



Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 18



**Weiterentwicklung
der Pflegeberatung**





Spitzenverband

Schriftenreihe
Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
Band 18

**Weiterentwicklung
der Pflegeberatung**
**Evaluation der Pflegeberatung
und Pflegeberatungsstrukturen
gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI**

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: +49 30 206288-0
Telefax: +49 30 206288-88
E-Mail: modellprogramm-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Julia Katharina Wolff, Claudia Pflug, Julian Rellecke, Sandra Rieckhoff,
Terese Dehl, Hans-Dieter Nolting
IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Der Bericht des IGES Instituts „Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI“ kann kostenfrei von der Homepage des GKV-Spitzenverbandes heruntergeladen werden: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2020

Fotonachweis: Fotolia/pressmaster
Adobe Stock/Robert Kneschke
iStockphoto/Kuzma

Verlag: CW Haarfeld GmbH, Hürth

ISBN 9783-774-72478-5

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Vorwort

die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dient dem Zweck, eine angemessene sowie erforderliche Pflege, Betreuung, Behandlung, Unterstützung und Versorgung von Pflegebedürftigen zu erreichen und zu sichern. Als der GKV-Spitzenverband vor zehn Jahren erstmals eine Evaluation dieses 2009 erweiterten Pflegeberatungsangebots vorlegte, bestand es erst kurze Zeit. Es war daher umso erfreulicher, dass bereits damals die Pflegekassen der insgesamt wichtigste und in der Regel erste Ansprechpartner für Pflegebedürftige und deren Angehörige waren, die eine individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung suchten.

Seither ist das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI weiterentwickelt worden und der GKV-Spitzenverband hat 2018 Richtlinien vorgelegt, damit die einheitliche Durchführung dieses Beratungsangebots gewahrt werden kann. Um einen Überblick über die Erfahrungen und die Weiterentwicklung der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen zu erlangen, wurde zugleich eine erneute Evaluation der Pflegeberatung und ihrer Strukturen beauftragt.

Die nun vorliegende erneute Bestandsaufnahme zeigt, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI insgesamt einen großen Zuspruch erfährt und eine erfreuliche Wirksamkeit zeigt. Die Untersuchung belegt die sehr hohe Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit dem bestehenden Angebot. Sie weist zugleich darauf hin, dass nicht alle Versicherten mit Pflegebedarf automatisch einen Beratungsbedarf haben und hebt hervor, dass es sich bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI um ein Angebot insbesondere der Pflegekassen handelt, auf das die Versicherten einen Anspruch haben, zu dessen Nutzung sie aber nicht verpflichtet sind.

Auch die Pflegeberatungsstrukturen haben sich insgesamt auf einem guten Weg weiterentwickelt. Über alle Bundesländer hinweg besteht das einheitliche Angebot einer Pflegeberatung seitens der Pflegekassen. Das Angebot einer Pflegeberatung in Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI haben 14 von 16 Bundesländern, wenn auch auf verschiedene Weise, umgesetzt. Zudem bestehen vor Ort, abhängig u. a. vom Engagement der jeweiligen Kommune bzw. des Landkreises, weitere Pflegeberatungsangebote. Die vorgefundene Heterogenität in den Pflegeberatungsstrukturen und in der Pflegeberatung ergänzt und bereichert das bundesweit einheitliche Angebot der Pflegekassen nach § 7a SGB XI.

Die Herausforderung zu kontinuierlicher Weiterentwicklung der Pflegeberatung wird von den Pflegekassen angenommen. Ein Beispiel hierfür ist die Einführung digitaler Kommunikationsstrukturen. Es vermehrt sich oft die Zahl der Akteure, mit denen das Beratungspersonal kommuniziert und kooperiert, wenn Leistungen der Pflegever-



sicherung ausgeweitet oder neu gestaltet werden. Indem der Versorgungsplan als zentrales Dokument der Pflegeberatung in die entstehenden digitalen Kommunikationsstrukturen eingespeist wird, kann zukünftig die Kommunikation von Pflegeberatung, anderen Beratungsstellen, Leistungserbringern und anderen Akteuren auf kommunaler und regionaler Ebene zum Nutzen der pflegebedürftigen Personen transparenter und verbindlicher gestaltet werden.

Entwicklungspotenzial wird auch erkannt beim Angebot von zielgruppenspezifischer Pflegeberatung, etwa für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche, für Pflegebedürftige aus anderen Kulturkreisen, für Pflegebedürftige mit psychischen Erkrankungen. So wie für demenziell erkrankte Pflegebedürftige inzwischen sehr häufig entsprechend gestaltetes Informationsmaterial vorliegt, speziell qualifizierte Beratungskräfte bereitstehen bzw. an entsprechend spezialisierte Beratungsstellen verwiesen werden kann, wird für die genannten Zielgruppen ein adäquates Beratungsangebot erarbeitet.

Neben dem Angebot der Pflegekassen gibt es eine insgesamt unübersichtliche Beratungslandschaft für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, z. T. von unsicherer Qualität. Vor diesem Hintergrund gilt es schließlich, die Pflegeberatung der Pflegekassen noch stärker bekannt zu machen als ein kontinuierliches Angebot, das als verlässliche Begleitung im Versorgungsprozess konzipiert ist und immer wieder erneut genutzt werden kann.



Gernot Kiefer

Inhaltsübersicht

| | | |
|---|----|------------------|
| Vorwort..... | 3 | Inhaltsübersicht |
| Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 9 SGB XI | 7 | |
| Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI | 35 | |

Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 9 SGB XI

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---|----|--------------------|
| Die Ergebnisse im Überblick | 11 | Inhaltsverzeichnis |
| Einleitung | 12 | |
| Der gesetzliche Auftrag | 13 | |
| Methodisches Vorgehen im Rahmen der Evaluation | 14 | |
| Unterschiedliche Pflegeberatungsstrukturen in den Ländern | 14 | |
| Umsetzung des § 7a SGB XI: Wege und Strukturen..... | 15 | |
| Qualifikation und Personaleinsatz | 17 | |
| Wie erfahren die Versicherten von den Möglichkeiten der Beratung?..... | 18 | |
| Was erwarten Ratsuchende von der Pflegeberatung? | 19 | |
| Inanspruchnahme der Pflegeberatung | 19 | |
| Ort und Form der Beratung..... | 20 | |
| Inhalte der Beratung..... | 22 | |
| Barrieren bei der Inanspruchnahme von Beratung..... | 23 | |
| Zufriedenheit und Bewertung der Wirksamkeit..... | 25 | |
| Herausforderungen | 26 | |
| Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI | 27 | |
| Kooperation und Koordination in der Pflegeberatung auf lokaler, regionaler und Landesebene | 30 | |
| Zusammenfassung und Fazit..... | 32 | |

Die Ergebnisse im Überblick

Der vorgelegte Evaluationsbericht gibt durch seinen multiperspektivischen Ansatz und durch die Verbindung von Analysen auf der nationalen und auf der Ebene von 29 Regionen einen sehr umfassenden und zugleich differenzierten Einblick in die vorhandenen Pflegeberatungsstrukturen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Zu den wichtigen Themen wie etwa Qualität, Umfang und Themen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI können so aus den Aussagen von Pflegekassen, Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, Beratungsstellen und von ratsuchenden Pflegebedürftigen Erkenntnisse gewonnen werden, die in der Gesamtschau eine positive Weiterentwicklung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegeberatungsstrukturen in den vergangenen Jahren bestätigen.

Ein zentrales Ergebnis der Evaluation ist, dass allein die Pflegekassen ein an den Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung ausgerichtetes bundesweites Angebot der § 7a-Beratung vorhalten und umsetzen. Die gute Praxis der von den Pflegekassen angebotenen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird an vielen Stellen deutlich, etwa daran, dass ein persönlicher Beratungstermin bei Erstberatungen innerhalb weniger Tage ermöglicht wird, an dem mit 86,2 % hohem Anteil der aufsuchenden Beratungen in der häuslichen Umgebung und an der im Mittel über 90 % hohen Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit der Beratung, ihrer Zugänglichkeit und ihrer Wirksamkeit. 95,9 % der befragten Versicherten bewerten die Pflegeberatung ihrer Pflegekasse als unabhängig und neutral. Gut 90 % der direkt nach ihrer § 7a-Pflegeberatung befragten Nutzerinnen und Nutzer äußern, immer mit derselben Pflegeberaterin oder demselben Pflegeberater Kontakt gehabt und konkrete Absprachen zur zukünftigen Kontaktaufnahme getroffen zu haben.

Auch die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erfahren eine hohe Zustimmung seitens der Pflegebedürftigen im Pflegegeldbezug: 96,1 % bekunden, nicht zu einer bestimmten Entscheidung gedrängt worden zu sein. Fast 80 % sagen aus, infolge der Beratung mehr über Leistungsansprüche und regionale Angebote zu wissen.

Die Aussagen zu Kooperation und Kommunikation in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI lassen erkennen, dass es hier noch Entwicklungspotenzial gibt. Während die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und niedrigschwelligen Angeboten häufig und in guter Qualität funktioniert, kann diejenige mit kommunalen Beratungsstellen und Ämtern sowie diejenige mit Ärztinnen und Ärzten noch verstärkt werden. Auch der Beitrag der Kommunen zur Vernetzung der kassenseitigen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit den lokalen Versorgungsstrukturen, der bspw. in den Rahmenverträgen der Pflegestützpunkte vorgesehen ist, verdient einen weiteren Ausbau.

Einleitung

Der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte § 7a SGB XI normiert den Anspruch auf eine umfassende individuelle Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements. Seit dem 01.01.2009 haben Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, sowie Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt und erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben, einen Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Dieser Individualanspruch wurde durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) erweitert. Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber Angehörigen und weiteren Personen. Ferner haben Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gem. § 7a Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB XI auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist gemäß den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07.05.2018 eine individuelle und umfassende Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater bei der Auswahl sowie Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dient dem Zweck, eine angemessene sowie erforderliche Pflege, Betreuung, Behandlung, Unterstützung und Versorgung zu erreichen und zu sichern. Sie zielt auf die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der bzw. des Anspruchsberechtigten, die passgenaue, an der persönlichen Situation ausgerichtete Versorgung der bzw. des Anspruchsberechtigten, die Entlastung Angehöriger und weiterer Personen und damit auch auf die Sicherung und Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements. Ein weiteres wesentliches Ziel ist, je nach Bedarfslage der anspruchsberechtigten Person, das Herausarbeiten von Möglichkeiten, um Krisensituationen zu bewältigen und etwaige Versorgungsdefizite zu mindern, zu beheben oder vorzubeugen. Die Ziele sollen erreicht werden, indem die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater die Fragen der ratsuchenden Person gemeinsam mit dieser klärt und die Inhalte der Pflegeberatung anhand des zu ermittelnden Hilfe- und Unterstützungsbedarfs zusammen mit der ratsuchenden Person erörtert.

Die Pflegeberatung ist somit kein einmaliges Gespräch, sie ist vielmehr ein Prozess: Die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater soll den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf ermitteln, bedarfsentsprechend beraten, einen Versorgungsplan erstellen, auf die erforderlichen Maßnahmen und die weitere Umsetzung des Versorgungsplans hinwirken, den Versorgungsplan ggf. anpassen und Informationen über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen vermitteln.

Die Pflegeberatung ist zudem ein gemeinsamer Prozess von ratsuchender Person und Pflegeberaterin oder Pflegeberater, der im gegenseitigen Einvernehmen erfolgt, angepasst an den biografischen und kulturellen Hintergrund der ratsuchenden Person und unter Berücksichtigung und Stärkung von deren Selbstbestimmung.

Die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die Pflegebedürftige im Pflegegeldbezug in vorgegebenen regelmäßigen Abständen abzurufen haben, dienen sowohl der Sicherung der Qualität der häuslichen Versorgung als auch der Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Während dieser Beratungsbesuche sollen Pflegebedürftige wie pflegende Angehörige auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des zuständigen Pflegestützpunktes wie auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hingewiesen werden.

Der gesetzliche Auftrag

Der GKV-Spitzenverband hat mit § 7a Abs. 9 SGB XI den gesetzlichen Auftrag erhalten, dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30.06.2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vorzulegen über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Abs. 1 und 2 und § 7c SGB XI und
2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI.

In Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages hat der GKV-Spitzenverband dem IGES Institut im Rahmen einer Ausschreibung den Zuschlag erteilt, eine wissenschaftliche Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Abs. 1 und 2 und § 7c SGB XI sowie der Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI vorzulegen.

Die Leistungsbeschreibung des GKV-Spitzenverbandes sieht für die wissenschaftliche Evaluation fünf Themenkomplexe vor:

1. Strukturen und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach §§ 7a, 7b, 7c SGB XI
2. Prozesse und Erfahrungen aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Rahmen der Beratung nach § 7a SGB XI
3. Erfahrungen und Entwicklungsbedarf aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
4. Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI
5. Kooperation und Koordination in der Pflegeberatung auf lokaler, regionaler und Landesebene

Methodisches Vorgehen im Rahmen der Evaluation

Der Evaluationsbericht enthält eine bundesweite Analyse der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen sowie eine vertiefende Analyse in 29 Regionen, um der föderalen Ausgestaltung der Pflegeberatungsstrukturen Rechnung zu tragen. In die bundesweite Analyse fließen neben Sekundärdaten die Daten aus der Online-Befragung der Pflegekassen (37 Kassen mit ca. einem Drittel - 35 % - der Versicherten), aus der Versichertenbefragung „Erstantragstellende“ (2.486 Antworten) und der Versichertenbefragung „Pflegegeldbeziehende“ (2.676 Antworten) ein. Daneben wurde eine Klumpenstichprobe (geschichtete Zufallsstichprobe) von 29 Regionen gezogen. Hierfür wurden in jedem der 13 Flächenbundesländer zwei Regionen (Landkreise oder kreisfreie Städte) und in jedem Stadtstaat ein Bezirk zufällig gezogen. In den 29 Regionen wurden die Beratungsstellen (99 Datensätze) sowie die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (280 Datensätze zur § 7a-Beratung und 88 Datensätze zur Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI) online befragt. Die Befragung derjenigen pflegebedürftigen Personen, die gerade eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei einer Pflegeberaterin in den Regionen genutzt haben („Nutzerinnen und Nutzer“), fand vornehmlich schriftlich (299 Fragebögen) statt. Zusätzlich wurde in jeder Region eine Fokusgruppendifkussion durchgeführt, zu der die dort tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen, der externen Dienstleister, der Pflegestützpunkte und der Kommune eingeladen wurden, weiter Vertretungen der Betroffenen, der Krankenhäuser, der Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) sowie sonstiger Beratungsstellen (etwa der Alzheimer Gesellschaft).

Die verschiedenen für die Evaluation zusammengetragenen Datenquellen erlauben es, Aussagen zu den verschiedenen Themenkomplexen aus unterschiedlichen Perspektiven herauszuarbeiten und diese zu vergleichen. Zur Bearbeitung der unterschiedlichen Fragestellungen wird ein adäquates, den Anforderungen entsprechendes Methodenset zum Einsatz gebracht werden, das sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren enthält.

Unterschiedliche Pflegeberatungsstrukturen in den Ländern

Über alle Bundesländer hinweg besteht das Angebot einer einheitlichen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI seitens der Pflegekassen. Die Pflegeberatung nach § 7c SGB XI (Pflegestützpunkte) wurde seit 2009 mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt in allen Bundesländern eingeführt, ihre Ausgestaltung jedoch individuell auf Landesebene geregelt. Ungeachtet der unterschiedlichen Umsetzung und mit wenigen Ausnahmen bieten die Pflegestützpunkte (PSP) neben den Pflegekassen die einzigen lokalen Anlaufstellen, in denen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI vor Ort erbracht werden.

Indem die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7c SGB XI in das Ermessen der Bundesländer gelegt und diesen zugleich aufgegeben wurde, hierbei auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen, entwickelte sich eine große Heterogenität von Pflegeberatungsstrukturen in den Ländern. Große Unterschiede zwischen den Bundesländern zeigen sich in der Anzahl vorhandener PSP, in ihrer Trägerschaft und in der Aufgabenstellung. Entgegen den gesetzlichen Vorgaben bieten nicht alle PSP eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI an, hieran interessierte Anspruchsberechtigte werden bspw. von den PSP in Niedersachsen und Schleswig-Holstein an die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen verwiesen. Die Vorgaben für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sind Bestandteil der Rahmenverträge bzw. -vereinbarungen in den einzelnen Bundesländern, die mit der Einrichtung von PSP geschlossen wurden und selten mit den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom Mai 2018 übereinstimmen. Hierin erkennt der Evaluationsbericht eine Quelle für das vorgefundene uneinheitliche Beratungsverständnis und hält eine Aktualisierung der entsprechenden Rahmenverträge und -vereinbarungen für dringend geboten.

Andere lokale Beratungsstellen, die eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, wurden selten identifiziert. Diese Beratungsstellen werden von Pflegediensten oder selbstständigen Beraterinnen und Beratern betrieben oder sie basieren auf kommunalem Engagement, das in die Zeit vor der Etablierung von PSP zurückreicht.

Umsetzung des § 7a SGB XI: Wege und Strukturen

Das Verständnis der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI weist 2018 noch Unterschiede auf. Neben den genannten heterogenen Strukturen in den Ländern kann dies auch dadurch bewirkt sein, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom Mai 2018 datieren und in dem Jahr der Datenaufnahme noch keine Wirksamkeit entfaltet haben konnten.

Als weitere Ursache für die bestehenden divergierenden Auffassungen darüber, was eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausmache, werden die nebeneinander bestehenden Angebote von Aufklärung, Auskunft nach § 7 SGB XI, Pflegeberatung nach § 7a SGB XI der Pflegekassen, der Pflegestützpunkte (PSP) sowie über § 7b SGB XI der externen Dienstleister und die parallel durchgeführten Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI herausgearbeitet. Das Nebeneinander erschwere sowohl Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern als auch den Versicherten eine klare Abgrenzung der Angebote untereinander. Die Unsicherheit in der Zuordnung einer Beratungsleistung drücke sich sowohl in der fehlenden Einheitlichkeit bei der Dokumentation von Beratungsleistungen als auch in der fehlenden Eindeutigkeit bei der Beantwortung der Fragebögen für die vorliegende Evaluation aus. Dieser grundlegende Vorbehalt muss bei allen im Folgenden aufgeführten Datenanalysen und Ergebnissen bedacht werden.

Die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgt in 78,4 % der 37 teilnehmenden Pflegekassen durch kassenindividuelle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Mehr als zwei Drittel der teilnehmenden Pflegekassen (67,6 %) setzen die Beratung auch über PSP um. Über die Hälfte der Pflegekassen (56,8 %) beauftragen einen externen Dienstleister. Nur wenige Kassen verpflichten selbstständige Pflegeberaterinnen und Pflegeberater oder kommunale Beratungsstellen. Immerhin 32,4 % der Pflegekassen teilen mit, Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI auszustellen. Da jedoch keine Zahlen zu den vergüteten Beratungsscheinen vorliegen, verweisen diese Daten wiederum nur auf Diskrepanzen im Verständnis von Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI. Beispielsweise kann die Beauftragung Dritter mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgen, ohne Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI einzusetzen. Folglich verfahren die Pflegekassen auch in der Zählung von Beratungsvorgängen als Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht einheitlich.

Unterschiede wurden zudem in den kasseninternen Prozessen deutlich: Manche Kassen unterscheiden zwischen einer „einfachen Beratung“ („Beratung nach § 7 SGB XI“) und einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, da sich häufig erst im Beratungsverlauf anhand individuellen Ermessens oder kassenintern festgelegter Kriterien entscheide, ob eine „einfache Beratung“ zu einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werde. In anderen Kassen leisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausschließlich Beratung nach § 7a SGB XI. Aussagen zur Anzahl von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI auf der Grundlage eines Beratungsgutscheins nach § 7b SGB XI sind nicht möglich, weil die genaue Abgrenzung, wann ein Beratungsgutschein nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zum Einsatz kommt, nicht immer bekannt ist. Da im Gesetz nicht klar definiert wird, bei welcher Beauftragung Dritter ein Beratungsgutschein nach § 7b SGB XI auszustellen ist, findet die Beauftragung Dritter mit der Pflegeberatung oft ohne materiell vorhandenen Beratungsgutschein statt und wird daher nicht immer dem § 7b SGB XI zugeordnet. Hierzu zählen bspw. § 7a-Pflegeberatungen, die in PSP durchgeführt wurden.

Auch die Fokusgruppen spiegelten die unterschiedlichen etablierten Verfahrensweisen wider; dort wurde z. B. diskutiert, ob jede Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ein Fallmanagement erfordere und umfasse, ob sie notwendig mit einem Hausbesuch oder persönlichem Kontakt einhergehe, ob sie notwendig Wiederholungskontakte beinhalte. Weiter gab es in den Fokusgruppen unterschiedliche Auffassungen über den Aufgabenumfang einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI: Gehört die Vorbereitung von und Begleitung bei MDK-Begutachtungen dazu, ist Begleitung bei Behördengängen zu leisten?

Bei den PSP liegt häufig ein gestuftes Beratungsverfahren vor, das zwischen Information und Auskunft, einer unterstützenden Beratung und einem Fallmanagement nach § 7a SGB XI differenziert. Auch hier entscheide sich erst im Beratungsverlauf, welche Art der Beratung geleistet werde. Das gestufte Beratungsmodell der PSP deckt sich mit den

meisten in den Rahmenverträgen beschriebenen Beratungsaufträgen der PSP, jedoch wird auch hier keine einheitliche und präzise Definition der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vorgenommen. Weiter wurden unterschiedliche Interpretationen zur Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von der Sozialberatung vorgetragen.

Insgesamt existiert somit bei den für die Durchführung und die Dokumentation von Pflegeberatungen verantwortlichen Personen ein Verständniskorridor, der die bürokratische Verarbeitung der geleisteten Beratungen beeinflusst und dazu führt, dass spezifische Zahlen über die durchgeführten Beratungen nach den §§ 7, 7a, 7b, 7c SGB XI nicht verlässlich geliefert werden können.

Qualifikation und Personaleinsatz

Die Anzahl der von den Pflegekassen beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern variiert stark zwischen den einzelnen Pflegekassen; einige haben nur wenige oder gar keine Pflegeberaterinnen und Pflegeberater angestellt, weil sie über § 7b SGB XI Dienstleister mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beauftragen. Die berichtenden Pflegekassen haben 2018 insgesamt 1.331,6 Stellen in Vollzeitäquivalenten finanziert, von denen 213,5 in PSP angesiedelt waren.

