausgegangen. Der Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Pflegestützpunkten kann in Baden-Württemberg sukzessive erfolgen.
- (2) Über die Trägerschaft von Pflegestützpunkten entscheidet die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte (§ 6). Dabei sind vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig zu berücksichtigen. Kommt eine Errichtung unter Beteiligung eines kommunalen Trägers nicht zustande, erfolgt die Errichtung bei einer durch die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte zu bestimmenden Stelle. Dabei sind regionale Schwerpunkte einer Pflegekasse in der pflegerischen Versorgung nach Möglichkeit zu berücksichtigen.
- (3) Die Arbeit des Pflegestützpunktes wird durch ein fachkundiges Gremium auf örtlicher Ebene unterstützt, in dem unter Beachtung der von der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte getroffenen Vorgaben und der lokalen bzw. regionalen Besonderheiten die konkreten Angelegenheiten des Pflegestützpunktes geregelt werden können. Die Kosten- und Leistungsträger des Pflegestützpunktes regeln die Zusammensetzung dieses Gremiums.
- (4) Die Träger der Pflegestützpunkte haben darauf hinzuwirken, dass sich die in Baden-Württemberg zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen und die in Baden-Württemberg tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung beteiligen können.
- (5) Die Träger der Pflegestützpunkte haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, einzubinden. Sie sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen.

§ 5 Finanzierung der Pflegestützpunkte

- (1) Die für den Betrieb erforderliche Finanzierung der Pflegestützpunkte ergibt sich aus den Bestimmungen in § 92 c Abs. 4 SGB XI. Über die Finanzierung der Pflegestützpunkte ist zwischen den Beteiligten vor Ort eine Einigung zu erzielen und abschließend in der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte abzustimmen.
- (2) Die Kosten eines Pflegestützpunktes werden kalkulatorisch mit einem durchschnittlichen pauschalen Aufwand von ca. 80.000 Euro pro Jahr angesetzt.

Als Orientierung gilt folgende Schlüsselverteilung:

- die gesetzlichen Krankenkassen und die Pflegekassen zu je einem Drittel
- die kommunalen Träger zu einem Drittel.

Die Mittelaufteilung der Kranken- und Pflegekassen untereinander erfolgt auf Basis der Daten der KM 6.

Die Pflegekassen und Krankenkassen sowie die kommunalen Träger erhalten die Möglichkeit, ihren Finanzierungsanteil ganz oder teilweise durch in den Pflegestützpunkten eingesetztes Personal zu erbringen. Die Personalkosten der im Pflegestützpunkt eingesetzten Pflegeberater/innen nach § 7 a SGB XI sind von den entsendenden Stellen zu tragen. Gleiches gilt für die originären Beratungsleistungen nach SGB XII.

- (3) Eine angemessene Kostenbeteiligung der privaten Krankenversicherung wird angestrebt. Beteiligen sich neben den Kranken- und Pflegekassen und kommunalen Trägern noch andere Akteure am regionalen Pflegestützpunkt, leisten diese einen angemessenen jährlichen Pauschalbeitrag an der Finanzierung des Pflegestützpunktes.
- (4) Für die Anschubfinanzierung gelten die Bestimmungen in § 92 c Absätze 5 und 6 SGB XI. Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte stellt die Anforderung von Mitteln der gesetzlich vorgeschriebenen Anschubfinanzierung sicher. Die Mittel aus der Anschubfinanzierung werden von den Trägern der Pflegestützpunkte unmittelbar nach Bestätigung der fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes durch die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte beim GKV-Spitzenverband der Pflegekassen beantragt. Dem Antrag ist die Mitteilung der Bestätigung durch die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes beizufügen.

- 6 -

§ 6 Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen, die Ersatzkassen sowie die Kommunalen Landesverbände gründen zur Errichtung von Pflegestützpunkten eine Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte.
- (2) Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte wird als eingetragener Verein geführt. Sie gibt sich eine Satzung.
- (3) Die Verbände der privaten Krankenversicherung können der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte beitreten. Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte bietet den Verbänden der Leistungserbringer in der Pflege und den Verbänden der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen eine Mitwirkung an. Das Ministerium für Arbeit und Soziales arbeitet beratend und moderierend in der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte mit.
- (4) Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte gibt sich landesweit gültige, einheitliche Vorgaben zur personellen und sächlichen Ausstattung von Pflegestützpunkten. Dabei sind für die Träger insbesondere bedarfsgerechte Standards für die örtliche und telefonische Erreichbarkeit, für die Qualifikation des eingesetzten Personals sowie für geeignete Formen der aufsuchenden Hilfe zu setzen.
- (5) Die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte entscheidet auf der Grundlage einer eingereichten Konzeption über die Trägerschaft der Pflegestützpunkte nach § 4 Abs. 2.
- (6) Die Träger der Pflegestützpunkte dokumentieren durch Vorlage eines jährlich zu erstellenden Berichts gegenüber der Landesarbeitsgemeinschaft-Pflegestützpunkte ihre Tätigkeit und stellen damit auch sicher, dass sie die von der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte aufgestellten Anforderungen erfüllen.
- (7) Die Mitglieder der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte und das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg können sich vom Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte jederzeit über den Stand der Arbeit in den Pflegestützpunkten berichten lassen und eigene Vorschläge und Anregungen unterbreiten.

- 7 -

§ 7 Wissenschaftliche Evaluation

Eine wissenschaftliche Evaluation des Aufbaus von Pflegestützpunkten ist vorzusehen. Bei der Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte sind die Ergebnisse des Evaluationsberichts zu berücksichtigen. Die Kooperationspartner bitten das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, eine wissenschaftliche Evaluation in Auftrag zu geben und hierfür die Kosten zu tragen.

§ 8 In-Kraft-Treten und Vertragsdauer

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung durch sämtliche Kooperationspartner in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber allen Vertragsparteien zu kündigen.
- (3) Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform und der Zustimmung aller Vertragsparteien.

- 8 -

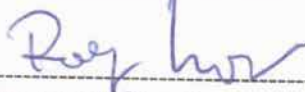
Protokollnotizen:

Die Kommunalen Landesverbände halten den vorgesehenen Start mit 50 Pflegestützpunkten an der Bedarfssituation aber auch an die gemeinsamen Zielsetzungen für nicht angemessen. Mit der grundsätzlichen Errichtung eines Pflegestützpunktes in jedem Stadt- und Landkreis ist nach Auffassung der Kommunalen Landesverbände kein wohnortnahes Beratungsangebot gewährleistet. Die Kommunalen Landesverbände verkennen jedoch nicht, dass ein begrenzter Beginn die Chance einer besseren Steuerbarkeit und Abschätzung der Entwicklung beinhaltet. Die Kommunalen Landesverbände sehen die 50 Pflegestützpunkte deshalb als Ausgangsgröße, an die sich der sukzessive Aufbau einer flächendeckenden Struktur anschließt.

Die Pflege- und Krankenkassen sind der Auffassung, dass die Pflegeberatung im Vor- und Umfeld der Pflegebedürftigkeit eine kommunale Pflichtaufgabe nach bundes- und landesrechtlichen Vorschriften ist. Die Errichtung von Pflegestützpunkten schränkt diese Verpflichtung nicht ein.

Stuttgart, den 15. Dezember 2008

Pflege- und Krankenkassen



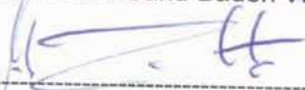
AOK Baden-Württemberg



Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.
Der Leiter der Landesvertretung Baden-Württemberg



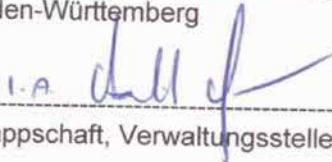
BKK Landesverband Baden-Württemberg



IKK Baden-Württemberg und Hessen



Landwirtschaftliche Krankenkasse und Pflegekasse
Baden-Württemberg



Knappschaft, Verwaltungsstelle München

Kommunale Landesverbände



Städtetag Baden-Württemberg



Landkreistag Baden-Württemberg



Gemeindetag Baden-Württemberg

Anforderungen für Pflegestützpunkte (Stand: 10.09.2009)

Aufgrund der zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den Kommunalen Landesverbänden am 15. Dezember 2008 abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg gemäß § 92 c SGB XI legt die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte e. V. nachstehende allgemeine Standards für die Arbeit der Pflegestützpunkte fest.

Sie geben den Rahmen für örtlich effektive Arbeitskonzeptionen, die die bereits bestehenden Beratungsstrukturen und die spezifischen Anforderungen des jeweiligen Einzugsgebiets berücksichtigen.

Die Träger der Pflegestützpunkte vereinbaren auf der Grundlage dieser „Allgemeinen Standards für die Arbeit der Pflegestützpunkte“ deren konkrete Ausgestaltung unter Berücksichtigung der vorhandenen Angebote und Strukturen in einem Stützpunktvertrag.

Wesentlicher Bestandteil des Stützpunktvertrages ist die für die Arbeit des Pflegestützpunktes umzusetzende Konzeption. Darin werden insbesondere die Weiterentwicklung und Koordinierung der wohnortnahen Versorgungs- und Betreuungsangebote sowie entsprechende Vernetzungen beschrieben.

I. Aufgaben

Die Pflegestützpunkte beziehen sich auf die in § 92 c SGB XI sowie die in der Kooperationsvereinbarung festgelegten Ziele und Aufgaben. Dabei ist auf vorhandene Beratungsstrukturen zurückzugreifen. Die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI bleibt von der Errichtung der Pflegestützpunkte unberührt. Sie muss aber bei Bedarf auch im Pflegestützpunkt angeboten werden.

Auskunft und Beratung

Der Pflegestützpunkt stellt eine 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 sicher, insbesondere durch

- abschließende Einzelinformationen bzw. Beratung, wenn kein weiterer Hilfebedarf zu erkennen ist,
- Sondierungsgespräche zur Einschätzung des notwendigen Informations-, Beratungs- oder Hilfebedarfs,

- Beratungsgespräche über mögliche Hilfen und bei Bedarf Vermittlung/Kontaktaufnahme zu Leistungsanbietern.

Koordination

Der Pflegestützpunkt stellt auf den Einzelfall bezogen die Koordination 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 sicher.

Vernetzung

Der Pflegestützpunkt trägt zur Vernetzung eines abgestimmten und niedrigschwelligen Angebotes für hilfeschende Menschen bei, das möglichst alle pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialen Angebote vor Ort umfasst.