Alle in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater benötigen neben ihrer Grundqualifikation eine Weiterbildung nach § 4 und ein Pflegepraktikum nach § 5 der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in der Fassung vom 22.05.2018. Nach Auskunft der Pflegekassen ist die Grundqualifikation von 48,9 % der von ihnen angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Sozialversicherungsfachangestellte bzw. Sozialversicherungsfachangestellter, 25,6 % sind als Pflegefachkraft ausgebildet und 12,9 % weisen ein sozialpädagogisches Studium vor. Von den bei Dienstleistern beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern haben 94,6 % eine Ausbildung als Pflegefachkraft und 4,3 % verfügen über ein pflegefachliches Studium. Diesen Auskünften der Pflegekassen stehen die Aussagen befragter Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur Seite. Im Rahmen der Evaluation beantworteten 289 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater einen Online-Fragebogen, von denen 185 für eine Pflegekasse und 71 für einen Dienstleister einer oder mehrerer Pflegekassen arbeiten. Die übrigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater waren bei einer Kommune, einem Pflegedienst oder einer anderen Beratungsstelle angestellt. Von den für die Pflegekassen tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern hatten 46,3 % die Qualifikation als Pflegefachkraft, 41 % waren Sozialversicherungsfachangestellte und 10,1 % verfügten über einen anderen pflegefachlichen Abschluss. Die bei Dienstleistern beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die an der Befragung teilnahmen, waren zu 82,4 %

Pflegefachkräfte und weitere 13,5 % verfügten über einen anderen pflegefachlichen Abschluss. Im Durchschnitt verfügten die antwortenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater über 5,5 Jahre Berufserfahrung in der Pflegeberatung.

An Weiterbildungen oder am Austausch mit anderen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nahmen insgesamt 96 % der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater teil. Allerdings ist der Anteil von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die an Supervisionen, Fort- und Weiterbildungen zu sozialen Kompetenzen oder sozialrechtlichen Inhalten sowie am regelhaften Austausch teilnahmen, in PSP signifikant höher. Die meisten befragten Pflegekassen setzen nach eigenen Angaben die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern um. Fast alle bieten Fort- und Weiterbildungen an, auch Fallbesprechungen werden regelmäßig oder mindestens nach Bedarf durchgeführt.

Darum gebeten, den Umfang ihrer Arbeitsaufgaben zu gewichten, sahen 79,4 % in der ausführlichen Beratung und 65,9 % in der Fallbegleitung bei komplexen Bedarfen ihre Hauptarbeitsaufgabe. Der Arbeitsumfang der Netzwerkarbeit wurde hingegen als gering bis mäßig eingeschätzt; über 20 % der Befragten gaben an, Netzwerkarbeit nehme keinen Raum in ihrer Tätigkeit ein. Von den in PSP tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern berichteten allerdings 96,2 %, dass Netzwerkarbeit zu ihren Arbeitsaufgaben gehöre.

Wie erfahren die Versicherten von den Möglichkeiten der Beratung?

Wichtigster Zugangsweg zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist die Information der Pflegekasse. Daten der Online-Befragung der Pflegekassen, aus den Fokusgruppen und der befragten Versicherten bestätigen diese Aussage.

Die Information der Anspruchsberechtigten über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgt bei 62,9 % der Pflegekassen bereits mit der Übersendung der Antragsunterlagen. 31,4 % der Pflegekassen senden die Information nach Antragstellung und vor der MDK-Begutachtung. Eine Pflegekasse gab an, die Information erst mit dem Leistungsbescheid zu versenden. Der Umfang der Information variiert zwischen den Pflegekassen: 74,3 % informieren zum Angebot der Pflegeberatung über den Rechtsanspruch hinaus mit einem Anschreiben, einem Flyer, einer Broschüre oder mit dem Verweis auf die Website der Pflegekasse. 34,4 % der Pflegekassen benennen bei dieser Gelegenheit eine Ansprechperson, mehrheitlich (63,6 %) ist dies eine Sachbearbeiterin oder ein Sachbearbeiter. Mit dieser Person ist die persönliche, schriftliche oder telefonische Kontaktaufnahme zur Interessenbekundung möglich. Alle an der Online-Befragung der Pflegekassen teilnehmenden Kassen gaben an, ihre Versicherten sowohl

vor Antragstellung als auch bei Leistungsbezug über das Angebot der Pflegeberatung zu informieren, falls aus ihrer Sicht Bedarf bestehe. Die Kriterien für die Identifikation eines Bedarfs wurden in der Befragung nicht näher spezifiziert.

Einzelne Kassen kooperieren mit größeren Arbeitgebern und informieren im Unternehmen über das Thema Pflege und Pflegeberatung, weil sie präventive Information von Versicherten für sinnvoll halten.

Alle befragten Beratungsstellen in den 29 Regionen sind sehr aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit, sie informieren über ihre Website, Flyer und Broschüren, Informationsveranstaltungen und Pressearbeit, sie binden Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegedienste und Krankenhäuser in ihre Informationsarbeit ein. Allerdings wurde die Kenntnis des Pflegeberatungsangebots insbesondere bei Akteuren aus dem Gesundheitswesen (Ärztinnen bzw. Ärzten, Pflegediensten) als zu gering eingeschätzt.

Die große Mehrheit der befragten Beratungsstellen schätzt ihre Erreichbarkeit als gut ein: Sowohl Barrierefreiheit als auch Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, ausreichende Öffnungszeiten und ausreichende telefonische Erreichbarkeit attestierten sich jeweils über 80 % von ihnen.

Auch die überwiegende Mehrheit der befragten Pflegebedürftigen – 87,7 % der Erstantragstellenden und 89,3 % der Nutzerinnen und Nutzer – fand die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung für eine Pflegeberatung einfach.

Was erwarten Ratsuchende von der Pflegeberatung?

Denjenigen Ratsuchenden, die Zugang zur Pflegeberatung finden, liegen vor dem Beratungsgespräch nur wenig konkrete Informationen über die Pflegeberatung vor. Lediglich ca. 40 % der Erstantragstellenden, die eine Pflegeberatung erhalten hatten, gaben an, dass sie bereits vor dem Beratungsgespräch wussten, was sie erwartet. Etwa ein Drittel sagte, nur teilweise eine genaue Vorstellung gehabt zu haben, und ein Viertel meinte, nicht genau gewusst zu haben, was sie erwartet. Da die Erstantragstellenden von den Pflegekassen über ihren Rechtsanspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI informiert worden waren, verwundert der hohe Anteil von Personen, die nicht oder nur partiell wussten, was sie in der Pflegeberatung erwartet.

Inanspruchnahme der Pflegeberatung

Die Inanspruchnahme einer Pflegeberatung wird durch die rasche Terminvergabe und unkomplizierte Kontaktaufnahme befördert. Wie bereits angeführt, fanden nahezu 90 %

der befragten Pflegebedürftigen die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung einfach. Nach Einschätzung der meisten beratenen Personen bestand also ein zeitnaher und relativ problemloser Zugang zur Pflegeberatung. Die zügige Terminvergabe bestätigen die Aussagen der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater: Nach Anfrage konnte im Mittel nach 2,7 Tagen ein telefonischer Beratungstermin, nach 3,7 Tagen ein persönliches Gespräch in den Räumen der Organisation und nach 6,1 Tagen eine Beratung in der häuslichen Umgebung angeboten werden.

Die befragten Versicherten, die gerade einen Erstantrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt hatten, nannten als Gründe für ihre Inanspruchnahme der Pflegeberatung allgemeine Fragen zu Leistungen der Pflegekasse (74,4 %) oder zur Pflegesituation (64,8 %). Unterstützung in einer verschlechterten Pflegesituation suchten 39,6 %, Hilfe beim Ausfüllen von Formularen der Pflegekasse 38,2 % und bei der Suche nach einem Pflegedienst/Pflegeheim 35,8 %.

Diejenigen Erstantragstellenden, die zum Zeitpunkt der Befragung keine Pflegeberatung in Anspruch genommen hatten, wurden ebenfalls nach ihren Gründen befragt. Von ihnen führten 41,4 % an, sie hätten keinen Bedarf; 26,4 % kannten das Angebot nicht und 23,1 % hatten bereits eine andere Pflegeberatung erhalten. Diese andere Pflegeberatung war durch eine Pflegeeinrichtung, den Sozialdienst der Krankenhäuser, den MDK oder einen PSP erfolgt. Insgesamt handelt es sich um etwas weniger als 10 % der Befragten, die einen ungedeckten Beratungsbedarf angeben und gleichzeitig nicht von der Möglichkeit einer Pflegeberatung wissen.

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung wuchs in den vergangenen Jahren spürbar, dennoch sieht ein Drittel der Befragten aus den Beratungsstellen sie als zu gering an. Nicht gut erreicht würden Menschen mit Migrationshintergrund sowie sozial Benachteiligte, Alleinstehende, Hochaltrige und Pflegebedürftige ohne Angehörige. Sie alle kämen im Zuge eines Krankenhausaufenthalts erstmals in Kontakt mit dem Hilfesystem. Dieser Hinweis wird weiter unten im Abschnitt „Barrieren“ aufgegriffen.

Die Fokusgruppen jedoch sahen die größte Barriere in der Inanspruchnahme der Pflegeberatung darin, dass sich Betroffene zu spät mit dem Thema Pflege beschäftigen würden.

Ort und Form der Beratung

Nach Angaben der befragten Versicherten, die einen Erstantrag gestellt hatten, wurden die Pflegeberatungen am häufigsten von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen (64,3 %) bzw. der PSP (32 %) durchgeführt.

In der häuslichen Umgebung der Versicherten fanden 86,2 % aller Erstberatungen statt. Als Beratungsgespräche am Telefon wurden 4,8 % aller Pflegeberatungen umgesetzt; im PSP wurden 3,4 % der Befragten, in der Geschäftsstelle ihrer Pflegekasse 2,2 % beraten. Als „andere Beratungsorte“ werden unter anderem Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen genannt (2,2 %). Die befragten Nutzerinnen und Nutzer gaben zu 57,8 % die eigene Häuslichkeit als Ort ihrer Pflegeberatung an. Von ihnen erhielten 23,1 % eine telefonische Beratung, 11,6 % wandten sich an einen PSP und 7,6 % an die Geschäftsstelle ihrer Pflegekasse. Die Unterschiede in den Aussagen der beiden befragten Versicherten-Gruppen werden auf die unterschiedlichen Stichprobenzugänge zurückgeführt.

Nach Auskunft der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bieten 92,1 % von ihnen die Beratung in der häuslichen Umgebung der Ratsuchenden an. Die telefonische Beratung bieten 71,5 % an, eine persönliche Beratung in den Räumen der Organisation 60,5 %. 37,5 % der Befragten nannten andere Orte der Beratung, z. B. das Krankenhaus, Reha- oder Pflegeeinrichtungen oder den Arbeitsplatz der ratsuchenden Person.

Ihren konkreten Beratungsumfang bezifferten 232 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Hiernach führten sie in den vier Wochen vor der Online-Befragung im Durchschnitt 35,6 Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durch, wovon 66,2 % Erstberatungen waren. An ca. zwei Dritteln der Beratungsgespräche nahmen pflegende Angehörige teil oder wurden alleine beraten. In knapp 7 % der Fälle waren neben pflegenden Angehörigen weitere Personen in das Beratungsgespräch eingebunden oder wurden alleine beraten (Verwandte, Bevollmächtigte sowie rechtliche Betreuerinnen und Betreuer). Im Mittel wurden während des Vier-Wochen-Zeitraums 13,3 Personen im Rahmen eines Fallmanagements betreut. Der Versorgungsplan wurde im Mittel bei 5,4 Personen aktualisiert oder angepasst.

Von den befragten Versicherten, die einen Erstantrag gestellt hatten, gaben 77,2 % an, dass sie selbst, die pflegebedürftige Person, an der Pflegeberatung teilgenommen hatten. Mit 15,7 % von ihnen wurde das Beratungsgespräch allein geführt, mehrheitlich (61,5 %) bezogen die befragten Erstantragstellenden mindestens eine weitere Person ein, die bei 59,1 % von ihnen ein pflegendes Familienmitglied war. Bei 22,8 % der Befragten wurde das Beratungsgespräch ohne die pflegebedürftige Person geführt.

Auch in der Gruppe der befragten Nutzerinnen und Nutzer nahmen die Pflegebedürftigen mit 67,5 % selbst an den Beratungen teil, bei 17,5 % von ihnen wurde die Beratung allein mit ihnen durchgeführt. Zu den Beratungsgesprächen zogen nur 50 % der Befragten und damit weniger als in der Vergleichsgruppe andere Personen hinzu. Jedoch wurden die Beratungsgespräche in 32,5 % der Fälle ohne die pflegebedürftige Person geführt, was auf einen höheren Grad der Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen schließen lässt.

In ihrer Pflegeberatung setzen über 70 % der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater schriftliches Informationsmaterial ein, das vor allem von den Pflegekassen bzw. von regionalen Leistungserbringern stammt. Die Daten der Pflegekasse über die Versicherten können 80,6 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in der Vor- oder Nachbereitung des Beratungsgesprächs nutzen.

Die Dauer einer Erstberatung liegt im Mittel bei 86,5 Minuten, für die Vorbereitung des Gesprächs wurden im Mittel 27,8 Minuten benötigt; die große Mehrheit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater hielt beide Zeitumfänge für ausreichend. Für die interne Dokumentation der Pflegeberatung nutzen 49,3 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater den Versorgungsplan ergänzt um weitere Ergebnisse oder Informationen. Bei 45 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater stellt der Versorgungsplan die alleinige Dokumentation dar. Nur 5,7 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gaben an, den Versorgungsplan nicht für die interne Dokumentation zu nutzen.

Von den befragten Erstantragstellenden gaben 61,2 % Beratungsumfang und -dauer mit einer Beratung an. Die große Mehrheit (90,1 %) der Nutzerinnen und Nutzer nennt mindestens zwei Beratungskontakte, hierin spiegelt sich nach Auffassung des Evaluationsberichts die etwas stärkere Beeinträchtigung der in dieser Gruppe befragten Pflegebedürftigen.

Inhalte der Beratung

Nach Auskunft der Nutzerinnen und Nutzer wünschten diese in ihrem Beratungsgespräch insbesondere Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung: zum Entlastungsbetrag (62,5 % von ihnen), zum Pflegegeld (58,8 %), zu Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen (56,4 %), zu Hilfsmitteln (52 %) oder zur Kurzzeitpflege (47 %). Gruppieren man die Beratungsinhalte nach dem Anbieter der Pflegeberatung, nach Pflegekasse oder PSP, dann zeigt sich, dass in der Pflegeberatung der PSP häufiger Aspekte im Vorfeld des Erwerbs von Leistungsansprüchen angesprochen wurden, wie etwa Hilfe bei der Antragstellung und Vorbereitung der MDK-Prüfung.

Die befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater berichten, dass sie in den Erstberatungen der zurückliegenden vier Wochen vor allem über ambulante Leistungsansprüche (87,3 %), die Entlastung pflegender Angehöriger (84,6 %) sowie über die Qualität und Sicherstellung der häuslichen Pflege (73,8 %) informiert haben. Weiter wurde über Hilfsmittel (79,2 %), Leistungserbringer (79,2 %) und Pflegegeld (76,9 %) gesprochen. Dagegen spielten die Erläuterung des Leistungsbescheids (29,4 %), Widerspruch gegen den Leistungsbescheid (15,4 %) und Hilfe zur Pflege (29,4 %) in der Erstberatung eine eher untergeordnete Rolle. Die Angaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater decken sich weitestgehend mit den Angaben der Erstantragstellenden.

Bei den Erstberatungen der vergangenen vier Wochen lag den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Bescheid zur Einstufung des Pflegegrads bei 55,7 % der Ratsuchenden vor, bei 39,8 % lag er nicht vor. Das dem Bescheid fast immer beigefügte Gutachten zur Bestimmung des Pflegegrads empfahl in 31,8 % der Fälle eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Ergebnisse aus Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI wurden in 83,7 % der Erstberatungen nicht einbezogen. Bei 10,0 % der Erstberatungen hatte im Vorfeld ein Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI stattgefunden, bei 4 % resultierte die Beratung nach § 7a SGB XI unmittelbar aus einem Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI; die Ergebnisse des vorangegangenen Beratungseinsatzes lagen in knapp 6 % dieser Erstberatungen vor.

Ein Versorgungsplan wurde nach Auskunft der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in 80,1 % der Erstberatungen ausgearbeitet. Dieser Versorgungsplan wurde entweder während der Erstberatung (33,9 %) oder direkt im Anschluss an die Erstberatung (36,2 %) erstellt. Seine Erstellung erfolgte immer standardisiert, mit spezieller Dokumentationssoftware oder anhand eines Leitfadens o. Ä. Der Versorgungsplan dokumentiert die Verantwortlichkeiten zur Umsetzung der besprochenen Maßnahmen (78,5 %), den Unterstützungsbedarf im Alltag (74,6 %), erforderliche pflegerische Hilfen (66,7 %), Maßnahmen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen (66,3 %) u. a. m. Präventive und rehabilitative Maßnahmen, soziale Hilfen und Sozialleistungen wurden weniger ausführlich dokumentiert; nach Angabe der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater hatten sie in etwa 30 bis 50 % der Fälle keine Relevanz für den Versorgungsplan. Der pflegebedürftigen Person bzw. den pflegenden Angehörigen wurde der Versorgungsplan von 35,6 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausgehändigt, 11,9 % planten dies noch zu tun. Jedoch erklärten 45,2 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die ratsuchende Person habe den Versorgungsplan nicht gewollt.

Von den zum Versorgungsplan befragten Nutzerinnen und Nutzern gab die Hälfte (51,7 %) an, es sei ein Versorgungsplan erstellt worden. Zwei Drittel (65,7 %) derjenigen, für die ein Versorgungsplan erstellt wurde, haben diesen Plan erhalten und mehrheitlich bei den Unterlagen der Pflegekasse abgelegt. Als Hilfe zur Erinnerung an getroffene Vereinbarungen oder zur Strukturierung des weiteren Vorgehens wird der Plan nur von einem Drittel genutzt. Die kontinuierliche Aktualisierung des Versorgungsplans durch die Pflegeberaterin oder den Pflegeberater berichten 9,4 %.

Barrieren bei der Inanspruchnahme von Beratung

Kenntnis über und Zugang zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stellen für die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen im Jahr 2018 kein Problem dar. Es bestehen

allerdings Barrieren für bestimmte Zielgruppen, wie aus der Online-Befragung der Beratungsstellen und der Untersuchung der Beratungsstrukturen in den 29 Regionen hervorgeht.

Demnach gibt es häufig zielgruppenspezifische Beratungsangebote für Menschen mit Demenz: 74,4 % der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, verfügen über Expertise in diesem Bereich. In der regionalen Analyse zeigte sich, dass nur in einer der 11 ländlichen und in keiner der 18 städtischen Regionen ein zielgruppenspezifisches Angebot für Menschen mit kognitiven Einschränkungen fehlt.

Kompetenz für die Beratung von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt bei gut der Hälfte der Beratungsstellen vor, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten; in einer städtischen und in drei ländlichen Regionen fehlte dieses Angebot.

Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche sind in den Pflegeberatungsstellen nach § 7a SGB XI als Zielgruppe weniger präsent, nur 30 % der Beratungsstellen gaben an, ihr Angebot auf diese Zielgruppe ausgerichtet zu haben oder für diese Zielgruppe ausgebildete Beraterinnen und Berater zu beschäftigen. In jeder fünften städtischen und in über der Hälfte der ländlichen Regionen findet sich keine hierauf spezialisierte Pflegeberatungsstelle nach § 7a SGB XI. Zwar ist der Anteil pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher gering (4,8 % aller Pflegebedürftigen im Jahr 2017), jedoch ist der Beratungsbedarf komplex.

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI für Menschen mit Migrationshintergrund bietet ein Drittel der befragten Beratungsstellen an; in jeder fünften städtischen Region und in fast der Hälfte der ländlichen Regionen ist keine Beratungsstelle mit einer solchen Spezialisierung vertreten. Anders als bei pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen ist der Bedarf jedoch nicht quantifizierbar, er wird in keiner offiziellen Statistik erfasst.

Gut die Hälfte der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, hat sich auf die Beratung von Menschen mit Behinderungen spezialisiert. In zwei städtischen und drei ländlichen Regionen war kein Beratungsangebot für diese Zielgruppe vorhanden. Auch für sie ist der Bedarf nicht quantifizierbar.

Insgesamt bestehen für die unterschiedlichen Zielgruppen mit spezifischem Beratungsbedarf häufig bereits spezialisierte Angebote, allerdings nicht für alle Zielgruppen an allen Orten.

Zufriedenheit und Bewertung der Wirksamkeit

Die an der Untersuchung mitwirkenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater schätzen die Qualität und die Wirksamkeit ihrer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sehr hoch ein. 90,6 % von ihnen gehen davon aus, dass die Ratsuchenden nach der Beratung ihre Leistungsansprüche kennen, und 89,9 % sind der Auffassung, dass die Ratsuchenden die nächsten Schritte zur Deckung ihrer Bedarfe kennen. Diese Einschätzung der Beratungsqualität deckt sich mit den Angaben der Nutzerinnen und Nutzer sowie denjenigen der Beratungsstellen. Die Wirksamkeit der Pflegeberatung als bedarfsgerechte sowie auf die Berücksichtigung und Stärkung der Selbstbestimmung angelegte Beratung wird von 82,2 % der Erstantragstellenden bestätigt. Bei den Nutzerinnen und Nutzern fallen die Zustimmungswerte mit 95,9 % sogar noch höher aus. Die Pflegeberatung hat aus Sicht der großen Mehrheit von ihnen zu einer Klärung ihrer Anliegen, ihrer Wissensmehrung und Stärkung ihrer Handlungsfähigkeit sowie zu einer Besserung ihrer Pflegesituation beigetragen.

Die soziale Kompetenz der Pflegeberaterin oder des Pflegeberaters schätzen 90,6 % der Erstantragstellenden als hoch ein. Von den befragten Nutzerinnen und Nutzern konnten 95,6 % der Beratung gut folgen, für 97,3 % stand ausreichend Zeit zur Verfügung und es wurde ausreichend auf die Bedarfe und Wünsche der Ratsuchenden eingegangen (95,5 %).

Die Aussagen zur Beratungsbeziehung unterscheiden sich zwischen den Erstantragstellenden und den Pflegebedürftigen im Pflegegeldbezug. Während von den Nutzerinnen und Nutzern diejenigen, die bereits mehrere Gespräche geführt haben, zu 90,1 % angaben, immer mit derselben Person Kontakt gehabt und konkrete Absprachen zur zukünftigen Kontaktaufnahme getroffen zu haben, hatte die Mehrheit der Erstantragstellenden (61,2 %) nur ein Gespräch. Immerhin 32,9 % hätten sich weiteren Kontakt gewünscht.

Von den befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern geben 94,7 % den Ratsuchenden ihre direkten Kontaktdaten, so dass eine personelle Kontinuität in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI möglich ist. 86,2 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater berichten, dass es klare Regelungen für eine Vertretung gebe.

Während die Erstantragstellenden mehrheitlich davon berichten, von der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater bei einigen Aufgaben unterstützt worden zu sein, sprechen die Angaben der Nutzerinnen und Nutzer zu den Inhalten der Pflegeberatung dafür, dass die Pflegeberatung mehrheitlich im Sinne eines Fallmanagements durchgeführt wurde.