II. Erreichbarkeit

Der Pflegestützpunkt sollte mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein.

Der Pflegestützpunkt muss einen barrierefreien Zugang gewährleisten.

Der Pflegestützpunkt muss für den Hilfesuchenden, beispielsweise durch Informationsschilder gut erkennbar sein.

Der Pflegestützpunkt stellt feste und bedarfsgerechte Öffnungszeiten und in begründeten Fällen aufsuchende Beratung sicher. Er muss telefonisch erreichbar sein.

III. Sächliche Ausstattung

Geeignete Räumlichkeiten, die einer vertraulichen Beratungssituation gerecht werden.

Telefon einschließlich einer entsprechenden IT-Infrastruktur müssen vorhanden sein.

Es wird der Aufbau eines elektronischen Informationssystems unter Beteiligung der mitwirkenden Institutionen angestrebt, damit dem Rat- und Hilfesuchenden umfassend über die im Einzugsbereich des Pflegestützpunktes vorhandenen Hilfe- und Unterstützungsangebote Auskunft gegeben werden kann.

IV. Personelle Anforderungen

Die hohen Anforderungen an die im Pflegestützpunkt tätigen Personen erfordern qualifiziertes Personal. Dies setzt eine fachspezifische Qualifikation voraus, beispielsweise durch ein abgeschlossenes Studium (z. B. Sozialpädagogik, Sozialarbeit) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft oder als Sozialversicherungsfachangestellte/r mit der jeweiligen Zusatzqualifikation. Fehlende Qualitätsanforderungen sind bis zum 30.06.2011 zu erfüllen (vgl. Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7 a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.08.2008).

Es ist sicherzustellen, dass die im Pflegestützpunkt tätigen Personen ihre Kenntnisse durch geeignete Weiterbildungsmaßnahmen vertiefen können.

V. Dokumentation

Die Auskunfts-, Beratungs- und Koordinierungsgespräche der Rat- und Hilfesuchenden sind unter Beachtung des Datenschutzes zu dokumentieren. Als Basis für die Evaluation des Arbeitskonzeptes der Pflegestützpunkte ist eine Dokumentation sämtlicher durchgeführter Arbeiten zu erstellen. Es wird angestrebt, dass die Dokumentationen auf der Basis eines landesweit gemeinsamen Dokumentationssystems sichergestellt werden.

VI. Datenschutz

Geltende Datenschutzregelungen (insbesondere eine Einverständniserklärung zur Datenerfassung und -übermittlung) sind zwingend zu beachten.

Anhang 4: Strukturdatenerhebungsbogen 1

Strukturdaten der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

1. Ansprechpartner

- Ansprechpartner für die Daten des Pflichtenheftes (Name, Telefon, E-Mail)
- Ansprechpartner für die Strukturhebung (Name, Telefon, E-Mail)

2. Allgemeine Informationen

- Land- bzw. Stadtkreis, in dem der Pflegestützpunkt seinen Standort hat
- Anschrift des Pflegestützpunktes (Straße, PLZ, Ort)
- Datum der Eröffnung des Pflegestützpunktes
- In welchen Räumlichkeiten ist der Pflegestützpunkt untergebracht?
(Kommune, Kasse)
- Öffnungszeiten des Pflegestützpunktes (Stunden pro Woche)
- Gibt es feste Öffnungszeiten von Montag bis Freitag? (Ja, Nein)
- Gibt es Öffnungszeiten nach 18 Uhr? (Ja, Nein)
- Hat der Pflegestützpunkt auch an Samstagen und/oder Sonntagen geöffnet? (Ja, Nein)
- Werden auch Termine außerhalb der Öffnungszeiten gemacht? (Ja, Nein)
- Bietet der Pflegestützpunkt auch eine aufsuchende Beratung an? (Ja, Nein)
- Wurde sich bereits auf eine Softwarelösung für den Pflegestützpunkt festgelegt?
- Falls sich beim Pflegestützpunkt bereits auf eine Softwarelösung festgelegt wurde, welches Programm wurde gewählt?

3. Informationen zu Personal, das im Pflegestützpunkt eingesetzt wird

- Personalbesetzung in Vollzeitkräften (VK)
- Wer sind die Arbeitgeber der Mitarbeitenden in den Pflegestützpunkten
(Kommune, Kasse, Sonstige)
- Werden die Mitarbeitenden ausschließlich für den Pflegestützpunkt eingesetzt?
(Ja, Nein)
- Gehören Pflegefachkräfte zur Personalbesetzung des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)
- Gehören Sozialversicherungsfachangestellte zur Personalbesetzung des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)
- Gehören Pflegeberater nach § 7 a SGB XI zur Personalbesetzung des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)
- Gehören Sozialarbeiter/Sozialpädagogen zur Personalbesetzung des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)
- Gehören Verwaltungsangestellte/-beamte zur Personalbesetzung des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)

- Verfügen alle hauptamtlichen Mitarbeitenden über eine Weiterbildung, die den Anforderungen des GKV-Spitzenverbandes an die Pflegeberater nach § 7 a SGB XI gerecht wird? (Ja, Nein, Noch nicht abgeschlossen)
- Wird die Arbeit in den Pflegestützpunkten durch Ehrenamtliche unterstützt? (Ja, Nein)