Von der großen Mehrheit der befragten Nutzerinnen und Nutzer (95,9 %) wird die Beratung als unabhängig und neutral bewertet. Zur Neutralität und Unabhängigkeit der Pflegeberatung gehört es, einen konkreten Anbieter nur auf der Grundlage einer Empfehlung (z. B. Pflegenote) zu nennen und besser eine Auswahl an Möglichkeiten aufzuzeigen. Diese Praxis wird stärker von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der PSP umgesetzt. Von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen gaben 21,2 % an, auch Entscheidungen zur Leistungsgewährung ihrer Pflegekasse treffen zu können. Insgesamt arbeitet also der überwiegende Teil der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater unabhängig von der Leistungsgewährung der Pflegekassen.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater berichten verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung. 43,6 % gaben an, dass die Ergebnisse der Beratung ausgewertet werden, 40,5 % erheben regelmäßig die Kundenzufriedenheit, 40,5 % arbeiten mit einem Handbuch für Qualitätsmanagement bzw. konkreten Verfahrensanweisungen. Um die Qualität der Beratung zu sichern, nutzen 45,6 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater einen Leitfaden zur Gesprächsstrukturierung, im Fall von Erstberatungen sogar 70,1 %.

Über die Einschätzung ihrer Selbstwirksamkeit (eigene Kompetenz- und Kontrollüberzeugung) wurde erhoben, wie die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ihre Beratungskompetenz bewerten. Diese lag im Mittel bei dem sehr hohen Wert von 16,4 auf einer Skala von insgesamt 20 Punkten. Ausreichend für ihre Arbeit qualifiziert fühlen sich 97,9 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

In der Gesamtschau ist die allgemeine Zufriedenheit mit der Pflegeberatung bei den befragten Nutzerinnen und Nutzern außerordentlich hoch: Mit 84,4 % ist die große Mehrheit der Befragten „voll und ganz zufrieden“ und insgesamt 96 % sind zufrieden mit der erhaltenen Pflegeberatung.

Herausforderungen

Ungeachtet dieser hohen Zufriedenheit mit dem vorhandenen Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erkennt der Evaluationsbericht Möglichkeiten einer Weiterentwicklung. Als größte Herausforderung in der Pflegeberatung nannten 87,2 % der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die fehlenden Angebote von Leistungserbringern bzw. deren erschöpfte Kapazitäten. Datenschutzrechtliche Vorschriften erschweren 71,5 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die Arbeit und Informationsvermittlung. 56,7 % gaben an, dass zumindest manchmal kulturelle Barrieren bestehen, und 26,4 % klagen, dass zumindest manchmal zu lange Anfahrtswege die Hausbesuche aufschieben oder unmöglich machen. Schwierigkeiten in der Kenntnis der lokalen Versorgungsstrukturen führten mit 40,8 % diejenigen Pflegeberaterinnen

und Pflegeberater an, die für ein großes Einzugsgebiet zuständig, nicht in PSP tätig und daher weniger in lokale Strukturen eingebunden sind.

Herausforderungen und Belastungen in der Beratungssituation kennen die meisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Problemlösetechniken zum Umgang hiermit wie bspw. das PLiP-Kartenset (https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/pflegeberatung.jsp) haben sich bereits 34,2 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater angeeignet. Leitfäden, Checklisten oder ähnliche Dokumente zum Umgang mit Problemen nutzen 18,7 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Ausschließlich selbst erlernte Techniken setzen 29,2 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ein. Auch hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied in den Antworten: Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in PSP gaben mit 56,3 % signifikant häufiger an, in speziellen Problemlösetechniken geschult worden zu sein. Nur 30,5 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater außerhalb der PSP verwiesen auf eine solche Schulung.

Auf die Frage nach konkreten Verbesserungsvorschlägen antworteten mit 41,3 % die meisten Nutzerinnen und Nutzer einer § 7a-Pflegeberatung, es gäbe nichts zu verbessern. Etwa ein Drittel der Befragten sieht Verbesserungspotenzial bei der personellen Kontinuität der Beratungspersonen und der Information über das Pflegeberatungsangebot. Die verbesserte Information über das Pflegeberatungsangebot wünschen sie sich vor allem von Akteuren im medizinischen und pflegerischen Bereich: Nur 11 % von ihnen wurden von ihren Ärztinnen und Ärzten auf die Pflegeberatung hingewiesen und 64 % wünschen sich diese Akteure als Informanten und Verweispartner. Ähnlich verhält es sich bei Krankenhäusern: 22,4 % der Nutzerinnen und Nutzer erfuhren im Krankenhaus von ihrem Anspruch auf eine Pflegeberatung, 57,3 % wünschten sich, dort informiert zu werden. Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste praktizieren eine noch größere Zurückhaltung: 12,2 % der Nutzerinnen und Nutzer wurden von ihnen an die Pflegeberatung verwiesen, 38,3 % wünschten sich diese Information von ihnen.

Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Die Inanspruchnahme der Beratungseinsätze ist für diejenigen Pflegebedürftigen, die Leistungen nach § 37 SGB XI (Pflegegeld) beziehen, gesetzlich vorgeschrieben, mindestens zwei Beratungseinsätze pro Jahr sind von ihnen zu veranlassen. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 und Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 36 SGB XI (Sachleistungen) beziehen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch bspw. von einem ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen.

Aus Sekundärdaten für das Jahr 2018 von 49 Pflegekassen, bei denen 1.494.382 Versicherte ausschließlich Pflegegeld beziehen und von denen 2.195.362 Beratungseinsätze vergütet wurden, lässt sich errechnen, dass im Mittel 1,5 Beratungseinsätze auf eine oder einen Versicherten kommen. Den Sekundärdaten der Pflegekassen zufolge wurden nur 0,2 % aller Beratungseinsätze von beauftragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen erbracht.

Aus der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater geht der Hinweis hervor, dass in ihrem Arbeitsalltag die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht klar voneinander getrennt werden. 30 % der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erklärten, sowohl die Pflegeberatung als auch die Beratungseinsätze durchzuführen. Knapp die Hälfte (47,1 %) der Beratungspersonen, die beide Beratungen durchführen, ist bei einer Pflegekasse beschäftigt. Die Dauer ihres letzten Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI gaben die befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Mittel mit 68,3 Minuten an, einer im Vergleich zu den in der Literatur vorliegenden Werten von 20 bis 30 Minuten sehr langen Dauer.

Die Gruppe der für die Evaluation befragten Pflegebedürftigen im Pflegegeldbezug umfasst 1.349 Personen. Diese sind zu 57,8 % weiblich, unter Auslassung von 47 Kindern und Jugendlichen beträgt ihr Durchschnittsalter 75,3 Jahre. Als Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit nannten 88,9 % von ihnen körperliche Beeinträchtigungen bzw. Krankheiten. Mit 67,3 % ist die überwiegende Mehrheit von ihnen in Pflegegrad 2 eingestuft, deutlich weniger Personen haben Pflegegrad 4 (5,9 %) und Pflegegrad 5 (1,4 %).

Pflegegeldkürzungen oder Pflegegeldentzug drohen Versicherten im Pflegegeldbezug als Sanktion bei versäumten Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Die Sekundärdaten der Pflegekassen zeigen, dass beides in der Realität extrem selten vorkommt. Im Jahr 2018 wurde bei 0,8 % aller pflegegeldbeziehenden Pflegebedürftigen eine Kürzung und bei 0,1 % ein Pflegegeldentzug vorgenommen. Im Rahmen der Online-Befragung äußerten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen, dass bei 689 Beratungseinsätzen innerhalb der letzten vier Wochen die Pflege in 47 Fällen nicht sichergestellt gewesen sei (6,8 %). Als häufigste Ursache hierfür benannten sie die Überlastung der pflegenden Angehörigen (76,9 %), gefolgt von fehlender Wohnraumanpassung (53,8 %). Die Diskrepanz zwischen den von Pflegekassen und den von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern berichteten Zahlen beruht darauf, dass die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater das Ergebnis des Beratungseinsatzes nur mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person an die Pflegekasse melden darf. Die Wahrnehmung der Pflegeberaterin bzw. des Pflegeberaters wird von den betroffenen Pflegebedürftigen nicht immer geteilt. Befragt zur Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege gaben die Versicherten im Pflegegeldbezug zu 99,1 % an, ihre Versorgung sei immer sichergestellt gewesen.

Die Organisation des Beratungseinsatzes obliegt den Pflegegeldbeziehenden; 88,8 % von ihnen finden diese Aufgabe einfach. Bei 90,6 % der Pflegebedürftigen wurde der Beratungseinsatz von der Beratungsperson eines Pflegedienstes erbracht, in 74,3 % der Fälle geschah dies in personeller Kontinuität. Die Kenntnis aus vorherigen Besuchen erleichtert den Pflegebedürftigen die Organisation des nächsten Beratungseinsatzes. Dennoch nennen 23,6 % der Befragten die Erinnerung der Pflegekasse als Anlass für die Initiierung des Beratungsbesuchs. Dies bedeutet, dass diese Pflegebedürftigen die reguläre Frist von drei bzw. sechs Monaten bereits überschritten hatten.

Als Inhalt der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI nennen die Pflegegeldbeziehenden mit 94,8 % die Belastungen, die aus der Pflegesituation resultieren. Über bestehende Leistungsansprüche wurden 83,6 % der Pflegebedürftigen aufgeklärt, 70,2 % erhielten Informationen zu regionalen Beratungsangeboten, 48,6 % ließen sich Pflege-techniken zeigen.

Die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sehen vor, dass auf Leistungen der Tages- oder Nachtpflege und Kurzzeitpflege hingewiesen werden soll. Über ein Drittel bzw. ein Viertel der Pflegegeldbeziehenden gab an, nicht über Kurzzeitpflege bzw. Tages- oder Nachtpflege informiert worden zu sein. Da die Empfehlungen vorgeben, die Inhalte der Beratungseinsätze an die individuellen Bedarfslagen anzupassen, kann das Fehlen bestimmter Themen im Beratungsbesuch auch auf die vorgefundene gute Versorgung zurückgeführt werden.

Nach § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI sowie nach den o. g. Empfehlungen soll in den Beratungseinsätzen auch auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und auf die PSP hingewiesen werden. In der Befragung gaben jedoch nur 70,2 % der Pflegegeldbeziehenden an, dass sie über umfassende Beratungsmöglichkeiten informiert wurden. Der Kontakt zur Pflegeberatung der Pflegekasse wurde in 15,6 % empfohlen, derjenige zu einer Pflegeberatungsstelle in 19 %. Bei immerhin knapp 30 % wurden keine weiteren Beratungsmöglichkeiten angesprochen.

Aus Sicht der Versicherten mit Pflegegeldbezug ist die Qualität der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI gut. Über 90 % von ihnen fanden, die Beratungsperson habe sich ausreichend Zeit genommen; ebenfalls über 90 % sagten, man habe auf alle Fragen eine Antwort erhalten; über 70 % urteilten, die Beratungsperson habe ihnen Befürchtungen und Ängste nehmen können. Allerdings waren nur 45,2 % der Befragten der Ansicht, dass sie die Themen der Beratung ein Stück weit selbst bestimmen konnten. Diese niedrigen Zustimmungswerte deuten im Unterschied zu den Befunden zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI darauf hin, dass die Unabhängigkeit der Beratung in diesem Bereich nicht immer gegeben war.

Auf die Kontrolle und Unabhängigkeit der Beratungseinsätze angesprochen, sahen 96,1 % der Befragten hierin weder eine Zwangsberatung noch einen Kontrollbesuch. Gleichwohl ist 93,4 % der Pflegebedürftigen bewusst, dass der Beratungsbesuch für sie verpflichtend ist. Insgesamt können die Behauptungen, die Betroffenen würden die Besuche als Kontrolle wahrnehmen oder die Pflegedienste nutzen sie, um ihre wirtschaftlichen Interessen zu verfolgen, aus den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

Die Wirksamkeit der Beratungsbesuche schätzen die befragten Pflegebedürftigen grundsätzlich positiv ein. Fast 80 % behaupten, infolge der Beratung mehr über Leistungsansprüche und regionale Angebote zu wissen. Etwas seltener berichten sie, dass sich hierdurch die tatsächliche Situation oder praktische Fertigkeiten verbessert haben.

Kooperation und Koordination in der Pflegeberatung auf lokaler, regionaler und Landesebene

Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sind die Vernetzung und die Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren essenziell, wie die GKV-Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung ausführen. Für die PSP ist diese Aufgabe zudem in § 7c Abs. 2 SGB XI vorgeschrieben. Was unter Vernetzung und Zusammenarbeit verstanden wird und unter welchen Voraussetzungen beides gelingen kann, untersucht der vorliegende Evaluationsbericht. Er wertet hierfür Daten der Online-Befragung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, der Beratungsstellen und der Pflegekassen sowie Erkenntnisse aus den 29 regionalen Fokusgruppen aus.

Gelungene Vernetzung basiert nach Ansicht der Fokusgruppen auf einer koordinierenden Stelle und regelmäßigen Netzwerktreffen, die dem Informationsaustausch und der Kontaktpflege dienen. Koordinierende Stelle und Netzwerktreffen stellen die Grundlage für eine niedrigschwellige und unbürokratische Zusammenarbeit dar, mit der Schnittstellenprobleme an Sektorengrenzen bearbeitet werden können. Sie helfen zudem in Form von Fallkonferenzen im individuellen Fallmanagement. Weiter gehöre zur Netzwerkarbeit, aktuelles Wissen über die regionalen Versorgungsstrukturen bereitzuhalten und sowohl für die Akteure als auch für die Ratsuchenden in der Region zur Verfügung zu stellen.

Zu den formellen Rahmenbedingungen der Vernetzung gehören nach § 7a Abs. 7 SGB XI die auf Landesebene zu schließenden Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Da die Landesverbände der Pflegekassen nicht befragt wurden, liegen hierzu keine Zahlen vor. Pflegekassen haben ohne Beteiligung der Landesverbände Kooperationsvereinbarungen nach § 7c Abs. 3 SGB XI und Verträge mit ande-

ren Pflegekassen zur Übernahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI geschlossen. Von den befragten Beratungsstellen antwortete ein Drittel, dass Verträge zur Zusammenarbeit bei der Beratung geschlossen worden seien. Kooperation und Vernetzung der Akteure beruhen hier wie bei den PSP seltener auf schriftlichen Vereinbarungen als auf informellen Absprachen, die personengetrieben sind.

Zu den formellen Rahmenbedingungen zählt weiter, ob die Netzwerkarbeit formell Teil der Arbeitsaufgaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist. 72,4 % der Pflegekassen beschreiben Netzwerkarbeit als Arbeitsaufgabe, 14,3 % der Pflegekassen sehen hierfür einen bestimmten Anteil der Stelle vor. Von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die nicht in einem PSP arbeiten, gaben 75,1 % an, dass Netzwerkarbeit explizit in ihren Arbeitsaufgaben enthalten ist; lediglich 9 % berichteten, dass hierfür ein bestimmter Stellenanteil vorgesehen sei. Von den in einem PSP tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern bestätigten 90,6 %, dass Netzwerkarbeit eine explizite Arbeitsaufgabe sei, und 31,3 % gaben an, dass hierfür ein bestimmter Stellenanteil vorgesehen sei.

Die Untersuchung der regionalen arbeitgeberübergreifenden Netzwerkarbeit zeigt, dass vielerorts formelle Netzwerkstrukturen für Pflegeberatung fehlen und die vorhandenen Netzwerke auf informellen Strukturen basieren. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen sind selten in diese informellen Netzwerke eingebunden. Die PSP, sofern sie vorhanden sind, nehmen ihre gesetzliche Aufgabe als Koordinierungsstelle für Vernetzung nicht immer wahr, auch werden sie von den beteiligten Akteuren selten in dieser Funktion wahrgenommen. Umgekehrt zeigen Kommunen und PSP eine geringe Kenntnis über Strukturen und Angebote derjenigen Pflegekassen, die nicht in die PSP eingebunden sind. In der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bestätigen 50,4 %, dass es keine regelmäßigen Treffen zum Austausch über die Pflegeberatung in der Region gibt.

Aus der Analyse der Netzwerke zur Zuweisung Ratsuchender an Pflegeberaterinnen und Pflegeberater geht hervor, dass bei vielen hier tätigen Akteuren die Qualität der Zusammenarbeit verbessert werden könnte. Gut funktioniert die Zuweisung nur durch die Akteursgruppen im Bereich Kranken- und Pflegekassen, MDK/SMD, Beratung für Demenzkranke oder Menschen mit Behinderungen. Verbesserungspotenzial ist bei den Zuweisungen von kommunalen Stellen, von Krankenhäusern, Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI und von Leistungserbringern zu erkennen. Besonders schlecht verläuft die Zuweisung seitens der Ärztinnen und Ärzte, so die Einschätzung der Befragten.

Bessere Ergebnisse zeitigt die Netzwerkanalyse hinsichtlich der Zusammenarbeit verschiedener Akteure mit Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern. Am häufigsten und in guter Qualität funktioniert die Kooperation mit den Leistungserbringern sowie mit niedrig-

schwelligen Angeboten. Die Zusammenarbeit mit kommunalen Ämtern läuft gleich häufig bei mittelmäßiger Qualität und mit kommunaler Beratung seltener bei guter Qualität. Gleiches gilt für lokale Beratungsstellen. Eine schlechte Qualität wird der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Hilfsmitteln und rechtlicher Betreuung konzediert.

Die Ergebnisse der Online-Befragung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern spiegeln die Aussagen aus den Fokusgruppen zur Zusammenarbeit. Über informellen Austausch mit einem Akteur berichten 82,9 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, über das Fehlen schriftlicher Vereinbarungen 75,8 %. Bei der Umsetzung von Versorgungsplänen arbeiten 41,2 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater häufig mit den Akteuren zusammen, 27,9 % zumindest teilweise. Nur 20 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gaben an, die Akteure bei Arbeitsgruppen o. Ä. regelmäßig zu treffen. Insgesamt funktioniert die Zusammenarbeit überwiegend gut, sagten 75 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater.

Die Beratungsstellen nehmen wahr, dass Ratsuchende sie aufsuchen aufgrund von Hinweisen des sozialen Umfelds (92,6 %), der Pflegekassen (36,5 %), der Krankenhäuser (36,4 %) sowie der Krankenkassen (30,1 %). Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den PSP verweisen ihrerseits mit 21,9 % am häufigsten an lokale Beratungsstellen. Seltener bis nie verweisen 82,8 % der selbstständigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater an lokale Beratungsstellen.

Nach allgemeiner Auffassung stehen der Zusammenarbeit in der Pflegeberatung sowohl Konkurrenzempfinden als auch Doppelstrukturen entgegen. Die überwiegende Mehrheit der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (64–88 %) in den 29 Regionen kennt jedoch kein starkes Konkurrenzempfinden. Ausgeprägte Doppelstrukturen sehen nur 12,9 % der befragten Beratungsstellen, 25,7 % von ihnen erkennen teilweise Doppelstrukturen. Bei diesen Angaben gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen.

Die Aussagen zu Kooperation und Koordination in der Pflegeberatung weisen darauf hin, dass bisher keine nachhaltigen und übertragbaren Strukturen für einen effizienten und zugleich ressourcenschonenden Austausch entwickelt werden konnten.

Zusammenfassung und Fazit

Der vorgelegte Evaluationsbericht zeigt, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI insgesamt einen großen Zuspruch erfährt und eine erfreuliche Wirksamkeit zeigt. Er belegt die sehr hohe Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit dem bestehenden Angebot. Er weist zugleich darauf hin, dass nicht alle Versicherten mit Pflegebedarf automatisch

einen Beratungsbedarf haben, und hebt hervor, dass es sich bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI um ein Angebot insbesondere der Pflegekassen und einen Anspruch der Versicherten handelt, nicht um eine Verpflichtung. Da die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom Mai 2018 zum Zeitpunkt der Datenerhebung für den Evaluationsbericht noch keine Wirkung entfaltet haben konnten, wird sich ihre Wirksamkeit erst mit dem folgenden Bericht erweisen können.

Auch die Pflegeberatungsstrukturen haben sich insgesamt auf einem guten Weg weiterentwickelt. Über alle Bundesländer hinweg besteht das einheitliche Angebot einer Pflegeberatung seitens der Pflegekassen. Das Angebot einer Pflegeberatung in Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI haben 14 von 16 Bundesländern, wenn auch auf verschiedene Weise, umgesetzt. Zudem bestehen vor Ort, abhängig vom Engagement der jeweiligen Kommune bzw. des Landkreises, weitere Pflegeberatungsangebote. Angesichts der vorhandenen Heterogenität in den Pflegeberatungsstrukturen und in der Pflegeberatung erwägt der Evaluationsbericht, diese Vielfalt durch noch klarere Vorgaben und Richtlinien zu mindern, die den beteiligten Akteuren größere Sicherheit in der Interpretation und Ausgestaltung gewähren könnten. Hierbei verkennt der Evaluationsbericht, dass die vorgefundene Heterogenität auf den föderalen Strukturen beruht; die regional bestehenden, sehr vielfältig ausgeprägten Beratungsstrukturen bildeten den Grundstock für die Weiterentwicklung, etwa die Einrichtung von PSP. Das vorgefundene und im Evaluationsbericht wiedergegebene „bunte Bild“ von Pflegeberatungsstrukturen und Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stellt somit keinen „Wildwuchs“ dar und wird so wenig zu vereinheitlichen sein wie andere föderale Zuständigkeiten, etwa in der Bildung oder in der Kultur. Da das Angebot der Pflegekassen nach § 7a SGB XI bereits auf nationaler Ebene eine einheitliche Pflegeberatung vorhält, kann die regionale Vielfalt als Ergänzung und Bereicherung bewertet werden, die die Verschiedenartigkeit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland reflektiert.

Zugleich identifiziert der Evaluationsbericht diejenigen Felder, auf denen eine Weiterentwicklung voranzutreiben ist. Hierzu gehört die Information Ratsuchender über den Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte, Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste. Entwicklungspotenzial wird auch erkannt, wenn es um die Ausgestaltung und Verstetigung der Kommunikation und Kooperation von Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auf lokaler und regionaler Ebene geht. Die bislang häufig informelle Kommunikation und Kooperation nun unabhängig von Personen auf Dauer zu stellen und hierin auch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI der Pflegekassen einzubeziehen, wird als eine Aufgabe der Pflegestützpunkte und der Kommunen gesehen. Kommunales Engagement, auch hinsichtlich der lokalen bzw. regionalen Bedarfserhebung und Versorgungsplanung, weist eine sehr unterschiedliche Ausprägung auf.

Weiterentwicklungspotenzial sieht der Evaluationsbericht zudem in einer engeren Verknüpfung von Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. So sei mit Blick auf die Sicherstellung der Versorgung Pflegebedürftiger die Information über nicht sichergestellte häusliche Pflege an die Pflegekasse und deren § 7a-Beratung sinnvoll, so dass den betroffenen Personen gezielt das Angebot einer Pflegeberatung unterbreitet werden könne. Möglicherweise könnte hier auch eine wissenschaftliche Untersuchung Abhilfe schaffen, die herausarbeitet, in welchen Situationen im Verlauf einer Pflegebedürftigkeit oder bei welchen spezifischen Belastungen bzw. Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen ein erhöhter Beratungsbedarf auftritt.

Für die Gestaltung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gibt der Evaluationsbericht schließlich den Hinweis, den Versorgungsplan, wie in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vorgesehen, als Arbeitsmittel einzusetzen und ihn den Pflegebedürftigen stets auszuhandigen, um deren Selbstbestimmung und Compliance zu fördern.

Da zur Wirksamkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI auf der Basis der vorgelegten Querschnittsanalyse keine Aussagen getroffen werden konnten, regt der vorliegende Evaluationsbericht an, in zukünftige Evaluationen auch eine Längsschnittuntersuchung zu Wirkungen und Wirkmechanismen der Pflegeberatung und der Beratungsbesuche zu integrieren.

Wie sich die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Pflegeberatungsstrukturen u. a. mit Blick auf diese weiterentwickelt haben, wird Gegenstand des Berichts im Jahr 2023 sein.

Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI

Der Bericht des IGES Instituts „Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI“ kann kostenfrei von der Homepage des GKV-Spitzenverbandes heruntergeladen werden: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20200331_IGES_Evaluation_Pflegeberatung_Abschlussbericht.pdf

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---|----|--------------------|
| Abbildungsverzeichnis | 43 | Inhaltsverzeichnis |
| Tabellenverzeichnis | 45 | |
| Abkürzungsverzeichnis | 47 | |
| Zusammenfassung | 49 | |
| 1 Hintergrund und Aufgabenstellungen | 58 | |
| 1.1 Gesetzliche Bestimmungen in den §§ 7a bis 7c und 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI | 59 | |
| 1.1.1 § 7a SGB XI: Pflegeberatung | 60 | |
| 1.1.2 § 7b SGB XI: Beratungsgutscheine | 65 | |
| 1.1.3 § 7c SGB XI: Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung | 66 | |
| 1.1.4 § 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI: Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit..... | 68 | |
| 1.2 Ausgangslage und bisherige Befunde zum untersuchten Beratungsgeschehen | 71 | |
| 1.2.1 Pflegeberatung nach § 7a und PSP nach § 7c SGB XI | 71 | |
| 1.2.2 Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI..... | 75 | |
| 1.3 Aufbau des Evaluationsberichts..... | 78 | |
| 2 Methodik | 81 | |
| 2.1 Bundesweite Datenquellen..... | 83 | |
| 2.1.1 Sekundärdaten der Pflegekassen und des MDS | 83 | |
| 2.1.2 Online-Befragung der Pflegekassen | 85 | |
| 2.1.3 Versichertenbefragung Erstantragstellende | 85 | |
| 2.1.4 Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende | 86 | |
| 2.2 Regionale Datenquellen | 87 | |
| 2.2.1 Recherche der Beratungsstrukturen | 87 | |
| 2.2.2 Fokusgruppen..... | 88 | |
| 2.2.3 Online-Befragung Beratungsstellen | 89 | |
| 2.2.4 Online-Befragung Pflegeberaterinnen und Pflegeberater | 91 | |
| 2.2.5 Nutzerbefragung | 92 | |
| 2.3 Datenauswertungen | 94 | |
| 2.3.1 Qualitative Datenanalysen | 94 | |
| 2.3.2 Quantitative Daten | 95 | |
| 2.3.3 Soziale Netzwerkanalyse..... | 95 | |

| | | | |
|--------------------|----------|--|-----|
| Inhaltsverzeichnis | 3 | Verständnis, Strukturen und Inanspruchnahme | 97 |
| | 3.1 | Inanspruchnahme, Umsetzung und Kosten der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Daten der Pflegekassen) | 97 |
| | | 3.1.1 Vorbemerkung | 97 |
| | | 3.1.2 Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Jahr 2018.. | 98 |
| | | 3.1.3 Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 99 |
| | | 3.1.4 Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater | 101 |
| | | 3.1.5 Kosten der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 103 |
| | 3.2 | Verständnis der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI..... | 105 |
| | 3.3 | Pflegeberatungsstrukturen | 107 |
| | | 3.3.1 Beratungsstrukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI..... | 107 |
| | | 3.3.2 Pflegeberatungsstrukturen nach Bundesland..... | 109 |
| | | 3.3.3 Zielgruppenspezifische Beratungsangebote | 129 |
| | | 3.3.4 Einordnung der Befunde zu den Pflegeberatungsstrukturen | 133 |
| | 3.4 | Zugangswege, Öffentlichkeitsarbeit und Zugänglichkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI..... | 136 |
| | | 3.4.1 Zugangswege der Pflegekassen | 136 |
| | | 3.4.2 Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen | 142 |
| | | 3.4.3 Zugänglichkeit | 146 |
| | 4 | Perspektive der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater | 151 |
| | 4.1 | Allgemeine Angaben zu den befragten Beraterinnen und Beratern | 152 |
| | | 4.1.1 Regionale Zuständigkeit | 152 |
| | | 4.1.2 Anstellungsverhältnis | 152 |
| | | 4.1.3 Berufliche Qualifikation und Berufserfahrung | 153 |
| | | 4.1.4 Arbeitsaufgaben | 155 |
| | 4.2 | Beratungsgeschehen | 157 |
| | | 4.2.1 Angebotene Beratungsmodalitäten | 157 |
| | | 4.2.2 Beratungsumfang..... | 158 |
| | | 4.2.3 Daten und Material im Beratungsgespräch..... | 161 |
| | 4.3 | Beratungsinhalte einer Erstberatung | 163 |
| | | 4.3.1 Beratungsmodalitäten und -themen | 163 |
| | | 4.3.2 Versorgungsplan | 166 |
| | | 4.3.3 Dauer und Dokumentation | 168 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.4 | Beratungsqualität..... | 170 |
| 4.4.1 | Qualitative Aspekte in der Pflegeberatung..... | 170 |
| 4.4.2 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterbildung..... | 172 |
| 4.4.3 | Neutralitätsaspekte | 174 |
| 4.4.4 | Beratungskompetenz..... | 175 |
| 4.4.5 | Herausforderungen in der Pflegeberatung | 176 |
| 4.4.6 | Problemlösetechniken zum Umgang mit Herausforderungen..... | 178 |
| 4.5 | Zielgruppenspezifische Beratungsangebote..... | 179 |
| 5 | Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer..... | 183 |
| 5.1 | Zusammensetzung der Stichproben | 183 |
| 5.1.1 | Demographische Merkmale | 183 |
| 5.1.2 | Pflegebedürftigkeit..... | 184 |
| 5.1.3 | Beantwortung des Fragebogens | 186 |
| 5.2 | Zugänglichkeit der Pflegeberatung..... | 186 |
| 5.2.1 | Information über das Angebot..... | 186 |
| 5.2.2 | Kenntnis und Inanspruchnahme der Pflegeberatung..... | 189 |
| 5.2.3 | Erreichbarkeit: Terminvergabe und Kontaktaufnahme | 192 |
| 5.3 | Form und Inhalt der Pflegeberatung..... | 194 |
| 5.3.1 | Durchführung der Beratung..... | 194 |
| 5.3.2 | Beratungsbedarfe und Gründe der Inanspruchnahme | 196 |
| 5.3.3 | Beratungsumfang..... | 196 |
| 5.3.4 | Beratungsinhalte | 199 |
| 5.4 | Koordination der Pflegeberatung..... | 202 |
| 5.4.1 | Einbindung weiterer Personen | 202 |
| 5.4.2 | Beratungsbeziehung | 203 |
| 5.4.3 | Versorgungsplan | 205 |
| 5.5 | Bewertung der Pflegeberatung..... | 206 |
| 5.5.1 | Neutralität und Unabhängigkeit..... | 207 |
| 5.5.2 | Soziale Kompetenz | 207 |
| 5.5.3 | Wirksamkeit | 208 |
| 5.5.4 | Allgemeine Zufriedenheit | 209 |
| 5.5.5 | Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge | 210 |

| | | | |
|--------------------|----------|---|-----|
| Inhaltsverzeichnis | 6 | Vernetzung bei der Pflegeberatung | 213 |
| | 6.1 | Verständnis von gelungener Vernetzung..... | 213 |
| | 6.2 | Formelle Rahmenbedingungen der Vernetzung..... | 215 |
| | 6.3 | Regionale Netzwerkarbeit..... | 218 |
| | 6.3.1 | Vorhandene Netzwerkstrukturen..... | 219 |
| | 6.3.2 | Netzwerke zur Zuweisung und Zusammenarbeit der Pflege- beraterinnen und Pflegeberater | 221 |
| | 6.3.3 | Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aus Sicht der befragten Beratungsstellen..... | 228 |
| | 6.3.4 | Konkurrenzempfinden und Doppelstrukturen | 230 |
| | 7 | Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI | 234 |
| | 7.1 | Inanspruchnahme der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI | 234 |
| | 7.2 | Pflegegeldkürzungen und Pflegegeldentzug | 236 |
| | 7.3 | Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege..... | 237 |
| | 7.4 | Wahrnehmung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch die Pflegegeldbeziehenden | 239 |
| | 7.4.1 | Soziodemographie der befragten Pflegegeldbeziehenden | 239 |
| | 7.4.2 | Organisation der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI..... | 241 |
| | 7.4.3 | Inhalt der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI..... | 242 |
| | 7.4.4 | Qualität der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI | 246 |
| | 8 | Fazit und Handlungsempfehlungen | 249 |
| | 8.1 | Erkenntnisse zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 249 |
| | 8.1.1 | Allgemeine Angebotsstrukturen | 249 |
| | 8.1.2 | Zielgruppenspezifische Angebotsstrukturen..... | 251 |
| | 8.1.3 | Inanspruchnahme, Umfang und Modalität der Beratungen | 254 |
| | 8.1.4 | Beratungsgeschehen..... | 256 |
| | 8.1.5 | Zugänglichkeit und Öffentlichkeitsarbeit | 259 |
| | 8.1.6 | Kenntnis des Beratungsangebots und Beratungsbedarf | 262 |
| | 8.1.7 | Vernetzung..... | 264 |
| | 8.2 | Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI | 265 |
| | 8.2.1 | Situationen mit nicht sichergestellter Pflege..... | 266 |
| | 8.2.2 | Beratungsinhalte und Qualität | 267 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 8.3 | Stärken und Limitationen | 268 |
| 8.3.1 | Design..... | 268 |
| 8.3.2 | Bundesweite Datenerhebungen | 269 |
| 8.3.3 | Regionale Klumpenstichprobe | 271 |
| 8.4 | Handlungsempfehlungen und weiterer Forschungsbedarf | 273 |
| 9 | Literatur | 279 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---|-----|-----------------------|
| Abb. 1: Pflegegesetzgebung seit 2008 mit Relevanz für die §§ 7a, 7b, 7c und 37 SGB XI | 59 | Abbildungsverzeichnis |
| Abb. 2: Veranschaulichung Datenquellen und Design | 81 | |
| Abb. 3: Wege der Information durch die Pflegekassen und der Kontaktaufnahme mit der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater | 139 | |
| Abb. 4: Erhöhung der Bekanntheit des Beratungsangebots der Beratungsstelle zum Thema Pflege durch die eingesetzten Mittel der Öffentlichkeitsarbeit | 145 | |
| Abb. 5: Umfang der Arbeitsaufgaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a erbringen | 156 | |
| Abb. 6: Nutzung von schriftlichem Material zur Informationsvermittlung im Beratungsgespräch nach § 7a SGB XI | 162 | |
| Abb. 7: Umfang bestimmter Beratungsaspekte in der Erstberatung | 165 | |
| Abb. 8: Umfang der für den Versorgungsplan besprochenen Aspekte in der Erstberatung | 167 | |
| Abb. 9: Qualitätsaspekte in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 171 | |
| Abb. 10: Herausforderungen in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 177 | |
| Abb. 11: Anzahl der Beratungskontakte nach Ort des Kontaktes (Nutzerinnen und Nutzer) | 198 | |
| Abb. 12: Beratungsthemen nach Anbieter (Nutzerinnen und Nutzer) | 201 | |
| Abb. 13: Gewünschte und stattgefundene Verweise durch Akteursgruppen (Nutzerinnen und Nutzer) | 212 | |
| Abb. 14: Netzwerk der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur Zuweisung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 223 | |
| Abb. 15: Netzwerk der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 225 | |
| Abb. 16: Zusammenarbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen, mit bestimmten lokalen Akteuren | 226 | |
| Abb. 17: Zusammenarbeit der befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege mit bestimmten lokalen Akteuren | 230 | |
| Abb. 18: Konkurrenz erleben der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen | 231 | |
| Abb. 19: Arbeitgeber/Auftraggeber der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die sowohl Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI als auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen | 235 | |
| Abb. 20: Von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern genannte Gründe für eine Nichtsicherstellung der Pflege | 238 | |
| Abb. 21: Genannte Erkrankungen/Beeinträchtigungen als Ursache der Pflegebedürftigkeit | 240 | |

| | | |
|-----------------------|--|-----|
| Abbildungsverzeichnis | Abb. 22: Aufklärung über pflegerische Leistungen nach SGB XI in den bisherigen Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI | 244 |
| | Abb. 23: Ergebnisse der bisherigen Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI Quelle: Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende. | 247 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|--|-----|---------------------|
| Tab. 1: Wesentliche Inhalte des Versorgungsplans bei einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 63 | Tabellenverzeichnis |
| Tab. 2: Einteilung der Klumpenstichprobe in städtische und ländliche Regionen. | 82 | |
| Tab. 3: Art der befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege..... | 90 | |
| Tab. 4: Schritte der qualitativen Auswertung der Fokusgruppen | 94 | |
| Tab. 5: Von Pflegekassen berichtete Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 100 | |
| Tab. 6: Qualifikation der bei der Pflegekasse (ggf. im PSP arbeitenden) bzw. bei einem Dienstleister angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater..... | 102 | |
| Tab. 7: Kosten der kassenindividuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegeberatung im PSP | 104 | |
| Tab. 8: Arbeitgeber der angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen | 108 | |
| Tab. 9: Trägerschaft der befragten Beratungsstellen mit Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI..... | 109 | |
| Tab. 10: Angaben der Pflegekassen zum Umfang der Aufklärung und Information über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in der Erstinformation..... | 137 | |
| Tab. 11: Genutzte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit von Beratungsstellen mit und ohne Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI | 142 | |
| Tab. 12: Umgang mit Anfragen von Personen mit geringen Deutschkenntnissen von Beratungsstellen mit Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI... | 149 | |
| Tab. 13: Arbeitgeber/Auftraggeber der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater..... | 153 | |
| Tab. 14: Qualifikationen der bei den Pflegekassen (ggf. im PSP arbeitenden) bzw. bei einem Dienstleister angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater | 154 | |
| Tab. 15: Beratungsumfang, Beratungsmodalitäten und ratsuchende Personen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI..... | 161 | |
| Tab. 16: Informationsquellen über das Beratungsangebot nach § 7a SGB XI (Erstantragstellende und Nutzerinnen bzw. Nutzer)..... | 189 | |
| Tab. 17: Themen der Pflegeberatung (Nutzerinnen und Nutzer)..... | 200 | |
| Tab. 18: Verbesserungsvorschläge für die Pflegeberatung (Nutzerinnen und Nutzer) | 211 | |
| Tab. 19: Häufigkeit von Verweisen von Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberatern und PSP an Beratungsstellen zum Thema Pflege | 229 | |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------------------------------|--|
| ABC-Stelle | Anlauf- und Beratungs-Center |
| BBSR | Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung |
| BeKo-Stelle | Beratungs- und Koordinierungsstelle |
| BetrV | Betriebsvereinbarung |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| EUTB | Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstelle |
| FPA | Fachstelle für pflegende Angehörige |
| IAV-Stelle | Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle |
| KDA | Kuratorium Deutsche Altershilfe |
| KoNAP | Projekt Kompetenz-Netz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung |
| KoopV | Kooperationsvereinbarung |
| LPflegeASG | Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur |
| LPflegeASGDVO | Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes |
| LPflegeG | Landespflegegesetz |
| LPflegeG M-V | LPflegeG Mecklenburg-Vorpommern |
| MAGS NRW | Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung |
| MDS | Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen |
| MSGV-Pflegequalitäts-offensive | Maßnahmenkonzept der Pflegequalitätsoffensive des Sozialministeriums |
| PfG NW | Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen |
| PfNG | Pflege-Neuausrichtung-Gesetz |
| PpSG | Pflegepersonal-Stärkungsgesetz |
| PSP | Pflegestützpunkt |
| PfWG | Pflege-Weiterentwicklungsgesetz |
| PSG II | Zweites Pflegestärkungsgesetz |
| PSG III | Drittes Pflegestärkungsgesetz |
| RV | (Landes-)Rahmenvertrag bzw. -vereinbarung |
| SMD | Sozialmedizinischer Dienst |
| SPN | Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen |
| SPZ | Sozialpädiatrisches Zentrum |
| TK | Themenkomplex |
| TUB | Trägerunabhängige Beratungsstelle |
| VZÄ | Vollzeitäquivalente |
| ZQP | Zentrum für Qualität in der Pflege |

Abkürzungs-
verzeichnis

Zusammenfassung

Der Evaluationsbericht nach § 7a Abs. 9 SGB XI zur Pflegeberatung und den Beratungsstrukturen nutzt unterschiedliche Datenquellen und Stichprobenzugänge, um umfassende und repräsentative Erkenntnisse zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI zusammenzutragen, wobei ein Schwerpunkt auf den Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI liegt.

Der Bericht beginnt mit einer Zusammenfassung der gesetzlichen Bestimmungen und Veränderungen bezüglich der Beratungsleistungen des SGB XI seit Einführung des § 7a SGB XI mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG vom 28.05.2018). Zudem werden die Ergebnisse bisheriger Studien und Evaluationen zum Beratungsgeschehen nach § 7a SGB XI und zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI beschrieben. Es folgt eine Darstellung des Designs des Evaluationsvorhabens. Eine detaillierte Ergebnisdarstellung aus den unterschiedlichen Datenquellen macht den Hauptteil des Berichts aus. Der Bericht schließt mit einem zusammenfassenden Fazit, der Darstellung der Stärken und Limitationen des Evaluationsvorhabens, den Handlungsempfehlungen und dem weiteren Forschungsbedarf.

Gesetzliche Grundlagen

Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI umfassen laut Gesetzestext und den Richtlinien zur einheitlichen Durchführung des GKV-Spitzenverbandes eine umfassende Beratung im Sinne eines Fallmanagements durch die Pflegekassen für Ratsuchende, die entsprechende Beratungsbedarfe haben. Anspruchsberechtigt sind Leistungsbeziehende des SGB XI und Antragstellende auf Leistungen des SGB XI, die auch zeitnah nach Antragstellung von ihrer Pflegekasse über das Angebot informiert werden müssen (§ 7b SGB XI). Pflegekassen können Dritte mit der Beratungsleistung beauftragen. Dafür ist in § 7b SGB XI der Einsatz von Beratungsgutscheinen beschrieben. Der § 7c SGB XI umfasst die Regelungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, sofern die obersten Landesbehörden der Bundesländer entsprechende Bestimmungen erlassen. Pflegestützpunkten kommt dabei die Aufgabe zu, sowohl allgemeine Beratung für ältere Menschen und Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu erbringen als auch eine übergeordnete Vernetzungsarbeit zu betreiben. Seit der Einführung des § 7a SGB XI mit dem PFWG gab es zahlreiche Änderungen in den beschriebenen Paragraphen. Die Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass manche Bestimmungen von den Pflegekassen uneinheitlich ausgelegt werden. Dies betrifft bspw. die Abgrenzung zwischen einer allgemein-pflegerechtlichen Beratung und der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI oder die Dokumentation des Einsatzes von Beratungsgutscheinen (§ 7b SGB XI).

Die Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind bereits seit 1995 Teil des SGB XI. Diese Beratungsbesuche sind für ausschließlich Pflegegeld-beziehende, bei denen Pflegegrad 2 oder höher festgestellt wurde, verpflichtend (halb-

jährlich für Pflegegrade 2 und 3 und vierteljährlich für Pflegegrade 4 und 5). Wenn der verpflichtende Beratungsbesuch nicht in Anspruch genommen wird, kann das Pflegegeld gekürzt oder entzogen werden. Die Beratungseinsätze werden vorwiegend durch ambulante Pflegedienste erbracht und dienen dazu, die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen und den häuslich Pflegenden regelmäßig Hilfe und praktische pflegefachliche Unterstützung anzubieten. Zudem soll auf das Beratungsangebot nach § 7a SGB XI und der Pflegestützpunkte hingewiesen werden. Die Beratungseinsätze haben demnach einen Beratungscharakter, der jedoch durch die Verpflichtung, diese in Anspruch zu nehmen, auch als Kontrolle wahrgenommen werden kann. Wenn bei den Beratungseinsätzen festgestellt wird, dass die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist, wird bei vorliegender Einwilligung der Betroffenen die Pflegekasse informiert.

Methodik

Das Design des Evaluationsvorhabens beinhaltet sowohl bundesweite und regionale als auch quantitative und qualitative Daten von unterschiedlichen Akteuren des Beratungsgeschehens (Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Pflegekassen, Beratungsstellen) sowie von den betroffenen Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen. Dadurch ist es möglich, unterschiedliche Perspektiven auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI darzustellen und regionale Besonderheiten herauszuarbeiten. Die Repräsentativität der vorliegenden Daten wurde durch die Umsetzung verschiedener Arten von Zufallsstichproben gewährleistet, wobei wegen der unterschiedlichen Teilnahmeraten und Zugänge zu den Stichproben dennoch eine (positive) Verzerrung der Erkenntnisse nicht immer ausgeschlossen werden kann.

Ergebnisse zu den Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI

Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI werden vorwiegend durch Beraterinnen und Berater der Pflegekassen, von Dienstleistern und – sofern lokal vorhanden – von Pflegestützpunkten erbracht. Selten gibt es selbstständige Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater, andere Beratungsstellen oder Pflegedienste, die diese Beratung durchführen. Neben den Pflegestützpunkten gibt es entsprechend zwar lokal auch andere Anlaufstellen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, diese sind aber regionsspezifisch und haben keinen systematischen überregionalen Wiedererkennungswert. Geschäftsstellen der Pflegekassen können zwar überall für eine Initiierung einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufgesucht werden, sie sind als Beratungsstellen für eine solche Beratung aber hauptsächlich in den Bundesländern mit dem Konzept der Vernetzten Pflegeberatung ausgewiesen. Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen, werden zu ungefähr gleichen Teilen von Kranken- bzw. Pflegekassen und Kommunen getragen. Bei ungefähr einem Drittel dieser Beratungsstellen übernehmen zudem Verbände der Wohlfahrtspflege, kirchliche und andere gemeinnützige Organisationen eine Trägerschaft.