4. Informationen zu den Aufgaben, die der Pflegestützpunkt erbringt

- Gibt es eine Datenbank über alle Hilfs- und Unterstützungsangebot im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes, auf die die Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes zurückgreifen können? (Ja, Nein)
- Wird die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI im bzw. durch den Pflegestützpunkt sichergestellt? (Ja, Nein)
- Wird die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI von den Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes erbracht? (Ja, Nein, Teilweise)
- Wird bei Bedarf Fallsteuerung von den Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes durchgeführt? (Ja, Nein)

5. Außenstellen

- Gibt es im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes Außenstellen des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)
- Falls es Außenstellen des Pflegestützpunktes in dessen Geltungsbereich gibt, auf welcher Vorstruktur bauen diese auf? (Keiner, Kommune, Kasse, Sonstiges)
- Sind in den Außenstellen hauptamtliche Mitarbeitende tätig? (Ja, Nein)
- Sind in den Außenstellen ehrenamtliche Mitarbeitende tätig? (Ja, Nein)
- Bieten die Mitarbeitenden in den Dependancen ein eigenes Beratungsangebot an? (Ja, Nein)
- Führen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegestützpunktes Sprechstunden in den Außenstellen durch? (Ja, Nein)
- Verfügen die Außenstellen außerhalb der Sprechstunden der Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte über ein eigenes Beratungsangebot? (Ja, Nein)

6. Vernetzung

- Gibt es ein Gremium auf der örtlichen Ebene, in dem die konkreten Angelegenheiten des Pflegestützpunktes geregelt werden? (Ja, Nein)
- Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen? (Ja, Nein)
- Bestehen Kooperationsvereinbarungen mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen? (Ja, Nein)
- Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes tätigen niedergelassenen Ärzten? (Ja, Nein)
- Bestehen Kooperationsvereinbarungen mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes tätigen niedergelassenen Ärzten? (Ja, Nein)
- Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes tätigen Krankenhäusern? (Ja, Nein)

- Bestehen Kooperationsvereinbarungen mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes tätigen Krankenhäusern? (Ja, Nein)
- Ist die Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung geregelt? (Ja, Nein)
- Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen. (Ja, Nein)
- Bestehen Kooperationsvereinbarungen mit Organisationen des Bürgerschaftlichen Engagements? (Ja, Nein)
- Gibt es eine Liste mit allen für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zuständigen Kassenvertretern? (Ja, Nein)
- Beteiligen sich neben den Kranken- und Pflegekassen und kommunalen Trägern weitere Akteure an der Finanzierung des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)

7. Vorstrukturen

- Gab es vor dem Pflegestützpunkt bereits ein anderes Beratungsangebot in dessen Räumlichkeiten oder in unmittelbarer Nähe? (Ja, Nein)
- Falls es vor dem Pflegestützpunkt bereits ein anderes Beratungsangebot in dessen Räumlichkeiten gab, in wessen Trägerschaft war dieses? (Kasse, Kommune, Sonstiges)
- Falls es vor dem Pflegestützpunkt bereits ein anderes Beratungsangebot in dessen Räumlichkeiten gab, ist diese voll in dem Pflegestützpunkt aufgegangen? (Ja, Nein, Teilweise)
- Gab es im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes vor dessen Eröffnung Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft (Ja, Nein)
- Falls es im Geltungsbereich vor dem Pflegestützpunkt Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft gab, gibt es die jetzt immer noch? (Ja, Nein, Teilweise)
- Gab es im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes vor dessen Eröffnung Beratungsstellen in Trägerschaft der Kassen (Ja, Nein)
- Falls es im Geltungsbereich vor dem Pflegestützpunkt Beratungsstellen in Trägerschaft der Kassen gab, gibt es die jetzt immer noch? (Ja, Nein, Teilweise)
- Gab es im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes vor dessen Eröffnung Beratungsstellen in Trägerschaft sonstiger Träger (Ja, Nein)
- Falls es im Geltungsbereich vor dem Pflegestützpunkt Beratungsstellen in sonstiger Trägerschaft gab, gibt es die jetzt immer noch? (Ja, Nein, Teilweise)

8. Daten über den Geltungsbereich des Pflegestützpunktes

- Bezeichnung des Geltungsbereiches (Nennung z. B. des Kreises oder des Stadtteils, für den der Pflegestützpunkt zuständig ist)
- Fläche des Geltungsbereichs in qkm
- Anzahl der Bewohner im Geltungsbereich
- Bewohner unter 20 Jahren im Geltungsbereich
- Bewohner zwischen 20 und 64 Lebensjahren im Geltungsbereich
- Bewohner zwischen 65 und 79 Lebensjahren im Geltungsbereich
- Bewohner von 80 Lebensjahren und älter im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen gesamt im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufe 1 im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufe 2 im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegestufe 3 (+ Härtefall) im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen unter 60 Jahren im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen 60 und 69 Jahren im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen zwischen 70 und 79 Jahren im Geltungsbereich
- Anzahl der Pflegebedürftigen 80 Jahren und älter im Geltungsbereich
- Anzahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen im Geltungsbereich
- Anzahl der pflegebedürftigen Pflegegeldempfänger im Geltungsbereich
- Anzahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen im Geltungsbereich
- Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Geltungsbereich
- Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen im Geltungsbereich
- Anzahl der Krankenhäuser im Geltungsbereich