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind jedoch zu über 90 % bei Pflegekassen angestellt. Die Kommune beteiligt sich entsprechend ähnlich häufig wie die Pflegekassen an der Infrastruktur für die Beratung, beschäftigt aber selten eigene Beraterinnen oder Berater, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen.

Die Angebotsstrukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gestalten sich vor allem aufgrund der länderspezifischen Umsetzung der Pflegestützpunkte regional unterschiedlich. Neben einer unterschiedlichen Dichte und einem unterschiedlich definierten Aufgabenbereich der Pflegestützpunkte gibt es zudem zwei Bundesländer, die das Konzept Vernetzte Pflegeberatung umsetzen und sich gegen die Einrichtung von Pflegestützpunkten entschieden haben. Die Vielfalt der Beratungslandschaft und die Dichte der Pflegestützpunkte hängen u. a. von bereits vor 2009 vorhandenen Beratungsstrukturen zum Thema Pflege der Kommunen oder Bundesländer ab. Obwohl gesetzlich vorgeschrieben, bieten nicht alle Pflegestützpunkte Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI an. Zum Teil veraltete Rahmenverträge führen zudem zu unterschiedlichen Auslegungen der Aufgaben der Pflegestützpunkte. Die Regionen der Vernetzten Pflegeberatung haben den Vorteil, dass es lokal zuständige Pflegekoordinatorinnen bzw. -koordinatoren gibt, so dass jeweils zuständige Ansprechpersonen für die Ausgestaltung und Vernetzung der Pflegeberatung existieren. Es besteht jedoch der Nachteil (genau wie in Regionen mit einer geringen Dichte an Pflegestützpunkten), dass es wenige niedrighschwellige Anlaufstellen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vor Ort gibt.

Im Evaluationsvorhaben wurde neben dem generellen Angebot einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI die Angebotsvielfalt für Beratungen unterschiedlicher Zielgruppen untersucht. In den meisten Regionen sind bereits Anlaufstellen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen vorhanden. Für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen und für Pflegebedürftige mit Behinderungen sind in städtischen Regionen ebenfalls ausreichend Angebote verortet, sie fehlen jedoch in ungefähr 30 % der ländlichen Regionen. Insbesondere müssen sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen zielgruppenspezifische Beratungsangebote für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bzw. deren Angehörige und für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund durch Spezialisierungen der vorhandenen oder Schaffen neuer Beratungsstellen bzw. durch Weiterbildungen der Beraterinnen und Berater ausgebaut werden.

Je nach Pflegekasse haben zwischen 1 % und 19 % der Versicherten im Jahr 2018 das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen (durchschnittlich 5 %). Diese große Spannweite zwischen den Pflegekassen kann u. a. an einem unterschiedlichen Verständnis der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und deren Umsetzung (insbesondere beim Einsatz von Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI) liegen. Dies könnte auf die vielfältigen Veränderungen in der Pflegegesetzgebung bezüglich der Beratungsleistungen im SGB XI und auf nicht eindeutige Formulierungen in den

Gesetzestexten zurückgehen. Allerdings hat es zur Folge, dass die Sekundärdaten der Pflegekassen zu den Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI nicht eindeutig definiert sind, da nach unterschiedlichen Maßstäben dokumentiert wird.

Der Beratungsumfang für eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater beträgt durchschnittlich 36 Gespräche im Monat, wovon ca. zwei Drittel Erstberatungen sind. Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI sind nach den vorliegenden Daten nicht immer durch ein Fallmanagement gekennzeichnet. Ungefähr die Hälfte aller Beratungsgespräche und über zwei Drittel der Erstberatungen finden im Hausbesuch statt. Inhaltlich geht es in den Beratungsgesprächen häufig um die Klärung von Leistungsansprüchen und die Entlastung von pflegenden Angehörigen. Insbesondere in Pflegestützpunkten werden auch oft Themen im Vorfeld des Erwerbs von Leistungsansprüchen (z. B. zur Antragstellung oder MDK-Begutachtung) angesprochen. Fast allen Pflegeberaterinnen oder Pflegeberatern liegt das MDK-Gutachten und über der Hälfte liegen die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI (sofern vorhanden) bei den Beratungsgesprächen nach § 7a SGB XI vor. Letztere werden aber nur in einem Fünftel der Fälle ausführlich besprochen. Neue gesetzliche Regelungen, Empfehlungen und Richtlinien zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI in den Jahren 2019 und 2020 könnten die Verschränkung dieser Beratungsformen jedoch zukünftig stärken. Ein Versorgungsplan wird zwar bei fast allen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI erstellt, aber die Ergebnisse aus Nutzer- und Beratersicht lassen darauf schließen, dass er insbesondere von den Betroffenen selten als Instrument für die Organisation oder Umsetzung der Maßnahmen genutzt wird. Eine bessere Einbindung der Ratsuchenden in die Erstellung des Versorgungsplans könnte diese befähigen, die Pflegesituation besser zu verstehen und ggf. notwendige Schritte selbst durchzuführen.

Pflegende Angehörige werden bei ungefähr drei Vierteln der Beratungsgespräche einbezogen – bei bis zu einem Fünftel der Gespräche werden sie sogar allein beraten. Auch die Beratungsthemen lassen darauf schließen, dass die Belange der pflegenden Angehörigen, z. B. zu den Themen Entlastungsbetrag oder Kurzzeitpflege, in der Mehrheit der Beratungsgespräche besprochen werden.

Die Qualität der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI wird größtenteils positiv eingeschätzt. Fast alle Nutzerinnen und Nutzer wissen nach den Beratungsgesprächen, was als Nächstes zu tun ist, und denken, dass die Pflegesituation durch die Beratung besser organisiert ist. Auch die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratungen ist nach den Evaluationsergebnissen aus Nutzersicht gegeben. Unter den Beraterinnen und Beratern kann jedoch jeweils ein Fünftel auch selbst Entscheidungen zur Leistungsgewährung treffen oder empfiehlt konkrete Anbieter, ohne die Gründe dafür offenzulegen. Herausforderungen in der Beratung sieht ungefähr die Hälfte der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vor allem bei den Themen datenschutzrechtliche Vorschriften, Kenntnis loka-

ler Strukturen bei großen Einzugsgebieten, Sprachbarrieren und Konfliktsituationen in den Gesprächen. Für die meisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater besteht die Möglichkeit, Weiterbildungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen - allerdings nehmen daran häufiger im Pflegestützpunkt tätige Beraterinnen und Berater als bei Pflegekassen oder Dienstleistern beschäftigte Beraterinnen und Berater teil. Qualitätssicherungsmaßnahmen werden von ca. einem Fünftel, Leitfäden zur Strukturierung der Gespräche von ungefähr der Hälfte der Beraterinnen und Berater nicht eingesetzt, so dass hier noch Verbesserungspotenzial besteht.

Im Vergleich zu vorherigen Untersuchungen hat sich die Informiertheit der Betroffenen verbessert, dennoch gibt weiterhin ein Viertel der Erstantragstellenden an, nicht über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI informiert zu sein. Den Hauptinformationsweg über das Beratungsangebot stellt die Pflegekasse dar: Mindestens drei Viertel der Erstantragstellenden erfahren über diesen Weg von dem Angebot. Die Information der Pflegekassen ist auch zentral, da, wenn diese nicht erfolgt ist oder nicht wahrgenommen wird, die Anspruchsberechtigten zu drei Vierteln - also deutlich häufiger - das Angebot nicht kennen. Auch der Grund, warum ein Beratungsangebot nicht genutzt wird, ist in diesen Fällen deutlich seltener (14 % vs. 40 %) ein fehlender Beratungsbedarf.

Allerdings variiert der Umfang, in dem seitens der Pflegekasse über das Beratungsangebot informiert wird, was sich auch darin zeigt, dass ca. 30 % der befragten Pflegebedürftigen bzw. deren Angehöriger sich mehr Informationen zu diesem Beratungsangebot wünschen. Die Pflegekassen informieren ihre Versicherten laut den vorliegenden Daten, wie gesetzlich vorgeschrieben, zeitnah nach der Antragstellung. Allerdings fehlen häufig die gesetzlich vorgeschriebene Nennung einer Ansprechperson und konkrete Terminvorschläge. Während Letzteres auch als nicht praktikabel gewertet werden kann, zumal laut den Ergebnissen keine größeren Probleme bei einer zeitnahen Terminvergabe bestehen, kann Ersteres den Zugang zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erleichtern - wenn die Nennung einer konkreten Person nicht möglich ist, sollte zumindest eine Kontaktmöglichkeit genannt werden, die die Betroffenen ohne Umwege über Callcenter oder umständliche Weiterleitungen zu der richtigen Ansprechperson führt. Als effektivster Weg, um den Kontakt mit einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater herzustellen, wurde die schriftliche Kontaktaufnahme mit der Pflegekasse identifiziert, da man anschließend in den meisten Fällen direkt von einer Beraterin oder einem Berater kontaktiert wird.

Weitere umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit zur Pflegeberatung betreiben sowohl die befragten Pflegekassen als auch die lokalen Beratungsstellen. Als effektiv wurden von über der Hälfte der Beratungsstellen Veröffentlichungen, eine eigene Webseite und das persönliche Vorstellen bei relevanten Akteuren eingeschätzt. Insbesondere Pflege-

stützpunkten haben häufig keinen eigenen Webauftritt. Sie sind oft nur über Webseiten der Kommune oder der Landesministerien erreichbar. Verbesserungsbedürftig scheint auch die Einbindung von Multiplikatoren, die an Stellen, die eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, verweisen. Insbesondere Ärzte bzw. Ärztinnen, das Entlassmanagement der Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen bzw. -dienste und der MDK werden sowohl aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer als auch aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als vielversprechende Multiplikatoren eingeschätzt. Dabei ist vor allem die Ärzteschaft in ein Netzwerk für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI schwer integrierbar. Die Zuweisung durch den MDK wird aus Sicht der Pflegeberaterinnen und -berater bereits als gut eingeschätzt – trotzdem könnte eine vermehrte Aufklärung über das Angebot bei der Begutachtung die Zugänglichkeit verbessern. Bei Pflegediensten kann insbesondere die Zuweisung im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI verstärkt werden. Ein für die Betroffenen wesentlicher Multiplikator ist das soziale Umfeld, weshalb auch kassenübergreifende öffentlichkeitswirksame Maßnahmen seitens des BMG oder des GKV-Spitzenverbandes zu einer weiteren Verbreitung des Wissens über das Beratungsangebot beitragen können. Entsprechendes kassenübergreifendes Informationsmaterial kann auch bei niedergelassenen Ärzten oder Ärztinnen bzw. in Krankenhäusern eingesetzt werden.

Auch um Multiplikatoren zu gewinnen, ist die Netzwerkarbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie der Pflegestützpunkte und Pflegekoordinatorinnen und -koordinatorinnen essenziell. Diese Arbeitsaufgabe ist jedoch bei einem Viertel der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die nicht in Pflegestützpunkten tätig sind, nicht explizit bzw. formell vorgesehen. Gerade für diese Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen und von Dienstleistern ist der Zugang zu den lokalen Netzwerken erschwert, da klare Ansprechpersonen und Zuständigkeiten für die Netzwerkarbeit fehlen. Beraterinnen und Berater in Pflegestützpunkten sind dagegen bereits häufiger in Netzwerktätigkeiten eingebunden, aber auch hier liegt nicht zwingend eine klare Verantwortlichkeit für die Pflege und Initiierung von lokalen Netzwerken vor. Zusammenarbeit, Netzwerkarbeit und Austausch finden zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bisher vorwiegend informell statt. Drei Viertel der Beraterinnen und Berater haben keine schriftlichen Vereinbarungen mit Stellen, mit denen sie in fast allen Fällen zusammenarbeiten. Nur ein Fünftel hat Gelegenheiten für einen regelmäßigen Austausch mit den Akteuren vor Ort. Trotzdem gelingt die Zusammenarbeit mit den lokalen Akteuren bei konkreten Beratungsfällen meist gut, so dass über diesen Weg auch die Möglichkeit besteht, Aufklärungsarbeit über das Beratungsangebot nach § 7a SGB XI zu leisten und Multiplikatoren zu gewinnen.

Die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI werden laut den Evaluationsergebnissen regelmäßig in Anspruch genommen, allerdings liegt die durchschnittliche Inanspruchnahme mit 1,5 Beratungsbesuchen pro ganzjährig Pflegegeldbeziehender bzw. Pflegegeldbeziehenden unter den gesetzlichen Vorgaben. Dennoch kommt es nur sehr selten zu Pflegegeldkürzungen oder Pflegegeldentzug. Möglicherweise führen notwendige Erinnerungen, von denen ein Viertel der Pflegegeldbeziehenden berichten, und Terminverschiebungen zu einer verzögerten Inanspruchnahme, bei der jedoch keine der genannten Konsequenzen notwendig ist.

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede in den Angaben dazu, wie häufig eine häusliche Pflegesituation als nicht sichergestellt eingeschätzt wird. Nur unter 1 % der Pflegegeldbeziehenden berichtet eine solche Situation, während laut den Beratungspersonen in 7 % der Beratungsbesuche die Pflege nicht sichergestellt ist. Vermutlich liegt der wahre Anteil zwischen den beiden Angaben, da bei der Befragung von Pflegegeldbeziehenden Personen, bei denen die Pflege nicht sichergestellt ist, seltener antworten und die befragten Beratungspersonen eine selektive Gruppe darstellen, da sie sowohl Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI als auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen. Die Gründe einer Situation, in der die Pflege nicht sichergestellt ist, die von ungefähr der Hälfte bis drei Vierteln der Beratungspersonen berichtet werden, sind Überlastungen der pflegenden Angehörigen, fehlende Wohnraumanpassungen, fehlende Hilfsmittel und eine Ablehnung der Pflege durch die pflegebedürftige Person.

Bei fast allen Beratungsbesuchen geht es um die Klärung von Leistungsansprüchen und die Belastungen aufgrund der Pflegesituation. Ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen werden jedoch nicht über Angebote zur Entlastung wie Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege aufgeklärt. Zu mindestens zwei Dritteln wird jedoch auf weiterführende Beratungsangebote hingewiesen. Obwohl bisherige Studien zu heterogenen Ergebnissen bezüglich der Qualität der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI kamen, zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Evaluation eine überwiegend positive Einschätzung der Beratungsqualität. Die Betroffenen fühlen sich fast alle nicht kontrolliert oder dazu gedrängt, bestimmte Angebote in Anspruch zu nehmen. Verbesserungen der Verschränkung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sind insbesondere durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sowie damit zusammenhängende Richtlinien bzw. Empfehlungen zu erwarten, die erst in 2019 bzw. 2020 wirksam geworden sind und daher von der vorliegenden Evaluation noch nicht erfasst werden konnten.

Zusammenfassend werden die gesetzlichen Vorgaben, Richtlinien und Empfehlungen zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI nach den Ergebnissen dieser Evaluation auch unter Berücksichtigung einer vermutlich vorhandenen leicht positiven Verzerrung der Ergebnisse größtenteils gut umgesetzt. Die beschriebenen Ergebnisse lassen den Evaluationsbericht mit sechs Handlungsempfehlungen schließen:

- (1) Eine Vereinheitlichung und Ergänzung des Beratungsangebots nach § 7a SGB XI vor Ort kann zu einer besseren Erreichbarkeit von Zielgruppen mit besonderen Beratungsbedarfen beitragen. Pflegekassen und Kommunen sollten die lokale Angebotslandschaft entsprechend prüfen und ggf. durch neue Angebote oder Weiterbildungen von Beraterinnen oder Beratern bzw. Spezialisierung von bestehenden Angeboten ergänzen. Die Rahmenvereinbarungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten sollten von den Bundesländern an die neuen gesetzlichen Bestimmungen angepasst werden. Dabei sollten die Arbeitsaufgaben der Pflegestützpunkte hinsichtlich des Angebots einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Koordinations- und Vernetzungsaufgaben präzisiert werden.
- (2) Da die Information seitens der Pflegekassen zentral für Kenntnis und Deckung des Beratungsbedarfs ist, sollte sie durch umfangreichere Informationsmaterialien gekennzeichnet sein. Bei der Information der Antragstellenden können Formulare zur Interessenbekundung und die Nennung von Ansprechpersonen die Zugänglichkeit zur Pflegeberatung verbessern.
- (3) Die Zugänglichkeit der und die Kenntnisse über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sollten durch eine bessere Auffindbarkeit des Angebots im Internet erleichtert werden. Für die Pflegestützpunkte sollten die jeweiligen Träger den Webauftritt verbessern. Eine kassenübergreifende Informationsseite und ebensolches Informationsmaterial des BMG oder des GKV-Spitzenverbandes können die Sichtbarkeit und Abgrenzung des Beratungsangebots nach § 7a SGB XI gegenüber anderen, ggf. kostenpflichtigen Beratungen verbessern und möglicherweise eine breitere Öffentlichkeit erreichen. Die gut funktionierende Zusammenarbeit bei konkreten Beratungsfällen mit Akteuren, die keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen, sollte von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zudem stärker für die Gewinnung von Multiplikatoren, insbesondere der Ärzteschaft, der Krankenhäuser, der Pflegedienste und des MDK, genutzt werden.
- (4) Um die Vernetzung vor Ort zu erleichtern, sollte insbesondere den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die nicht im Pflegestützpunkt arbeiten, verstärkt und auch formell von ihren Arbeitgebern die Möglichkeit gegeben werden, sich in der Netzwerkarbeit zu engagieren. Dazu sind auch klare Ansprechpersonen und Verantwortlichkeiten für lokale Netzwerke notwendig, die seitens der Pflegestützpunkte und/oder der Kommunen gewährleistet werden sollten.

-
- (5) Gesetzliche Vorgaben und Richtlinien sollten vom Gesetzgeber eindeutiger erklärt, definiert (und ggf. formuliert) werden, so dass pflegekassenübergreifend eine einheitliche Dokumentation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI möglich ist und die Sekundärdaten der Pflegekassen eine valide Grundlage zur Beschreibung des Beratungsgeschehens darstellen.
- (6) Der Versorgungsplan in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sollte stärker als gemeinsames Arbeitsmittel von Beraterinnen bzw. Beratern und Ratsuchenden eingesetzt werden. Neben dokumentarischen Zwecken könnte der Versorgungsplan so dazu beitragen, die Ratsuchenden stärker einzubeziehen und deren Selbstbestimmung zu fördern.

Aus den umfangreichen Erkenntnissen der vorliegenden Evaluation ergeben sich einige offene Forschungsfragen. Um die Beratungsstrukturen besser zu verstehen und herauszuarbeiten, wie unterschiedliche Regionen voneinander lernen können, sollten Unterschiede zwischen den Pflegeberatungsstrukturen von Bundesländern mit (unterschiedlicher Dichte von) und ohne Pflegestützpunkte genauer untersucht werden. Zudem sollte zukünftig versucht werden, typische Bedarfssituationen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu identifizieren, um die Beratung zielgerichtet bei bestimmten Ereignissen oder Zeitpunkten im Verlauf einer Pflegebedürftigkeit anbieten zu können.

Weiterhin gilt es, mehr Informationen zu den Situationen zu sammeln, in denen bei Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI festgestellt wird, dass die Pflege nicht sichergestellt ist. Gerade weiterführende Informationen über die Sicht der Beratungspersonen und die Zusammenarbeit der Pflegedienste und Pflegekassen fehlen in den bisherigen Studien.

Schließlich hat die vorliegende querschnittliche Evaluation nur begrenzte Aussagekraft zur Wirksamkeit. Daher sollte die Wirksamkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI genauer und längsschnittlich untersucht werden.

1 Hintergrund und Aufgabenstellungen

Hintergrund und Aufgabenstellungen

Das IGES Institut wurde mit der Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a Abs. 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Abs. 1 und 2 und § 7c SGB XI sowie der Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI im Rahmen der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI beauftragt. Die Evaluation umfasst die Beantwortung von 49 Fragen innerhalb der folgenden fünf Themenkomplexe (TK):

- TK I: Strukturen und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach §§ 7a, 7b, 7c SGB XI
- TK II: Prozesse und Erfahrungen aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Rahmen der Beratung nach § 7a SGB XI
- TK III: Erfahrungen und Entwicklungsbedarf aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- TK IV: Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI
- TK V: Kooperation und Koordination in der Pflegeberatung auf lokaler, regionaler und Landesebene

Die in den TK aufgeworfenen Fragen berühren die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungspflichten im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung nach den §§ 7a, 7b, 7c und 37 Abs. 3 SGB XI. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die in den TK I, II, III und V im Fokus steht. Zusätzlich werden die Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI untersucht, wobei insbesondere die Verzahnung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI betrachtet wird. Andere im SGB XI vorgesehene Beratungsleistungen, wie bspw. die Pflegekurse nach § 45 SGB XI, sind nicht explizit Teil der Evaluation. Dennoch werden verschiedene mit der Pflege im Zusammenhang stehende weitere Beratungsangebote (z. B. Pflegekurse nach § 45 SGB XI, Entlassmanagement der Krankenhäuser, kommunale und sonstige lokale Beratungsangebote) an entsprechenden Stellen des Berichts thematisiert.

Entsprechend der Aufgabenstellung hat das IGES Institut ein Evaluationskonzept vorgelegt, das auf unterschiedlichen Datenquellen und methodischen Zugängen basiert. Teil der Untersuchung sind Recherchen von Angebotsstrukturen, Fokusgruppen, quantitative Datenerhebungen sowie die Analyse von Sekundärdaten der amtlichen Statistik (siehe Kapitel 2 für Details). Das Projekt wurde kontinuierlich von einem Beirat begleitet, in dem die Kassenartenverbände auf Bundesebene sowie die Pflegeberatung der privaten Krankenversicherung (compass private pflegeberatung GmbH) vertreten waren. Rückmeldung erhielt das Vorhaben zudem von einem Begleitgremium mit Vertreterinnen und Vertretern von Ministerien, Pflegekassen, Wissenschaft, Wohlfahrtsverbänden und kommunalen Stellen.

Das Evaluationsvorhaben soll zum einen über Stärken und eventuelle Defizite der Pflegeberatung berichten und zum anderen die Wirksamkeit und Zugänglichkeit der Pflegeberatung bewerten. Die Ergebnisse sollen die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen unterstützen.

1.1 Gesetzliche Bestimmungen in den §§ 7a bis 7c und 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI

Die gesetzlichen Grundlagen der sozialen Pflegeversicherung sind in den letzten Jahren durch mehrere Reformgesetze umgestaltet worden. Dabei wurden auch die Beratungsleistungen der gesetzlichen Pflegekassen neu geregelt, die sich auf mehrere Paragraphen des SGB XI verteilen. Abb. 1 gibt einen Überblick über die Pflegegesetzgebung seit 2008 mit Blick auf die für die Pflegeberatung relevanten Bestimmungen.