Anhang 5: Strukturdatenerhebungsbogen 2

Name des Pflegestützpunktes:

1. Pflegestützpunktkonzeption

- 1.1 Welchen Strukturtyp besitzt ihr Pflegestützpunkt?
 - 1.1.1 Pflegestützpunkte aus Teilpflegestützpunkten* (Ja, Nein)
 - 1.1.2 Pflegestützpunkt mit Außenstellen** (Ja, Nein)
 - 1.1.3 Pflegestützpunkt mit Kooperierenden Beratungsstellen*** (Ja, Nein)
- 1.2 Führen die MitarbeiterInnen des PSP Sprechstunden für Rat- und Hilfesuchende in weiteren Einrichtungen durch (z. B. Gemeindeämter, Begegnungsstätten)? (Ja, Nein)
 - 1.2.1 Falls die MitarbeiterInnen Sprechstunden für Rat- und Hilfesuchende in weiteren Einrichtungen durchführen, an wie vielen Orten wird dies gemacht?
 - 1.2.2 Falls die MitarbeiterInnen Sprechstunden für Rat- und Hilfesuchende in weiteren Einrichtungen durchführen, wie viele Stunden wird dies insgesamt im Monat gemacht?
- 1.3 Beteiligen sich neben den Kranken- und Pflegekassen und kommunalen Trägern weitere Akteure an der Finanzierung des Pflegestützpunktes? (Ja, Nein)

2. Allgemeine Informationen

- 2.1 Ist der PSP in kommunalen Räumlichkeiten untergebracht? (Ja, Nein)
 - 2.1.1 Falls der PSP nicht in kommunalen Räumlichkeiten untergebracht ist, beschreiben sie bitte kurz in welchen.
- 2.2 Wie viele Stunden ist der PSP pro Woche für Rat- und Hilfesuchende geöffnet?
- 2.3 Gibt es feste Öffnungszeiten von Montag bis Freitag? (Ja, Nein)
- 2.4 Gibt es Öffnungszeiten an Vor- und Nachmittagen? (Ja, Nein)
- 2.5 Gibt es Öffnungszeiten nach 18.00 Uhr? (Ja, Nein)
- 2.6 Hat der Pflegestützpunkt auch an Samstagen und/oder Sonntagen geöffnet? (Ja, Nein)
- 2.7 Werden auch Termine außerhalb der Öffnungszeiten gemacht? (Ja, Nein)
- 2.8 Bietet der Pflegestützpunkt eine aufsuchende Beratung an? (Ja, Nein)
- 2.9 Wurde sich bereits auf eine Softwarelösung für den Pflegestützpunkt festgelegt? (Ja, Nein)
 - 2.9.1 Falls sich beim Pflegestützpunkt bereits auf eine Softwarelösung festgelegt wurde, welches Programm wurde gewählt?

3. Informationen zum Personal, das im Pflegestützpunkt eingesetzt wird

- 3.1 Wie hoch ist die Personalbesetzung in Vollzeitkräften (VK) im Pflegestützpunkt?
- 3.2 Wie viele MitarbeiterInnen arbeiten im PSP?
- 3.3 Bei wem sind die MitarbeiterInnen angestellt? (Kommune, Kasse, Sonstiges)
 - 3.3.1 Falls Sie auch „Sonstiges“ genannt haben, um welche/n Arbeitgeber handelt es sich?
- 3.4 Werden die Mitarbeitenden ausschließlich für den Pflegestützpunkt eingesetzt? (Ja, Nein)
- 3.5 Über welche der folgenden fachlichen Qualifikationen verfügt mindestens einer der MitarbeiterInnen des PSP?
 - 3.5.1 Pflegeausbildung (Ja, Nein)
 - 3.5.2 Ausbildung zum/zur Sozialversicherungsfachangestellten (Ja, Nein)
 - 3.5.3 Weiterbildung Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI (Ja, Nein)
 - 3.5.4 Studium Sozialarbeit/Sozialpädagogik (Ja, Nein)
 - 3.5.5 Ausbildungsberuf im Bereich der Verwaltung (Ja, Nein)
 - 3.5.6 Studium im Bereich der Verwaltung (z. B. Verwaltungswirt, Beamter/Beamtin gehobener Dienst) (Ja, Nein)

4. Informationen zu den Aufgaben, die der Pflegestützpunkt erbringt

- 4.1 Erbringen die MitarbeiterInnen des PSP eine Leistung, die mit der der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI vergleichbar ist?
- 4.2 Von welchen Kassen sind dem Pflegestützpunkt MitarbeiterInnen persönlich bekannt (mindestens einmal kommuniziert), die für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI zuständig sind?
- 4.3 Bei welchen dieser Kassen ist der Arbeitsplatz mindestens einer dieser MitarbeiterInnen im selben Kreis wie der Pflegestützpunkt?