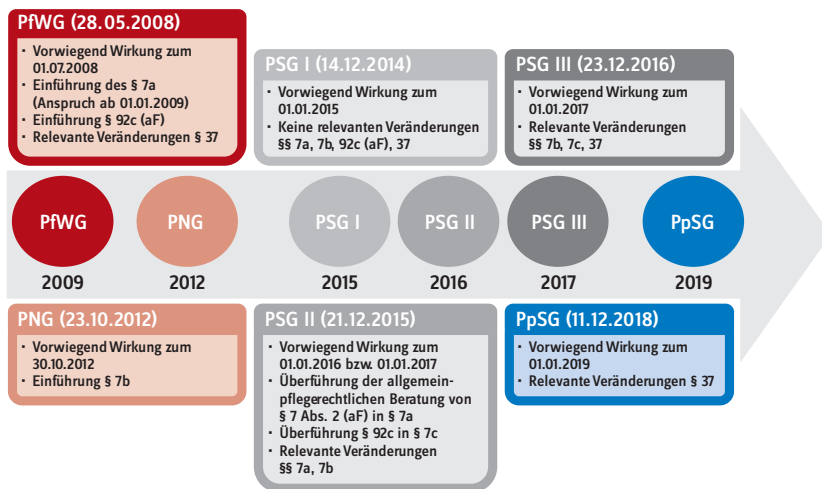


Abb. 1: Pflegegesetzgebung seit 2008 mit Relevanz für die §§ 7a, 7b, 7c und 37 SGB XI
Anmerkungen: PfWG = Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, PNG = Pflege-Neuausrichtungsgesetz, PSG I = Erstes Pflegestärkungsgesetz, PSG II = Zweites Pflegestärkungsgesetz, PSG III = Drittes Pflegestärkungsgesetz, PpSG = Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, aF = alte Fassung

Im Folgenden wird genauer auf die für die Evaluation wesentlichen Inhalte und Entwicklungen der im Rahmen der Evaluation betrachteten Beratungsleistungen der §§ 7a bis 7c SGB XI und des § 37 SGB XI eingegangen. Änderungen, die im Jahr 2018 in Kraft getreten sind, können sich bereits in den Mitte 2018 bis Mitte 2019 erhobenen Daten der Evaluation widerspiegeln. In Bezug auf den § 37 SGB XI sind die Änderungen durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz erst zum 01.01.2019 in Kraft getreten. Die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung, die vor allem die Dokumentation der Beratungseinsätze und die Information der Pflegekassen über Beratungsbedarf betrifft, konnten mit den Daten des Evaluationsvorhabens noch nicht erfasst werden. Da die Pflegeberatung der pri-

vaten Pflegeversicherung nicht Evaluationsgegenstand ist, werden die entsprechenden Bestimmungen in den Gesetzen nicht aufgegriffen.

1.1.1 § 7a SGB XI: Pflegeberatung

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG vom 28.05.2008) mit Wirkung zum 01.07.2008 neu eingeführt und anschließend im Rahmen der folgenden Pflegegesetzgebung angepasst. Bei der Einführung war festgelegt worden, dass der Anspruch auf eine umfassende, als Fallmanagement konzipierte Beratungsleistung für Leistungsbeziehende und Antragstellende des SGB XI ab dem 01.01.2009 besteht. Damit geht die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI deutlich über den Anspruch einer allgemeinen pflegerechtlichen Beratung hinaus, die zu diesem Zeitpunkt noch in § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI (aF) geregelt war. Diese allgemeine Beratungspflicht zu pflegerechtlichen Fragen bestand noch bis zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II vom 21.12.2015) mit Wirkung zum 01.01.2016 in § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI (aF) fort: „Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten.“ Im Rahmen des PSG II wurde dieser Beratungsanspruch komplett in den § 7a SGB XI überführt und in § 7 SGB XI gestrichen. Es blieb in § 7 SGB XI lediglich eine Aufklärungs- und Informationspflicht der Pflegekassen gegenüber den Versicherten bestehen; u. a. soll dabei über andere Beratungsangebote nach §§ 7a und 7c SGB XI informiert werden.

Die Überführung der allgemeinen pflegerechtlichen Beratungspflicht in den § 7a SGB XI wurde nicht in den Wortlaut des § 7a SGB XI übernommen. Jedoch gehen Eisfeld & Kraher (2018, S. 132 ff.) davon aus, dass der Gesetzgeber diese frühzeitige Beratungspflicht – auch ohne Leistungsbezug oder Antragstellung – nicht abgeschafft hat. Die Gesetzesbegründung (Deutscher Bundestag, Drucksache 354/15, 2015) lässt nicht darauf schließen, dass beabsichtigt wurde, die allgemeine pflegerechtliche Beratung abzuschaffen, oder dass Versicherte ohne Antragstellung oder Leistungsbezug keinen Beratungsanspruch mehr haben. Letztendlich wäre demnach davon auszugehen, dass eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beide Formen – eine allgemeine pflegerechtliche Beratung oder ein Fallmanagement – annehmen kann. Allerdings könnte diese gesetzliche Veränderung, die sich nicht im Wortlaut des Gesetzes widerspiegelt, zu den in den Kapiteln 3.1.1 und 3.2 beschriebenen Schwierigkeiten der Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von anderen Beratungsleistungen geführt haben.

Mit dem PSG II wurde in § 7a SGB XI präzisiert, dass die Pflegekassen den Anspruchsberechtigten eine zuständige Pflegeberaterin oder einen zuständigen Pflegeberater benennen müssen. Ferner wurde die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zum

Erlass einer Richtlinie zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eingeführt (§ 17 Abs. 1a SGB XI).

Hintergrund und
Aufgabenstellungen

Bereits seit dem PFWG war es den Pflegekassen möglich, die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Beauftragung von Dritten zu realisieren (§ 7a Abs. 1 Satz 8 SGB XI), wobei die Beauftragung mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG vom 23.10.2012) mit Wirkung zum 30.10.2012 in § 7b SGB XI konkretisiert wird (Kapitel 1.1.2). Zudem soll die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch in den Pflegestützpunkten (PSP) nach § 7c SGB XI in Anspruch genommen werden können (Kapitel 1.1.3).

1.1.1.1 Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Zum Teil werden Vorgaben zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bereits im Gesetz (§ 7a Abs. 1 Satz 3, Satz 6 und Satz 10 SGB XI) genannt. Auch hier wurden einige Ergänzungen erst im Rahmen des PSG II aufgenommen. Beispielsweise wurde zusätzlich zu der bereits vorher beschriebenen Berücksichtigung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) innerhalb der Beratung aufgenommen, dass bei Zustimmung durch die Versicherten die Ergebnisse des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI in die Beratung einfließen sollen. Weiterhin wurde explizit aufgenommen, dass über die Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren ist. Auch wurde das Beratungsgeschehen insofern erweitert, als die Beratung nicht nur unter Einbeziehung von Dritten erfolgen, sondern – bei Zustimmung der oder des Pflegebedürftigen – sich ausschließlich an Dritte richten kann.

Für die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gelten die Richtlinien, die nach § 17 Abs. 1a SGB XI vom GKV-Spitzenverband erlassen wurden (GKV-Spitzenverband, 2020). In diesen Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements beschrieben. Demnach soll die Beratung „im gegenseitigen Einvernehmen (...) neutral und unabhängig (...) unter Berücksichtigung und Stärkung der Selbstbestimmung (...) bedarfsgerecht sowie bedürfnis- und ressourcenorientiert (...) verständlich (...)“ und „angepasst an den biographischen und kulturellen Hintergrund“ erfolgen (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 5 f.). Zusätzlich wird die Notwendigkeit einer personellen Kontinuität im Beratungsgeschehen hervorgehoben und es werden verschiedene Möglichkeiten für den Ort der Beratung beschrieben: Neben der Häuslichkeit der Betroffenen, in der die Beratung auf Wunsch der oder des Betroffenen stattfinden muss, kann diese auch in den Räumlichkeiten der Pflegekasse, in einem PSP, in anderen Beratungsstellen nach § 7b SGB XI und § 123 SGB XI (Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen) oder auch telefonisch durchgeführt werden. In den Richtlinien wird weiterhin der Beratungsprozess näher beschrieben, aus dem sich eine Art Leitfaden für die

Beratungsgespräche nach § 7a SGB XI ergibt. Die einzelnen beschriebenen Schritte in der Beratung werden hier kurz zusammengefasst.

Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs

Bei der Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs sollen besondere Bedarfe von bestimmten Zielgruppen, wie z. B. pflegebedürftige Kinder bzw. Jugendliche oder Menschen mit demenziellen Erkrankungen, berücksichtigt werden. Sofern die anspruchsberechtigte Person zustimmt, sollen die Ergebnisse der MDK-Begutachtung und der Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI einbezogen werden. Insbesondere sollen zur Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs folgende Bereiche mit den Betroffenen besprochen werden: gesundheitliche Situation, alltägliche Lebensführung, Wohn- und Lebenssituation, Mobilität und Situation der Angehörigen oder weiterer betroffener Personen.

Beratung

In der Beratung selbst sollen gemeinsam mit den Betroffenen und aufbauend auf dem ermittelten Hilfe- und Unterstützungsbedarf die konkreten Hilfen und Maßnahmen beschlossen werden. Die Beratung erfolgt bedarfsentsprechend zu „gesundheitsförderlichen, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen sowie zu Sozialleistungen“ (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 9). Sie schließt auch eine Vorbereitung auf die MDK-Begutachtung ein.

Erstellen eines Versorgungsplans

Bei jeder Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird ein Versorgungsplan erstellt, der den Betroffenen nach Erstellung unverzüglich zu übermitteln ist. Der Versorgungsplan enthält die ermittelten Hilfe- und Unterstützungsbedarfe und die beschlossenen Maßnahmen, inklusive der benötigten Dienste, Einrichtungen oder sonstigen benötigten Unterstützungen mit Bezug zu den jeweiligen Bedarfen. Wesentliche Inhalte werden in den Richtlinien konkret benannt und finden sich in Tab. 1.

Hinwirken auf die erforderlichen Maßnahmen

Entsprechend dem erstellten Versorgungsplan und aufbauend auf den lokalen Netzwerken der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater soll auf die Umsetzung der Maßnahmen hingewirkt werden. Dies setzt eine lokale Vernetzung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater voraus. Falls erforderlich, unterstützt die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater die Betroffenen bei der Umsetzung der Maßnahmen und vermittelt beispielsweise den Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen.

Überwachung der Durchführung bzw. Anpassung des Versorgungsplans

Nach Einleitung der Maßnahmen soll die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater überwachen, ob die Maßnahmen entsprechend dem Versorgungsplan umgesetzt und die vereinbarten Versorgungsziele erreicht werden. Bei Anpassungsbedarf der Versorgungsziele oder Maßnahmen wird dieser im Versorgungsplan dokumentiert.

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

Tab. 1: Wesentliche Inhalte des Versorgungsplans bei einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
Quelle: Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07.05.2018 (GKV-Spitzenverband, 2020); wörtlich entnommen von S. 12

Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegeperson

Bei einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sind die Betroffenen über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren. Bei Bedarf unterstützt die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater dabei, die Angebote in Anspruch zu nehmen, und ist bei der Ausschöpfung der Entlastungsleistungen behilflich.

Beendigung der Pflegeberatung

Eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist bei Zielerreichung oder wenn kein Wunsch mehr nach einer Beratung besteht, beendet. Auch wenn eine Verbesserung der Versorgungssituation durch eine weitere Beratung nicht erwartet wird, kann der Beratungsprozess beendet werden. Falls nach einer abgeschlossenen Erstberatung erneut Unterstützungsbedarf besteht, kann eine erneute Pflegeberatung nach § 7a SGB XI als Wiederholungsberatung stattfinden.

1.1.1.2 Vernetzung bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Zusätzlich wird in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (2020) im Hinblick auf die Vernetzung vor Ort eine strukturierte Zusammenarbeit der Beratungsstellen durch einen regelmäßigen und aktualisierten Informations- und Wissensaustausch beschrieben. Dabei wird auch auf die zu schließenden Vereinbarungen nach § 7a Abs. 7 SGB XI, die mit dem PSG II eingeführt wurden, hingewiesen. Zur Förderung der Vernetzung und strukturierten Zusammenarbeit vor Ort bestimmt diese Regelung, dass die Landesverbände der Pflegekassen Rahmenverträge mit dem Verband der privaten Pflegekassen, den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene für die Zusammenarbeit bei der Beratung schließen.

Zusätzlich zu den Vorgaben in den Richtlinien wird das Schließen von Vereinbarungen zur Gewährleistung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in PSP (§ 7c SGB XI) in § 7a Abs. 4 SGB XI geregelt und bestimmt ebenfalls zu schließende Verträge auf Landesebene zwischen den Pflegekassen, z. B. über die Bereitstellung von Personal.

1.1.1.3 Qualifikation und Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Neben dem Beratungsprozess und den Hinweisen zur Vernetzung geben die Pflegeberatungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes (2020) auch vor, dass die Beratungsleistungen mit Fallbesprechungen oder Supervision evaluiert werden sollen. Zudem enthalten die Richtlinien Hinweise zu den Qualifikationen und Kompetenzen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die jedoch in den Empfehlungen zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die gemäß den Vorgaben des PSG II in § 7a Abs. 3 SGB XI durch den GKV-Spitzenverband erstellt wurden, detaillierter beschrieben werden (GKV-Spitzenverband, 2018a). Sie geben jedoch nicht eine konkrete Anzahl oder ein konkretes Verhältnis von Beraterinnen und Beratern zu Anspruchsberechtigten oder Beratungsfällen vor. Vielmehr wird beschrieben, dass die Personalbemessung von mehreren Faktoren (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 3) abhängt. Weiterhin wird konkretisiert, dass einzuplanen ist, dass ggf. ein Einsatz von Pflegeberaterinnen oder Pflegeberatern mit speziellen beruflichen und/oder kulturellen bzw. sprachlichen Kenntnissen nötig ist (GKV-Spitzenverband, 2018a, § 8, S. 8). Ein Anhaltspunkt für einen Betreuungsschlüssel kann aus der Drucksache 16/7439 des Deutschen Bundestages (2007, S. 48) entnommen werden, wo von einer Beraterin bzw. einem Berater auf 100 Beratungsfälle gesprochen wird. Dieser Wert wird in den Empfehlungen jedoch nicht aufgegriffen.

Anders als zur Anzahl der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater machen die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (2018a) relativ konkrete Angaben zur Grundqualifikation und den erforderlichen Weiterbildungen für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Als Grundqualifikation werden insbesondere Ausbildungen bzw. ein Studium zur Pflege-

fachkraft, zur bzw. zum Sozialversicherungsfachangestellten oder zur Sozialpädagogin bzw. zum Sozialpädagogen sowie zur Sozialarbeiterin bzw. zum Sozialarbeiter erwähnt. Es kommen aber auch andere Berufsabschlüsse für die Arbeit als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater in Frage. Als Voraussetzung für die Durchführung von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI werden neben der Grundqualifikation umfangreiche Weiterbildungen in den Bereichen Pflegefachwissen, Fallmanagement, Recht und ein Pflegepraktikum vorgegeben. Für bereits beschäftigte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater empfiehlt der GKV-Spitzenverband regelmäßige Fortbildungen zur Aktualisierung der Weiterbildungsinhalte oder zur Vertiefung bestimmter Themen (z. B. kultursensible Pflege) und Supervision bzw. Fallreflexionen. Es wird jedoch nicht konkret benannt, wie häufig oder in welchem Umfang diese Fortbildungen stattfinden sollen.

1.1.1.4 Bedeutung der Richtlinien und Empfehlungen für das Evaluationsvorhaben

Insgesamt macht das Gesetz im Zusammenhang mit den Richtlinien und Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes relativ konkrete Vorgaben, wie eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements und wie die Ausbildung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausgestaltet sein sollte. Obwohl die einzelnen Schritte im Beratungsprozess vorgegeben werden, sind die in den Richtlinien genannten Themen und Ausgestaltungen jeweils bedarfsgerecht anzuwenden. Das heißt, wie ausführlich die einzelnen beschriebenen Prozessschritte der Beratung zum Einsatz kommen, ist im Einzelfall abzuwägen (oder kann von den einzelnen Pflegekassen vorgegeben werden). Lediglich das Durchlaufen aller Prozessschritte und das Erstellen eines Versorgungsplans sind nach den Richtlinien für alle Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements verbindlich. Diese – möglicherweise durchaus gewünschte – Unschärfe ist auch in den Ergebnissen der Evaluation wiederzufinden. Zusammen mit der bereits erwähnten nicht explizierten Überführung der allgemeinen pflegerechtlichen Beratung nach § 7a SGB XI ergeben sich unterschiedliche Auffassungen darüber, was eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausmacht und wie sie sich von anderen Beratungsformen abgrenzt (Kapitel 3.1.1 und 3.2).

1.1.2 § 7b SGB XI: Beratungsgutscheine

Als Ergänzung zu § 7a SGB XI konkretisiert der § 7b SGB XI – eingeführt mit dem PNG (23.10.2012) mit Wirkung zum 30.10.2012 – die Information der Anspruchsberechtigten über und die Beauftragung Dritter mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Ziel war es, die Inanspruchnahme zu fördern und die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu konkretisieren. Mit der Einführung wurde zunächst eine Pflicht der Pflegekassen eingeführt, den Erstantragstellern auf Pflegeleistungen einen Termin für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anzubieten. Mit dem PSG II wurde diese Verpflichtung auch auf Antragstellende für weitere Leistungen des SGB XI erweitert.

Es wird festgelegt, dass Antragstellende innerhalb von 14 Tagen nach Antragseingang einen Beratungstermin bei der Pflegekasse unter Angabe einer Kontaktperson erhalten müssen oder einen Beratungsgutschein bei beauftragten Dritten einlösen können. Damit soll eine frühzeitige Beratung, die in den wissenschaftlichen Ergebnissen der Evaluationen von Klie, Frommelt, Schneekloth et al. (2012) und Schneekloth, Geiss und Pupeter (2017) als nicht ausreichend beschrieben wurde, gefördert werden.

Weiterhin wird die Umsetzung der Beauftragung von Dritten, die gem. § 7a Abs. 1 Satz 6 SGB XI möglich ist, durch den Einsatz von Beratungsgutscheinen konkretisiert. Zum Einlösen von Beratungsgutscheinen berechtigt sind alle Stellen, die die Pflegeberatung nach den Vorgaben des § 7a SGB XI umsetzen. Dazu gehören auch kommunale Beratungsstellen, welche durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III vom 23.12.2016) mit Wirkung zum 01.01.2017 an dieser Stelle in das Gesetz aufgenommen wurden.

Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in PSP (gemäß § 7c SGB XI, vormalig § 92c SGB XI aF) wurden mit dem PFWG ermöglicht (siehe auch § 7a Abs. 1 Satz 10 SGB XI) und gelten laut der Gesetzesbegründung als Beratungen durch die Pflegekassen (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9669, 2012, S. 19). Laut Kraher & Kempchen (2018, S. 195) sind die PSP entsprechend keine Beratungsstellen, bei denen ein Beratungsgutschein nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI eingelöst werden kann. Eine Beratung nach § 7a SGB XI in einem PSP ist entsprechend keine Beratung durch Dritte, die einen Beratungsgutschein gem. § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI erfordert, sondern eine Beratung durch die Pflegekasse.

An verschiedenen Ergebnissen der Evaluation lässt sich ablesen, dass die genaue Abgrenzung, wann ein Beratungsgutschein nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zum Einsatz kommt, nicht immer bekannt ist (Kapitel 3.1.1 und 3.1.3). Dies kann auch darin begründet sein, dass nicht klar in den Gesetzestexten benannt wird, welche Beauftragungen Dritter unter den Einsatz von Beratungsgutscheinen nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI fallen. Oft findet eine Beauftragung Dritter auch ohne einen physisch vorhandenen Gutschein statt und wird in diesen Fällen möglicherweise nicht dem § 7b SGB XI zugeordnet. Folgt man der Gesetzesbegründung (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9669, 2012, S. 19) und dem Kommentar von Kraher & Kempchen (2018, S. 195), muss jedoch davon ausgegangen werden, dass alle Beauftragungen, die nicht einen PSP betreffen, unter den § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI fallen, auch wenn kein Gutschein im eigentlichen Sinne ausgestellt wird.

1.1.3 § 7c SGB XI: Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

Mit dem PFWG wurde zum einen der Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zum anderen mit dem § 92c SGB XI (aF) eine gesetzliche Grundlage zur Einrichtung von PSP geschaffen, die auf regionaler Ebene Beratungs- und Hilfsangebote für ältere

Menschen vorhalten, eine übergeordnete Vernetzungsarbeit im Sinne eines Care-Managements¹ betreiben und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI einbinden sollen. Der § 92c SGB XI (aF) wurde mit dem PSG II in den § 7c SGB XI überführt.

Laut dem § 7c SGB XI kann die Einrichtung von PSP nur erfolgen, wenn die oberste Landesbehörde dies, z. B. im Sinne einer Allgemeinverfügung (siehe auch Kapitel 3.3.1), bestimmt. Zuständig für die Einrichtung der PSP sind die Pflegekassen, wobei die Trägerschaft sich auf verschiedene Kosten- und Leistungsträger verteilen kann. Mit dem PSG III wurde der § 7c SGB XI nochmals ergänzt bzw. überarbeitet, vor allem um die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken (Deutscher Bundestag, Drucksache 18/9518, 2016, S. 60 f.). So wurde zeitlich begrenzt bis zum 31.12.2021 für die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe das Recht, die Errichtung eines PSP zu verlangen, eingeführt (§ 7c Abs. 1a SGB XI). Es gibt jedoch keine gesetzlichen Vorgaben zur Dichte der PSP, z. B. zur Anzahl von PSP pro Einwohnerzahl.

Weitere Informationen über die landesspezifische Umsetzung der Einrichtung von PSP, die sehr heterogen ausfällt, finden sich in Kapitel 3.3.1. Bei der Einrichtung der PSP sollen die Bundesländer auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückgreifen. Die Aufgaben der PSP werden auf Landesebene nach § 7c Abs. 6 SGB XI in Rahmenvereinbarungen zur Arbeit und Finanzierung der PSP zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen, den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe des Zwölften Sozialgesetzbuchs und den kommunalen Spitzenverbänden geregelt. Das heißt, dass die konkreten Aufgaben der PSP je nach Bundesland variieren können (siehe auch Kapitel 3.3.1). Der Abschluss von Rahmenverträgen wurde mit dem PSG III verpflichtend und war vorher eine Kann-Regelung.

Laut § 7c Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XI gehören zu den Aufgaben der PSP eine umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten des Sozialgesetzbuchs sowie zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten. Dies schließt die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements ein, was mit dem PSG III auch explizit in den Gesetzestext aufgenommen wurde. Weiterhin wird die Koordinierung der für die Versorgung notwendigen Unterstützungsangebote, die Hilfestellung bei Inanspruchnahme und die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote zu den Aufgaben der PSP gezählt.

1 Care-Management im Rahmen der Aufgaben der PSP beschreibt die übergeordnete Versorgungssteuerung und wird für die PSP länderspezifisch unterschiedlich umgesetzt (Braeseke et al., 2018; vgl. auch Kapitel 3.3.1). Es umfasst u. a. die notwendige Vernetzungstätigkeit und Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren, ggf. inklusive der Initiierung neuer Netzwerke.

PSP halten nach den gesetzlichen Vorgaben also nicht nur ein Beratungsangebot – einschließlich einer möglichen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements – vor, sondern sie haben auch einen Arbeitsschwerpunkt in der Vernetzung der Akteure vor Ort bzw. im Care-Management.

1.1.4 § 37 Abs. 3 bis 8 SGB XI: Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit

Eine weitere Beratungsleistung stellen die Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI dar, die seit dem 01.04.1995 im SGB XI verankert sind. Das Gesetz sieht verpflichtende Beratungsbesuche für ausschließlich Pflegegeldbeziehende in Abhängigkeit vom Pflegegrad vor: halbjährlich für die Pflegegrade 2 und 3 und vierteljährlich für die Pflegegrade 4 und 5. Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und Pflegebedürftige mit Sachleistungsbezug ist es auch möglich, den Beratungsbesuch halbjährlich in Anspruch zu nehmen, dieser ist jedoch nicht verpflichtend. Der § 37 SGB XI wurde durch die Gesetzgebung seit den 1990er Jahren immer wieder ergänzt und präzisiert, wobei die meisten Änderungen die Vergütung der Beratungsleistungen betreffen. Mit dem PSG II fand zudem eine Anpassung an den veränderten Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neu eingeführten Pflegegrade statt.

Der § 37 Abs. 3 SGB XI regelt, dass diese Beratungseinsätze durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung und (seit dem PFWG) auch durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit pflegefachlicher Kompetenz (gem. § 37 Abs. 7 SGB XI) oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch nicht von ihr beschäftigte Pflegefachkraft durchzuführen sind. Ergänzend regelt § 37 Abs. 8 SGB XI (ebenfalls seit dem PFWG), dass die Beratungseinsätze auch durch Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater im Sinne des § 7a SGB XI oder (seit dem PSG III) durch Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführt werden können. Dies erweitert den Personenkreis auf bei den Pflegekassen beschäftigte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, was zunächst § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI widerspricht. Laut Plantholz (2018) sind hier eigentlich vor allem kommunale Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gemeint, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen. Für bei der Pflegekasse beschäftigte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nach § 7a SGB XI, die einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen, ist dagegen zu gewährleisten, dass diese bei dieser Tätigkeit nicht weisungsgebunden sind (Plantholz, 2018, S. 568). Weiterhin wird in § 37 Abs. 4 SGB XI bestimmt, dass die Pflegefachkräfte, die die Beratungen durchführen, über ein für die spezifischen Beratungsbedarfe nötiges Wissen und eine besondere Beratungskompetenz verfügen. Möglichst sollte personelle Kontinuität bei den gesetzlich vorgeschriebenen wiederholten Beratungsbesuchen gewährleistet werden.

Ziel der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist es, die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen und den häuslich Pflegenden regelmäßige Hilfe und praktische

pflegefachliche Unterstützung anzubieten. Mit dem PSG III wurde in § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI aufgenommen, dass bei den Beratungseinsätzen auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und auf die PSP hingewiesen werden soll.

In § 37 Abs. 4 SGB XI wird geregelt, dass die Pflegekassen eine Bestätigung über die durchgeführten Beratungseinsätze erhalten. Bei Einwilligung der Betroffenen werden die Pflegekassen auch über die Möglichkeiten zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation mittels eines einheitlichen Formulars unterrichtet. Bei Nichtabruf der in § 37 Abs. 3 SGB XI als verpflichtend benannten Beratungsbesuche sind die Pflegegeldzahlungen zu kürzen oder im Wiederholungsfall zu entziehen (§ 37 Abs. 6 SGB XI).

1.1.4.1 Qualitätssicherung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Nach § 37 Abs. 5 SGB XI werden von den in § 113 SGB XI genannten Vertragsparteien einheitliche Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Abs. 3 ausgegeben. Für dieses Evaluationsvorhaben entscheidend sind die Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI vom 29.05.2018 (GKV-Spitzenverband, 2018b). Die letzten Änderungen zum 21.05.2019 bezüglich der Information der Pflegekasse durch die Beratungsperson ohne Einwilligung der Betroffenen, wenn weiterer Beratungsbedarf nötig erscheint, können sich in den für die Evaluation erhobenen Daten noch nicht widerspiegeln.

Die genannten Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungseinsätze (GKV-Spitzenverband, 2018b) konkretisieren zunächst die Anspruchsberechtigten bzw. den Personenkreis der Pflegegeldbeziehenden, für die die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI verpflichtend sind, und die Stellen, die die Beratungseinsätze durchführen können. Zudem wird die Beratungsleistung von der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und den Pflegekursen nach § 45 SGB XI abgegrenzt. Ziel der Beratungseinsätze ist demnach die Beobachtung der Betreuungssituation und potenzieller Problembereiche, das Hinweisen auf andere Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie die Information über die Gestaltung des Versorgungsmixes. Es sollen bei Problemen Hilfestellungen und erste Lösungsschritte sowie Kurzinterventionen angewandt, weitergegeben bzw. durchgeführt werden. Besonders hervorgehoben wird dabei die Aufgabe der Beratungsbesuche, auf die Beratungsmöglichkeit nach § 7a SGB XI hinzuweisen und auch auf andere Akteure im Bereich der Beratungsleistungen, z. B. auf PSP, zu verweisen.

Neben der Definition des Beratungsverständnisses und der schon im Gesetzestext verankerten nötigen Kompetenzen der Beratungspersonen beschreiben die Empfehlungen den Beratungsprozess der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Entsprechend findet eine Einschätzung der Pflegesituation anhand der festzustellenden Gegebenheiten (Belastung der Pflegeperson, häusliches Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, in Anspruch genommene Hilfen), anhand der Gespräche mit den Pflegebedürftigen

und den Pflegepersonen und, falls nötig, anhand der Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen (insbesondere zur Klärung pflegerischer Fragestellungen) statt. Sensibilisiert wird insbesondere hinsichtlich des Erkennens von Gewaltphänomenen. Je nach Bedarf beinhaltet der Beratungsbesuch außerdem praktische pflegefachliche Unterstützung und die Weitergabe von Informationen zu und/oder die Vermittlung an weiterführende Unterstützungsangebote oder Beratungsmöglichkeiten. Des Weiteren soll die Beratung thematisch individuell an die Versorgungssituation angepasst stattfinden. Dazu werden auch Empfehlungen zur Verbesserung der Situation, z. B. die Inanspruchnahme von weiteren Leistungen der Pflege- oder Krankenversicherung, ausgesprochen. Welche Inhalte konkret besprochen werden müssen, wird jedoch nicht benannt. Die genannten Kriterien der Ergebnisqualität umfassen: das Vorhandensein einer Dokumentation, die Umsetzung der gefundenen Ansätze zur Stabilisierung und Verbesserung der Pflegesituation und die Einleitung notwendiger Maßnahmen durch die Pflegekassen, sofern die Pflege nicht sichergestellt ist.

1.1.4.2 Vorgehen bei nicht sichergestellter Pflege

Die Empfehlungen beschreiben weiterhin das Vorgehen bei nicht sichergestellter Pflege. Eine nicht sichergestellte Pflege wird mittels der in § 14 Abs. 2 SGB XI aufgeführten sechs Kriterien für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit definiert: Nicht sichergestellt ist die Pflege, wenn die für die in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereiche notwendigen Maßnahmen zur Pflege und Unterstützung nicht umgesetzt werden.

Die Empfehlung beschreibt das Vorgehen beim Feststellen einer nicht sichergestellten Pflege folgendermaßen: „Ergeben sich (...) Anhaltspunkte dafür, dass der bzw. die Pflegebedürftige der Verpflichtung nach § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB XI nicht nachkommt und hierdurch mittelfristig Gefahren für Leib und Leben des bzw. der Pflegebedürftigen eintreten können, teilt die Beratungsperson dies der Pflegekasse (...) mit. Hierfür ist die Einwilligung des bzw. der Pflegebedürftigen erforderlich.“ Die nicht sichergestellte Pflege, die (bei vorliegender Einwilligung) der Pflegekasse mitgeteilt wird, muss eine mittelfristige Gefahr für Leib und Leben der bzw. des Pflegebedürftigen beinhalten. Nach Erhalt der Mitteilung muss die Pflegekasse der bzw. dem Versicherten eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten. Bei akuter Gefahrenlage (unmittelbare Gefahr für Leib und Leben) soll die Beratungsperson einen Notdienst benachrichtigen und - auch ohne vorliegende Einwilligung - die Pflegekasse informieren.

Die gesetzlichen Änderungen durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG vom 11.12.2018) mit Wirkung zum 01.01.2019 betreffen in zwei Punkten das Evaluationsvorhaben: Zum einen wird die Beratungsperson verpflichtet, auch bei nicht vorliegender Einwilligung der pflegebedürftigen Person die Pflegekasse über einen festgestellten weiteren Beratungsbedarf zu informieren - woraufhin diese eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten muss (§ 37 Abs. 4 Satz 3 und Satz 4 SGB XI). Zudem sollen bis zum

01.01.2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen erstellt werden (§ 37 Abs. 5a SGB XI). Die vorliegenden Daten der Evaluation können diese Änderungen noch nicht widerspiegeln – sie werden allerdings bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

1.2 Ausgangslage und bisherige Befunde zum untersuchten Beratungsgeschehen

Die Beschreibung der gesetzlichen Grundlagen und deren Entwicklung über die letzten Jahre (Kapitel 1.1) zeigt deutlich, dass die Beratungsstrukturen und -prozesse in Bezug auf die Leistungen des SGB XI sich deutlich verändert und erweitert haben. Durch die unterschiedlichen Anpassungen und Ergänzungen der Pflegegesetzgebung kann es allerdings auch zu Unklarheiten bezüglich der Ausgestaltung und Abgrenzung unterschiedlicher Beratungsleistungen kommen. Die Entwicklungen haben einen Einfluss auf die Struktur, Inanspruchnahme und Wahrnehmung der Pflegeberatungsmöglichkeiten im Rahmen des SGB XI. Die wesentlichen Ausgangspunkte für das vorliegende Evaluationsvorhaben werden im Folgenden zusammengefasst.

1.2.1 Pflegeberatung nach § 7a und PSP nach § 7c SGB XI

Grundsätzlich ist die Einführung des Anspruchs auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements eine deutliche Verbesserung für die Versicherten. Allerdings wurde durch die Integration der allgemein-pflegerechtlichen Beratung nach § 7 Abs. 2 SGB XI (aF) in den § 7a SGB XI die Abstufung und Abgrenzung der Beratungsleistungen der Pflegekassen eher unpräziser. Da der § 7a SGB XI im Wortlaut weiterhin nur die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements beschreibt und der Kreis der Anspruchsberechtigten sich nicht auf alle Versicherten, sondern nur auf Leistungsbeziehende oder Antragstellende bezieht, kann der Wegfall einer allgemeinen pflegerechtlichen Beratung durch die Pflegekassen auch als Nachteil verstanden werden. Durch die Integration der allgemeinen pflegerechtlichen Beratung in § 7a SGB XI wird aber nicht nur der Kreis der Anspruchsberechtigten reduziert, auch die Dokumentation von Beratungsfällen nach § 7a SGB XI ist schwer einheitlich umzusetzen, da nicht klar ist, ob nur die Beratungsfälle im Sinne eines Fallmanagements oder alle Beratungsfälle gezählt werden (Kapitel 3.1.1 und 3.2).

Generell gelten die zahlreichen unterschiedlichen Leistungen und Leistungsansprüche des SGB XI als undurchsichtig für die Versicherten, weshalb die Erweiterung der Pflegeberatung der Pflegekassen um ein Fallmanagement und die Einrichtung wohnortnaher Beratungsstellen durch die PSP ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz im System sind. Dass eine Beratung bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen nötig und

sinnvoll ist, zeigen auch verschiedene Studien. Zum Beispiel berichten drei Viertel der befragten Erwachsenen einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), dass sie sich unzureichend über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung informiert fühlen (Eggert & Vähjunker, 2015). Auch unter den Personen mit persönlicher Pflegeerfahrung fühlten sich immer noch 63 % nicht ausreichend über Leistungsansprüche informiert.

Die Nutzerperspektive

Der vorhandene Beratungsbedarf führt allerdings nicht zwingend dazu, dass die Leistung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in der Bevölkerung bekannt ist oder in Anspruch genommen wird. Insbesondere die gerade zitierte Studie des ZQP zeigt, dass 59 % aller Befragten und 43 % der Befragten mit konkreter Pflegeerfahrung noch nicht von dem gesetzlichen Anspruch auf „eine unabhängige, individuelle und kostenlose Pflegeberatung“ gehört haben (Eggert & Vähjunker, 2015, S. 9). Auch die Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die zwei Jahre nach Einführung des Rechtsanspruchs durchgeführt wurde, konnte zeigen, dass unter denjenigen, die keine Beratung oder nur eine Informationsvermittlung in Anspruch genommen hatten, 31 % nicht wussten, dass sie sich „ausführlich und individuell“ zur häuslichen Pflegesituation beraten lassen können (Klie et al., 2012, S. 27). In der Evaluation des PNG und PSG I von Schneekloth et al. (2017) gaben ungefähr 40 % derjenigen Pflegebedürftigen, die keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (bzw. keine ausführliche Beratung) in Anspruch genommen hatten, an, dass ihnen der Anspruch unbekannt sei. Auch die Evaluation der AOK-Pflegeberatung (Böttcher & Buchwald, 2016) kam zu dem Schluss, dass 52 % der Nichtnutzerinnen und Nichtnutzer das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht bekannt war. Die zitierten Daten stammen zum Teil aus den Jahren 2015 und 2016, was bedeutet, dass selbst sechs bis sieben Jahre nach Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements das Angebot vielen Betroffenen nicht bekannt war. Der vorliegende Evaluationsbericht setzt sich daher intensiv mit der Kenntnis, der Inanspruchnahme und vor allem auch den Barrieren der Inanspruchnahme auseinander (Kapitel 3.1.2, 3.4 und 5.2). Dadurch können die vorhandenen Ergebnisse um die Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern sowie Anspruchsberechtigten zehn Jahre nach Einführung des Rechtsanspruchs auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ergänzt werden.

Ergebnisse bisheriger Evaluationen, die explizit das Beratungsgeschehen im Rahmen einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI untersuchen, kommen zu dem Schluss, dass aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer die Pflegeberatung überwiegend als positiv und wirksam beschrieben wird (Klie et al., 2012; Böttcher & Buchwald, 2016; Michell-Auli, Schöpke & Schimitzek, 2017; Schneekloth et al., 2017). Eine aktuelle Untersuchung zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt zudem zu dem Ergebnis, dass ungefähr die Hälfte der Befragten eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bereits in Anspruch

genommen haben (Geiss, Pupeter & Schneekloth, 2019). Allerdings ist zu beachten, dass je nach Vorgehen nicht immer klar ist, welche Art der Beratung durch die Befragten beurteilt wurde. Im Evaluationsbericht von Klie et al. (2012), bei Schneekloth et al. (2017) und auch bei Geiss et al. (2019) wurden Pflegebedürftige bzw. Pflegehaushalte zum Beratungsgeschehen befragt, wobei nicht klar ist, ob die beurteilten Beratungen auch Pflegeberatungen im Sinne des § 7a SGB XI waren. Für die Befragten war es (und ist es noch heute) aufgrund der vielfältigen vorhandenen Beratungsmöglichkeiten schwer zu unterscheiden, von wem und nach welchem Leistungsanspruch des SGB XI sie beraten wurden. So gibt in der Untersuchung von Geiss et al. (2019) auch über die Hälfte der Befragten an, dass sie von einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung beraten wurden, obwohl diese Akteure eher selten Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten. Die Befragten der Evaluation der compass private pflegeberatung GmbH (Michell-Auli et al., 2017) sind dagegen direkt Klientinnen und Klienten der angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, wodurch ihre Einschätzungen sich klar auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beziehen.

Bezüglich der Charakteristika der Pflegebedürftigen, die eine ausführliche Beratung in Anspruch nehmen, unterscheiden sich die Ergebnisse der bisherigen Studien. Während Klie et al. (2012) eher die komplexeren Fälle mit höherer Pflegestufe und vorliegender demenzieller Erkrankung unter den Nutzerinnen und Nutzern ausgemacht haben, kommt die Evaluation der compass private pflegeberatung GmbH (Michell-Auli et al., 2017) zu dem Schluss, dass eher Personen mit einer geringeren Pflegestufe die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen. Letztere identifizierten unterschiedliche Zielgruppen unter den Nutzerinnen und Nutzern, die sich hinsichtlich der Beratungsbedarfe und der Bewertung der Beratungsqualität unterscheiden - z. B. Angehörige und Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder pflegebedürftige Kinder und Jugendliche. Es ist also von zielgruppenspezifisch unterschiedlichen Bedarfen im Beratungsprozess auszugehen, weshalb in der vorliegenden Evaluation auch die Beratungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen betrachtet werden (vor allem Kapitel 3.3.3 und 4.5).

Klie et al. (2012) berichten weiterhin, woher die Befragten von der Möglichkeit einer Beratung erfahren hatten: Knapp 60 % der Befragten, die eine Beratung oder ein Fallmanagement erhalten haben, gaben die Pflege- bzw. Krankenkasse als Informationsquelle an. Weitere Informationsquellen, die von über der Hälfte genannt wurden, sind der MDK, Broschüren und Informationsmaterial und die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Bereits zwei Jahre nach Einführung des Rechtsanspruchs auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zeigte sich also, dass die Pflegekasse häufig eine wichtige Informationsquelle ist. Umgekehrt scheinen zum damaligen Zeitpunkt jedoch ca. 40 % nicht von ihrer Pflegekasse informiert worden zu sein bzw. die Information nicht wahrgenommen zu haben. Die Einführung des § 7b SGB XI (PNG) mit der Verpflichtung der Pflegekassen zur Unterbreitung eines Beratungsangebots sollte dieses Defizit verbessern. Die vor-

liegende Evaluation geht entsprechend auf die Informationswege der Pflegekassen (Kapitel 3.4.1) und die Informiertheit der Anspruchsberechtigten ein (Kapitel 5.2.1).

Die Beraterperspektive

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater selbst waren bisher nur am Rande im Fokus der Studien zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Klie et al. (2012) haben vorwiegend untersucht, wie der Ausbildungs- und Weiterbildungsstand der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater war und inwiefern die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifizierung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern umgesetzt wurden, was angesichts des neuen Rechtsanspruchs und des damit verbundenen Personalaufbaus und Weiterbildungsbedarfs eine besonders wichtige Fragestellung war. Im Rahmen von zwölf Fallstudien wurden zudem Beraterinnen und Berater zur Umsetzung und Organisation von Beratungsangeboten der Pflegekassen und PSP interviewt. Im vorliegenden Evaluationsvorhaben ist die Sichtweise der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater dagegen eine zentrale Informationsquelle, um den Ablauf und die Prozesse der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu verstehen (Kapitel 4).

Strukturen und Organisation

Weiterhin wurden in der Evaluation von Klie et al. (2012) die Strukturen und Unterschiede in der Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zwischen Bundesländern und Pflegekassen ausführlich beschrieben. Schon zwei Jahre nach Einführung des Beratungsanspruchs nach § 7a SGB XI und der PSP (damals noch nach § 92c SGB XI aF) zeichneten sich deutliche Unterschiede in der Umsetzung je nach Region und Pflegekasse ab. Zwischen Pflegekassen bestanden vor allem Unterschiede hinsichtlich der Priorisierung des Themas aufgrund der Zusammensetzung der Versichertenkollektive und dahingehend, ob die Pflegekasse bundesweit oder regional begrenzt tätig war. Bei Pflegekassen mit vorwiegend jüngeren Versicherten und wenigen Pflegebedürftigen spielte die Pflegeberatung eine untergeordnete Rolle. Häufig setzten die Pflegekassen mehrere Möglichkeiten der Umsetzung ein (eigene Beratung, Beratung in PSP und Beauftragung Dritter) – je nach regional für die Versicherten verfügbaren Angeboten. Die aktuellen Strukturen der Pflegeberatung und die Umsetzung durch die Pflegekassen werden auch im vorliegenden Evaluationsvorhaben eingehend untersucht (Kapitel 3).

Regional bestehen vor allem Unterschiede bezüglich der Einrichtung von PSP, die nach landesrechtlichen Vorschriften erfolgt. Diese Unterschiede werden ausführlich in einem im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellten Bericht zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in den PSP (Braeseke, Pflug & Beikirch, 2018) dargestellt. Demnach haben 14 Bundesländer entsprechende Regelungen zur Errichtung von PSP getroffen. In Sachsen und Sachsen-

Anhalt wird stattdessen ein Konzept der Vernetzten Pflegeberatung umgesetzt. Dabei nimmt die Kommune eine koordinierende Rolle in der Organisation der Pflegeberatungsstrukturen vor Ort ein, womit sichergestellt werden soll, dass die Betroffenen von allen lokalen Beratungsstellen auf die Möglichkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hingewiesen werden. Dabei können sich die Betroffenen auch an die Geschäftsstellen aller Pflegekassen – unabhängig davon, wo sie selbst versichert sind – wenden (siehe Details in den Kapiteln 3.3.2.13 und 3.3.2.14).

Braeseke et al. (2018) konnten zeigen, dass sowohl die Dichte der PSP als auch das Aufgabenspektrum sich zwischen den Bundesländern stark unterscheiden. In jedem Bundesland regelt ein individueller Rahmenvertrag die Aufgaben und Zusammenarbeit vor Ort (Kapitel 3.3.1). Manche PSP zählen nur Information und Aufklärung zu ihren Beratungsaufgaben und verweisen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne eines Fallmanagements an die Beraterinnen und Berater der Pflegekassen. Andere sehen auch das Fallmanagement und Hausbesuche als ihre zentralen Aufgaben an. Eine weitere Aufgabe der PSP ist die Vernetzung der Beratungsangebote vor Ort (Care-Management). Hier kommen Braeseke et al. (2018) zu dem Schluss, dass diese noch unzureichend wahrgenommen wird. Auch die früheren Studien zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben insbesondere bei der Vernetzung mit den Beratungsstrukturen vor Ort noch die größten Defizite und einen entsprechenden Handlungsbedarf gesehen (Klie et al., 2012; Michell-Auli et al., 2017). Das vorliegende Evaluationsvorhaben widmet daher dem Thema der Vernetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit lokalen Beratungs- und Unterstützungsstrukturen besondere Aufmerksamkeit (Kapitel 6).