5. Vernetzung

- 5.1 Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen? (Ja, Nein)
 - 5.1.1 Bestehen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen? (Ja, Nein)
- 5.2 Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes niedergelassenen Ärzten? (Ja, Nein)
 - 5.2.1 Bestehen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes niedergelassenen Ärzten? (Ja, Nein)
- 5.3 Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes tätigen Krankenhäusern? (Ja, Nein)
 - 5.3.1 Bestehen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes tätigen Krankenhäusern? (Ja, Nein)

- 5.4 Ist die Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung geregelt?
(Ja, Nein)
- 5.4.1 Gibt es schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit der privaten Kranken- und Pflegeversicherung vor Ort? (Ja, Nein)
- 5.5 Gibt es einen regelmäßigen Austausch mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen? (Ja, Nein)
- 5.5.1 Bestehen schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Organisationen des Bürgerschaftlichen Engagements? (Ja, Nein)

6. Vorstrukturen

- 6.1 Gab es vor dem Pflegestützpunkt bereits ein anderes Beratungsangebot in dessen Räumlichkeiten oder in unmittelbarer Nähe? (Ja, Nein)
- 6.1.1 Falls es vor dem Pflegestützpunkt bereits ein anderes Beratungsangebot in dessen Räumlichkeiten gab, in wessen Trägerschaft war dieses?
(Kasse, Kommune, Sonstiges)
- 6.1.2 Falls es vor dem Pflegestützpunkt bereits ein anderes Beratungsangebot in dessen Räumlichkeiten gab, ist diese voll in dem Pflegestützpunkt aufgegangen? (Ja, Nein, Teilweise)
- 6.2 Gab es im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes vor dessen Eröffnung Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft? (Ja, Nein)
- 6.2.1 Falls es im Geltungsbereich vor dem Pflegestützpunkt Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft gab, gibt es die jetzt immer noch?
(Ja, Nein, Teilweise)
- 6.3 Gab es im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes vor dessen Eröffnung Beratungsstellen in Trägerschaft der Kassen? (Ja, Nein)
- 6.3.1 Falls es im Geltungsbereich vor dem Pflegestützpunkt Beratungsstellen in Trägerschaft der Kassen gab, gibt es die jetzt immer noch?
(Ja, Nein, Teilweise)
- 6.4 Gab es im Geltungsbereich des Pflegestützpunktes vor dessen Eröffnung Beratungsstellen in Trägerschaft sonstiger Träger? (Ja, Nein)
- 6.4.1 Falls es im Geltungsbereich vor dem Pflegestützpunkt Beratungsstellen in sonstiger Trägerschaft gab, gibt es die jetzt immer noch?
(Ja, Nein, Teilweise)

7. Daten über den Geltungsbereich des Pflegestützpunktes

- 7.1 Ist der PSP (inklusive Teilpflegestützpunkte/Außenstellen) für den ganzen Kreis zuständig? (Ja, Nein)
- 7.2 Fläche des Geltungsbereichs in qkm
- 7.3 Anzahl der BewohnerInnen im Geltungsbereich

Legende zu den Strukturtypen der Pflegestützpunkte:

- * Pflegestützpunkt aus „Teilpflegestützpunkten“: Der Pflegestützpunkt besteht aus mehreren gleichberechtigten Anlaufstellen („Teilpflegestützpunkten“) mit jeweils vergleichbaren Beratungsangeboten und eigenem Personal.
- ** Pflegestützpunkt mit Außenstellen: Das Personal des Pflegestützpunktes bietet außerhalb der eigenen Räumlichkeiten Beratungsangebote in Form von regelmäßigen Sprechstunden an. Die Orte dieser Beratungsangebote werden als Außenstellen bezeichnet.
- *** Pflegestützpunkt mit „Kooperierenden Beratungsstellen“: Neben dem Pflegestützpunkt gibt es weitere Anlaufstellen, die im Auftrag des geschäftsführenden Trägers eine Leistung erbringen, die mit der des Pflegestützpunktes vergleichbar ist.

Anhang 6: Pflichtenheft 1

Name des Pflegestützpunktes:

Erfassung bei Erstkontakten	Jan 11	Feb 11	Mrz 11	Apr 11	Mai 11	Jun 11	Jul 11	Aug 11	Sep 11	Okt 11	Nov 11	Dez 11
Herkunft des Hilfesuchenden												
Wohnort innerhalb des Geltungsbereiches												
Wohnort außerhalb des Geltungsbereiches												
Erstkontakte												
Keine Pflegestufe (Beantragung nicht vorgesehen)												
Keine Pflegestufe (Beantragung ist erfolgt oder vorgesehen)												
Erheblicher Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI												
Pflegestufe 1												
Pflegestufe 2												
Pflegestufe 3												
Härtefallregelung												
Geschlecht der Betroffenen												
männlich												
weiblich												
Altersgruppe der Betroffenen*)												
bis 20 Lebensjahre												
21 – 60 Lebensjahre												
61 – 80 Lebensjahre												
über 80 Lebensjahre												
Leistung												
Einzelinformation												
Beratung												
Fallsteuerung												
Beratung nach § 7 a SGB XI durch Pflegestützpunkt												
Vermittlung an Pflegeversicherung zur Beratung nach § 7 a SGB XI												

*) Angabe bezieht sich auf den Leistungsberechtigten

(Fortsetzung Anhang 6)

Name des Pflegestützpunktes:

	Jan 11	Feb 11	Mrz 11	Apr 11	Mai 11	Jun 11	Jul 11	Aug 11	Sep 11	Okt 11	Nov 11	Dez 11
Sonstige												
Erfassung bei Erstkontakten												
Erstkontakt über												
Betroffene selbst												
Angehörige												
Freunde und Bekannte												
Kranken- und Pflegekassen												
Krankenhäuser												
Niedergelassene Ärzte												
Ambulante Pflegedienste												
Kontaktweg												
Telefonisch												
E-Mail/Postalisch												
Persönlich im PSP												
In der Häuslichkeit												
Zeit pro Erstkontakt												
bis 10 Minuten												
10–30 Minuten												
31–60 Minuten												
länger als 60 Minuten												

Anhang 7: Pflichtenheft 2

Name des Pflegestützpunktes:

Informationen zu den KlientInnen	Jan 12	Feb 12	Mrz 12	Apr 12	Mai 12	Jun 12	Jul 12	Aug 12	Sep 12	Okt 12	Nov 12	Dez 12
Herkunft des/der KlientIn												
Wohnort außerhalb des Geltungsbereiches												
Pflegestufe des/der KlientIn												
Keine Pflegestufe (Beantragung ist erfolgt oder vorgesehen)												
Keine Pflegestufe (Beantragung wurde abgelehnt)												
Erheblicher Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI (auch mit Pflegestufe)												
Pflegestufe 1												
Pflegestufe 2												
Pflegestufe 3												
Härtefallregelung												
Geschlecht des/der KlientIn												
männlich												
weiblich												
Altersgruppe des/der KlientIn												
bis unter 20 Lebensjahre												
20 bis unter 40 Lebensjahre												
40 bis unter 60 Lebensjahre												
60 bis unter 70 Lebensjahre												
70 bis unter 80 Lebensjahre												
80 bis unter 90 Lebensjahre												
90 Lebensjahre und älter												

(Fortsetzung Anhang 7)

Name des Pflegestützpunktes:

Informationen zu den Kontakten mit den KlientInnen	Jan 12	Feb 12	Mrz 12	Apr 12	Mai 12	Jun 12	Jul 12	Aug 12	Sep 12	Okt 12	Nov 12	Dez 12
Wer hatte persönlichen Kontakt mit dem Pflegestützpunkt?												
KlientInnen selbst												
Angehörige												
Freunde und Bekannte												
Kranken- und Pflegekassen												
Kliniken (z. B. Krankenhäuser und Rehakliniken)												
Niedergelassene ÄrztInnen												
Ambulante Pflegedienste												
Behörden/Ämter												
Andere Beratungsstellen												
Gesetzliche BetreuerInnen												
Sonstige												
Kontaktweg												
Telefonisch												
E-Mail/Postalisch												
Persönlich im PSP												
In der Häuslichkeit												
Sonstige												
Zeit pro Kontakt												
bis 10 Minuten												
10–30 Minuten												
31–60 Minuten												
60–120 Minuten												
länger als 180 Minuten												

(Fortsetzung Anhang 7)

Name des Pflegestützpunktes:

	Jan 12	Feb 12	Mrz 12	Apr 12	Mai 12	Jun 12	Jul 12	Aug 12	Sep 12	Okt 12	Nov 12	Dez 12
Informationen zu den Kontakten mit den KlientInnen												
Leistung des Kontakts												
Einzelinformation												
Beratung												
Case Management												
Über Beratung nach § 7 a SGB XI informiert												
Vermittlung an Pflegeversicherung zur Beratung nach § 7 a SGB XI												
Sonstige												
Kontakt zustande gekommen über												
Eigene Initiative des/der KlientIn												
Angehörige/r												
Freunde/Bekannte												
Kliniken (z. B. Krankenhäuser und Rehakliniken)												
Niedergelassene ÄrztInnen												
Ambulante Pflegedienste												
Behörden/Ämter												
Andere Beratungsstellen												
Gesetzliche BetreuerInnen												
Sonstige												
Informationen zu den Kontakten und Aktivitäten im Rahmen der Koordinierung/Vernetzung												
Anzahl KlientInnenbezogener Netzwerkkontakte, z. B. Anrufe bei Pflegeeinrichtungen um nach freien Plätzen zu fragen												
Anzahl nicht-KlientInnenbezogener Netzwerkkontakte												
Vorstellung des Pflegestützpunktes bei potentiellen Netzwerkpartnern												
Vorträge auf externen Veranstaltungen												
Mitarbeit in Gremien und Arbeitsgruppen												
Durchführung von Veranstaltungen												
Sonstige												

Anhang 8: Interviewleitfaden zu den Fallstudien

Erhebungsbereiche und Leitfragen

- Bitte beschreiben Sie die Beratungsinfrastruktur vor der Errichtung des PSP.
- Warum wurde sich trotz bestehender Vorstrukturen für einen Pflegestützpunkt entschieden?
- Warum wurde sich für den Geltungsbereich entschieden?
- Gibt es Kooperierende Beratungsstellen, die im Auftrag des geschäftsführenden Trägers eine Leistung erbringen, die mit der des PSP vergleichbar ist?
- Besteht der PSP aus mehreren gleichberechtigten Anlaufstellen, die jeweils über eigenes Personal und ein eigenes Beratungsangebot verfügen?
- Gibt es Räumlichkeiten außerhalb des PSP, in denen das Personal regelmäßig Sprechstunden anbietet?
- Gibt es weitere Beratungsstellen im Geltungsbereich des PSP?
- Falls es weitere Beratungsstellen im Geltungsbereich des PSP gibt, welche Beratungsangebote haben diese und wie sieht die Zusammenarbeit mit dem PSP aus?
- Wenn die Vorstruktur vollständig in den Pflegestützpunkt übergegangen ist, wie unterscheiden sich die aktuell erbrachten Leistungen von denen der Vorstruktur?
- Wenn die Vorstruktur nicht vollständig in den Pflegestützpunkt übergegangen ist, wie unterscheiden sich deren aktuell erbrachten Leistungen von denen des Pflegestützpunktes? Haben sich durch die Implementierung des Pflegestützpunktes die Leistungen der Vorstruktur verändert?
- Ab wann wird ein Fall zum Case Management?
- Ab wann zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI?
- Wer ist für das Care Management zuständig?
- Gibt es ein lokales Gremium, das die Arbeit des PSP unterstützt? Falls ja, wie sieht es aus und was macht es?
- Werden alle Leistungen dokumentiert (auch telefonische Auskünfte)?
- Werden alle Folgekontakte mit den KlientInnen dokumentiert?
- Werden auch Kontakte im Rahmen des Care Managements dokumentiert?
- Gehen Fälle von Außenstellen auch in die Dokumentation der Pflegestützpunkte ein?
- Gibt es in den Pflegestützpunkten Prozessbeschreibungen zu den Kernprozessen?
- Welche Akteure sind an den Kernprozessen des Pflegestützpunktes beteiligt?
- Gibt es Fälle bei denen die Kassen die Fallsteuerung an die Pflegestützpunkte delegieren?
- Verfügen alle Pflegestützpunkte über eine Liste aller zuständigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach § 7 a SGB XI? Falls nicht, woran liegt dies?
- Falls KlientInnen an die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI übergeben werden, bekommt der Pflegestützpunkt ein Feedback über die dabei erbrachten Leistungen?
- Welche Rolle übernehmen Leistungserbringer bei den Kernprozessen der Pflegestützpunkte?

- Wie wird mit dem Thema „Datenschutz“ bei den Kernprozessen umgegangen?
- Gibt es Schnittstellen zur Dokumentation der Kassen und Kommunen, oder Dritter?
- Gibt es ein regelmäßiges Feedback von Akteuren, die in die Beratung einbezogen werden (Überleitungsbogen, telefonisch etc.)?
- Bei welchen Themen werden externe Fachleute hinzugezogen?
- Falls es eine Vorstruktur gab, inwiefern haben sich dessen Kernprozesse durch die Errichtung des Pflegestützpunktes geändert?
- Wie werden Außenstellen (sofern vorhanden) in die Kernprozesse des Pflegestützpunktes einbezogen?
- Wo besteht bei den Kernprozessen noch Klärungsbedarf?
- Ist die Erbringung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI für alle Rat- und Hilfesuchenden geregelt (GKV und PKV)?
- Welche Entscheider bzw. Entscheidungsgremien gibt es und welche Befugnisse haben sie?
- Wie werden Entscheidungen – beispielsweise über die Errichtung einer neuen Außenstelle oder die Unterzeichnung einer Vereinbarung mit einem neuen Kooperationspartner – getroffen?
- Wo besteht bei der Leitungsfunktion noch Klärungsbedarf?
- Welche Marketing-Maßnahmen werden zur Steigerung der Nachfrage durchgeführt?
- Identifizieren sich die MitarbeiterInnen mit dem Pflegestützpunkt?
- Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden in den Pflegestützpunkten vor Ort durchgeführt und welche Zielkriterien werden dort verwendet?
- Ist es in Zukunft vorgesehen, dass weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung implementiert werden?
- Welche Aktivitäten im Bereich Care Management werden von den MitarbeiterInnen des Pflegestützpunktes durchgeführt?
- Gibt es bereits schriftliche Vereinbarungen mit Kooperationspartnern und falls ja, welche Vereinbarungen wurden getroffen?
- Welche Qualifikationen sind aus Sicht der MitarbeiterInnen für das Care Management hilfreich?
- Gibt es Erfolgsbeispiele für die Beteiligung eines Pflegestützpunktes bei der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft?

Literaturverzeichnis

- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) (Hrsg.):
Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg (PSPHH). Abschlussbericht. Hamburg 2011.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K: Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011. 19;155(2): S. 97–107.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Köln 2010.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.):
Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Potsdam 2011.
- Stiftung Warentest (2010): Hilfe aus einer Hand. Test 11/2010, *Journal Gesundheit*, S. 86–91.
- Tebest, R./Stock, S.: Beratung älterer und hilfebedürftiger Menschen in Deutschland – Status quo und Ausblick in die Zukunft, in: Blonski, H. (Hrsg.): *Beratung älterer Menschen. Methoden – Konzepte – Erfahrungen*, Mabuse-Verlag, Köln 2013, S. 109–134.



**Kuratorium
Deutsche Altershilfe**

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Tel.: 0221 931847-0
Fax: 0221 931847-6

Internet: www.kda.de