1.2.2 Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Betrachtet man den Zeithorizont, wie lange die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI schon Teil des Leistungskatalogs der sozialen Pflegeversicherung sind, gibt es im Vergleich zu den Regelungen und Evaluationen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI relativ wenige einheitliche Standards, Qualitätssicherungsmaßnahmen und empirische Untersuchungen. So wird in der über die Beratungseinsätze vorhandenen Literatur auch immer wieder bemängelt, dass die Potenziale der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht ausgeschöpft werden (Büscher, Holle, Emmert & Fringer, 2010a; Büscher & Oetting-Roß, 2016).

1.2.2.1 Ergebnisse der bisherigen Veröffentlichungen zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI weisen die Besonderheit auf, dass sie für ausschließlich Pflegegeldbeziehende verpflichtend in regelmäßigen Abständen stattfinden müssen. Daher bieten sie eigentlich eine Möglichkeit, die Pflegehaushalte durch

kontinuierliche Hausbesuche zu begleiten und bei aufkommenden Problemlagen zu unterstützen. Angesichts der Tatsache, dass 1,7 Millionen Pflegebedürftige ausschließliche Geldleistungen beziehen (Amtliche Statistik PG 1, 2018), steckt in den Beratungseinsätzen eigentlich die Chance, die häusliche Pflege durch Angehörige als die tragende Säule des Pflegesystems in Deutschland angemessen zu unterstützen und sicherzustellen. Die bisherige Literatur zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sieht allerdings eine Reihe von Kritikpunkten, die größtenteils mit den 2018 erschienenen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes aufgegriffen wurden (GKV-Spitzenverband, 2018b).

Beratung oder Kontrolle

Häufig diskutiert wird das Spannungsverhältnis zwischen Beratung und Kontrolle, in dem die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI stehen. Ziel ist die Stabilisierung und Sicherstellung der häuslichen Pflege – also ein Beratungs- und Unterstützungsauftrag. Der verpflichtende Charakter, die Berichterstattung an die Pflegekassen und die drohenden Sanktionen bei Nichtabwurf sprechen jedoch eher für eine Kontrollfunktion. Auch die ambulanten Pflegedienste, die vorwiegend die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, können eigene wirtschaftliche Interessen verfolgen, indem sie sie zur Kundenakquise einsetzen (was bei einer im vorliegenden Evaluationszeitraum in vielen Regionen das Angebot übersteigenden Nachfrage jedoch seltener geworden sein sollte).

Auch wurde in einer Studie festgestellt, dass von Pflegediensten die Feststellung einer nicht sichergestellten Pflege nicht unbedingt an die Pflegekasse gemeldet wird, um die Klientinnen und Klienten nicht zu verärgern und so keine Kundschaft zu verlieren (Büscher et al., 2010a). Damit würden sie dem den Beratungseinsätzen innewohnenden Kontrollauftrag eigentlich nicht nachkommen und nicht nur Sanktionen durch die Pflegekasse verhindern, sondern auch nicht ermöglichen, dass weitere Hilfs- und Unterstützungsangebote durch die Pflegekasse an die Versicherten herangetragen werden. Aber auch dieser Aspekt spielt möglicherweise bei der im Zeitraum des Evaluationsvorhabens starken Auslastung der Pflegedienste eine untergeordnete Rolle.

Mit den 2018 eingeführten Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2018b) wird die Beratungsfunktion nochmals gestärkt, indem Hinweise zu Beratungsprozessen, -inhalten und möglichen Maßnahmen gegeben werden. Damit werden zentrale Kritikpunkte der bisherigen Untersuchungen aufgegriffen, die vor allem bemängeln, dass es keine einheitliche Vorgehensweise und Ausrichtung der Beratungseinsätze gibt. So wurde bisher eine große Heterogenität in dem Umfang, der Umsetzung und der Qualität der Beratungsbesuche durch die Pflegedienste gefunden (Büscher, Holle, Emmert & Fringer, 2010b; Jungnitz, Tammen-Par, Schumann et al., 2017).

Vergütung

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Vergütung der Beratungseinsätze, die als unzureichend angesehen wurde, um eine tatsächliche, umfängliche Beratung durchzuführen (Büscher & Oetting-Roß, 2016; Büscher et al., 2010a). Entsprechend kamen Büscher und Kollegen (2010a) auch zu dem Ergebnis, dass die Beratungseinsätze meist nur 20 bis 30 Minuten dauern – eine längere und damit vermutlich bedarfsgerechtere Beratung war nach Meinung der befragten ambulanten Pflegedienste nicht wirtschaftlich. Auch die selten ausgesprochenen Verbesserungsvorschläge sprachen dafür, dass der Beratungsauftrag nicht zentral in den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI verankert bzw. möglicherweise aufgrund wirtschaftlicher Zwänge auch nicht umsetzbar war (Büscher et al., 2010a). Mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (2018b) ist der Beratungsauftrag nun klarer definiert, was sich möglicherweise auch in der Bezahlung niederschlagen wird, die gemäß PpSG seit dem 01.01.2019 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (2018b) zwischen Pflegekassen und den Organisationen, die die Beratungseinsätze durchführen, ausgehandelt wird.

Dokumentation und Vorgaben

Zudem kritisierten die bisherigen Publikationen, dass es keine Vorgaben und ausreichend strukturierten Formulare zur Mitteilung der Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI an die Pflegekassen gab (Büscher et al., 2010b; Jungnitz et al., 2017). Bemängelt wurde einerseits das Fehlen von Kriterien, wann eine Pflege als nicht sichergestellt gilt, und andererseits die fehlende Transparenz und Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten (bzw. Ausführenden der Beratungseinsätze) und Pflegekassen.

Die von Büscher et al. (2010a) befragten ambulanten Pflegedienste berichteten, dass sie die Nichtsicherstellung nicht immer melden, da sie nicht davon ausgehen, dass die Pflegekasse tatsächlich Maßnahmen ergreift. Ähnliches wird auch als Ergebnis der Fachkonferenz zur Qualitätssicherung in der Pflege vom ZQP berichtet (Büscher & Oetting-Roß, 2016). Wie oben schon erwähnt, sahen die Pflegedienste auch von Meldungen an die Pflegekasse ab, da sie Sorge hatten, dass dies geschäftsschädigend ist. Die sehr geringen Raten der den Pflegekassen vorliegenden Meldungen, dass die Pflege nicht sichergestellt ist (z. B. sechs Fälle von über 5.400 ausgewerteten Beratungseinsätzen; Büscher et al., 2010a; Kapitel 7.3), stellen dementsprechend möglicherweise eine Unterschätzung der tatsächlichen Situation dar. Auch hier können die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (2018b) helfen, klarere Regelungen und Vorgehensweisen bei nicht sichgestellter Pflege zu etablieren.

Die Nutzerperspektive

Trotz all dieser in der Literatur aufgeführten Defizite der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wurden sie von den Pflegebedürftigen selbst mehrheitlich positiv beurteilt und meist nicht als kontrollierend empfunden (Büscher et al., 2010b). Zudem berichteten die befragten Pflegebedürftigen, dass sie zwar meist denselben Pflegedienst mit der Beratung beauftragen, trotzdem aber nicht dieselben Beratungspersonen zu ihnen kommen (Büscher et al., 2010a). Weiterhin wurde gefordert, dass der Beratungsanspruch (bzw. in diesem Fall die Beratungspflicht) nicht nur für Pflegebedürftige, sondern auch für Pflegepersonen gelten soll (Strupeit & Kersten, 2018). Auch wenn ein Rechtsanspruch für diese Personengruppe weiterhin nicht besteht, wurden die Bedürfnisse und Belastungen der Pflegepersonen sowie deren Entlastung auch in die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2018b) als ein Beratungsinhalt aufgenommen. Die Nutzerperspektive auf die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wird auch im vorliegenden Evaluationsvorhaben beleuchtet (Kapitel 7.4).

1.2.2.2 Schwerpunkte des Evaluationsvorhabens

Da der vorliegende Evaluationsbericht einen Schwerpunkt auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI legt, ist neben der Auswertung von den Pflegekassen vorliegenden Daten zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI auch die Verzahnung mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von zentralem Interesse. Dies betrifft einerseits die Empfehlungen, die Pflegebedürftigen auf die Beratungsmöglichkeiten nach § 7a SGB XI oder im PSP nach § 7c SGB XI zu verweisen, und die Pflicht der Pflegekassen, bei Meldung der Nichtsicherstellung eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anzubieten. Andererseits wird untersucht, inwiefern die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI berücksichtigt werden (Kapitel 7.4.3 und 4.3.1).

1.3 Aufbau des Evaluationsberichts

Der vorliegende Evaluationsbericht greift die beschriebenen Themen und Fragestellungen auf und analysiert auf der Grundlage von Recherchearbeiten und empirischen Daten insbesondere die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, deren Umsetzung gem. § 7b SGB XI, die Beratung in PSP nach § 7c SGB XI sowie bestimmte Aspekte der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Dabei liegen die Schwerpunkte und Unterschiede zu vorherigen Evaluationen darin, dass die Perspektive der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater explizit berücksichtigt und der Vernetzung vor Ort besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Ziel der Analyse ist die Beschreibung der Stärken und Defizite der Pflegeberatung und Beratungsstrukturen unter Berücksichtigung der zu beantwortenden Fragestellungen in

den TK I bis V. Entsprechend ist der sich an diese Einleitung anschließende Bericht in sieben weitere Kapitel gegliedert:

In Kapitel 2 werden das zugrunde liegende Evaluationskonzept und die Methodik bei der Datenerhebung und Auswertung im Detail beschrieben.

Kapitel 3 gibt einen Überblick über die vorhandenen Daten zur Inanspruchnahme und zu den Strukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Ein besonderer Schwerpunkt wird dabei auf das Verständnis und die Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und auf die Umsetzung des § 7b SGB XI gelegt. Weiterhin werden die Ergebnisse zur Kenntnis des Angebots unter den Anspruchsberechtigten, zu den Informationswegen der Pflegekassen und zu anderen Maßnahmen der Bekanntmachung dargelegt.

Kapitel 4 geht umfassend auf die Perspektive der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater auf die Beratung nach § 7a SGB XI ein. Insbesondere werden die Inhalte und Themen und der Beratungsprozess näher beschrieben. Weiterhin werden Kompetenzen und Arbeitsbedingungen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater thematisiert.

Die Sicht der Nutzerinnen und Nutzer bzw. der Nichtnutzerinnen und Nichtnutzer der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI steht im Mittelpunkt von Kapitel 5. Dazu gehören u. a. die Beurteilung der Rahmenbedingungen und Qualität der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Gründe für eine Inanspruchnahme bzw. die Gründe dafür, das Angebot der Pflegeberatung nicht zu nutzen. Insbesondere bieten die durchgeführten Befragungen unter Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen die Möglichkeit, die Kenntnis des Angebots unter den Betroffenen einzuschätzen.

Im Fokus von Kapitel 6 stehen die Ergebnisse zur Vernetzung und Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Dabei werden Daten aus unterschiedlichen Quellen (u. a. Fokusgruppen und Befragungen) zusammengetragen, integriert und interpretiert.

Schließlich geht Kapitel 7 auf die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI ein. Es werden vorhandene Sekundärdaten für eine Bestandsaufnahme genutzt und Ergebnisse aus den Befragungen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern sowie Nutzerinnen und Nutzern der Beratungseinsätze berichtet. Damit können Fragen sowohl zu strukturellen Gegebenheiten als auch zu Inhalten und Qualität der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI beantwortet werden.

Der Bericht schließt mit einem Fazit und Handlungsempfehlungen (Kapitel 8). Die vorliegenden Ergebnisse werden hinsichtlich der zugrunde liegenden Fragestellungen integriert und vor dem Hintergrund der Gesetzgebung und vorhandenen Literatur inter-

Hintergrund und
Aufgabenstellungen

pretiert. Handlungsempfehlungen und Implikationen für die Beratungslandschaft sowie für wichtige Schwerpunkte zukünftiger Evaluationen werden auf Grundlage der Ergebnisse hergeleitet.

2 Methodik

Das Evaluationsvorhaben stützt sich zur Untersuchung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen in Deutschland auf mehrere Datenquellen, die einerseits eine Untersuchung auf bundesweiter Ebene und andererseits vertiefende Analysen für ausgewählte Regionen erlauben. Abb. 2 fasst die verwendeten Datenquellen, -ebenen und Zielgrößen zusammen.

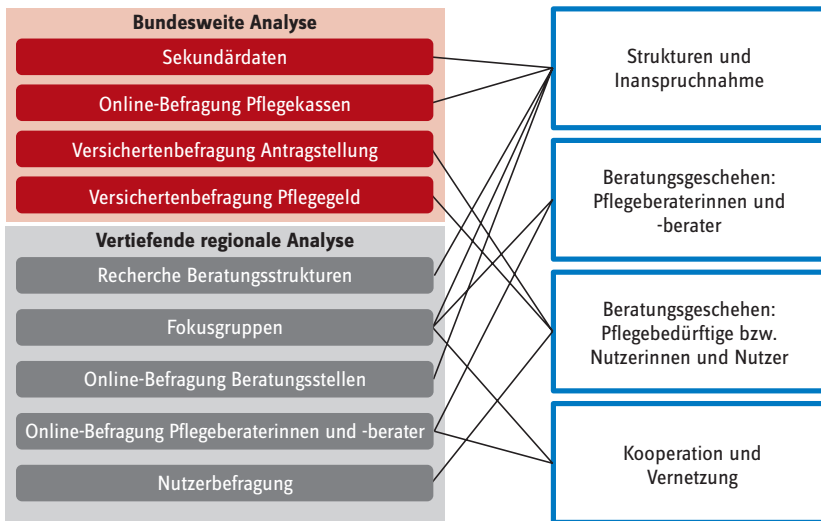


Abb. 2: Veranschaulichung Datenquellen und Design

Da die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI häufig regional – z. B. hinsichtlich der PSP auf Landesebene – organisiert ist, ermöglicht der gewählte Zugang sowohl über bundesweit erhobene als auch über regional erhobene Daten, einerseits einen bundesweiten Überblick zum Beratungsgeschehen zu erhalten und andererseits spezifische Fragestellungen in den regionalen Analysen sowie regionale Unterschiede herauszuarbeiten. Das Design beinhaltet mehrere Stichprobenkonzepte. Die Datenerhebungen in diesen Stichproben fließen sowohl in die bundesweiten als auch regionalen Analysen ein. Um die regionalen Daten auch als Stichprobe für einen bundesweiten Überblick nutzen zu können, wurde das Prinzip der Klumpenstichprobe umgesetzt. Diese beruht auf einer geschichteten Zufallsstichprobe von 29 Landkreisen, kreisfreien Städten und Bezirken der Stadtstaaten. In jedem der 13 Flächenbundesländer wurden zwei Landkreise oder kreisfreie Städte und in jedem Stadtstaat wurde ein Bezirk zufällig gezogen. Die Grundgesamtheit der Kreise und kreisfreien Städte wurde aufgrund von Daten des Statistischen Bundesamtes (2016) bestimmt. Eine Liste der 29 Regionen, die so für die Untersuchung gezogen wurden, findet sich in Tab. 2. Wie Abb. 2 zeigt, werden die Fragestellungen des

Evaluationsvorhabens durch das Design nicht nur aus einer, sondern immer aus mehreren Perspektiven und Datenquellen beantwortet, so dass eine einseitige Darstellung der Ergebnisse (z. B. nur aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater) vermieden wird.

| Bundesland | Landkreis, kreisfreie Stadt oder Bezirk | Siedlungsstrukturtyp | Städtisch/Ländlich |
|------------------------|---|----------------------|--------------------|
| Baden-Württemberg | Böblingen (Landkreis) | 2 | |
| Baden-Württemberg | Tübingen (Landkreis) | 2 | |
| Bayern | Aschaffenburg (Landkreis) | 2 | |
| Bayern | Freyung-Grafenau (Landkreis) | 4 | L |
| Berlin | Berlin | 1 | |
| Brandenburg | Cottbus (kreisfreie Stadt) | 3 | L |
| Brandenburg | Ostprignitz-Ruppin (Landkreis) | 4 | L |
| Bremen | Bremen | 1 | |
| Hamburg | Hamburg | 1 | |
| Hessen | Darmstadt (kreisfreie Stadt) | 1 | |
| Hessen | Kassel (Landkreis) | 2 | |
| Mecklenburg-Vorpommern | Rostock (Landkreis) | 4 | L |
| Mecklenburg-Vorpommern | Schwerin (kreisfreie Stadt) | 3 | L |
| Niedersachsen | Hannover (Region) | 2 | |
| Niedersachsen | Northeim (Landkreis) | 4 | L |
| Nordrhein-Westfalen | Coesfeld (Landkreis) | 2 | |
| Nordrhein-Westfalen | Wuppertal (kreisfreie Stadt) | 1 | |
| Rheinland-Pfalz | Neuwied (Landkreis) | 2 | |
| Rheinland-Pfalz | Rhein-Hunsrück-Kreis | 3 | L |
| Saarland | Merzig-Wadern (Landkreis) | 2 | |
| Saarland | Saarlouis (Landkreis) | 2 | |
| Sachsen | Leipzig (kreisfreie Stadt) | 1 | |
| Sachsen | Meißen (Landkreis) | 3 | L |
| Sachsen-Anhalt | Börde (Landkreis) | 4 | L |
| Sachsen-Anhalt | Dessau-Roßlau (kreisfreie Stadt) | 2 | |
| Schleswig-Holstein | Pinneberg (Landkreis) | 2 | |
| Schleswig-Holstein | Segeberg (Landkreis) | 3 | L |
| Thüringen | Unstrut-Hainich-Kreis | 4 | L |
| Thüringen | Weimarer Land (Landkreis) | 2 | |

Raumeinteilung der laufenden Raumbewertung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR, 2017): 1 = kreisfreie Großstädte, 2 = städtische Kreise, 3 = ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelte ländliche Kreise; L = ländlich; S = städtisch; LK = Landkreis

Tab. 2: Einteilung der Klumpenstichprobe in städtische und ländliche Regionen

2.1 Bundesweite Datenquellen

Zu den bundesweiten Datenquellen zählen die Daten der amtlichen Pflegestatistik, zusätzlich im Rahmen dieser Evaluation bei den Pflegekassen und beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) angeforderte Sekundärdaten sowie für die Zwecke der Evaluation erhobene Daten einer Online-Befragung der Pflegekassen und zweier Versichertenbefragungen.

2.1.1 Sekundärdaten der Pflegekassen und des MDS

Für das Evaluationsvorhaben werden vier Sekundärdatenquellen genutzt: Daten der amtlichen Pflegestatistik, zwei Datenabfragen zu Routinedaten der Pflegekassen und Daten des MDS bezogen auf das Jahr 2018.

Daten der amtlichen Statistik

Die Daten der amtlichen Statistik aus PG 1, PG 2, PG 4 und PV 45 über das Jahr 2018 bzw. zum Stichtag 31.12.2018 wurden dem IGES Institut aggregiert über alle Pflegekassen vom GKV-Spitzenverband übermittelt. Sie enthalten Informationen zu den Leistungsbeziehenden sowie Antragstellenden des SGB XI, zur Fallzahl von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI (kassenindividuell und im PSP) und zu den Kosten der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Diese Daten finden Verwendung in den Kapiteln 3 und 7.

Daten des MDS

Der MDS wurde vom IGES Institut um die Übermittlung von Daten zur Häufigkeit der Empfehlung von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI im Rahmen der Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit gebeten. Die Daten wurden vom MDS für das Jahr 2018 freundlicherweise direkt an das IGES Institut übermittelt. Die Auswertungsergebnisse werden in Kapitel 6 berichtet.

Datenabfrage des GKV-Spitzenverbandes

Eine über die Daten der amtlichen Statistik hinausgehende Lieferung von Routinedaten der Pflegekassen wurde vom GKV-Spitzenverband im Vorfeld des Evaluationsvorhabens mit den Pflegekassen abgestimmt. Sie enthält einerseits weiterführende Daten zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Jahr 2018 (Anzahl aufsuchender Beratungen, Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI, Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater) und andererseits für das Evaluationsvorhaben wesentliche Informationen zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI im Jahr 2018 (Anzahl Leistungsbeziehende, Anzahl Pflegegeldkürzungen bzw. -entzüge). Die Daten sind zwi-

schen Januar und August 2019 beim GKV-Spitzenverband eingegangen und wurden zum Zwecke der Evaluation an das IGES Institut weitergeleitet. Die Daten liegen aggregiert über alle Pflegekassen, die Daten geliefert haben, vor.

Als Ergebnis der Abfrage durch den GKV-Spitzenverband wurden von 49 der 109 Pflegekassen (44,9 %) Daten zur Verfügung gestellt. Diese Daten weisen jedoch in hohem Maße Unvollständigkeiten und teilweise unplausible Angaben auf. Daher mussten für die Auswertungen zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zehn Datenlieferungen (auswertbare Daten von 39 Pflegekassen, 35,8 %) und für die Auswertungen zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sechs Datenlieferungen (auswertbare Daten von 43 Pflegekassen, 39,4 %) von den Analysen ausgeschlossen werden. Die verbleibenden Datenlieferungen wurden teilweise um unplausible Angaben bereinigt. Die auswertbaren Daten betreffen in beiden Fällen ca. 87 % aller Geld-, Sach- und Kombinationsleistungsbeziehenden im Jahr 2018. Die schlechte Datenqualität muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden – einerseits fehlen die Daten vieler Pflegekassen und andererseits scheinen die angeforderten Daten in sehr unterschiedlicher Qualität bei den Pflegekassen vorzuliegen. Die Daten erfassen trotzdem immerhin ungefähr 87 % der Leistungsbeziehenden und fließen zumindest teilweise in die berichteten Ergebnisse in den Kapiteln 3 und 7 ein.

Datenabfrage des IGES Instituts

Zusätzlich zur Datenabfrage des GKV-Spitzenverbandes hat das IGES Institut in Abstimmung mit einzelnen Pflegekassen eine weitere Datenabfrage an die Pflegekassen übermittelt. Die zusätzlich erbetenen Informationen umfassen vor allem Daten zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI und die regionale Verteilung von Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufgrund von Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI erbringen, und beziehen sich ebenfalls auf das Jahr 2018. Die Anfrage wurde freundlicherweise durch die Beiratsmitglieder an die Pflegekassen weitergeleitet. Zudem wurden die Betriebskrankenkassen, die nicht Mitglied des in dem Beirat vertretenen BKK Dachverbandes sind, direkt vom IGES Institut angeschrieben. Alle Pflegekassen wurden einmalig an die Datenabfrage erinnert.

Insgesamt haben 26 von den 109 Pflegekassen (24 %) Daten zu dieser Datenabfrage geliefert. Die Datenqualität der gelieferten Daten wurde aufgrund von vielen fehlenden oder nicht plausiblen Angaben vom IGES Institut als unzureichend für eine Berichterlegung eingeschätzt. Der geringe Rücklauf und die unzureichende Qualität der Daten weisen auf eine uneinheitliche und unvollständige Dokumentation der angeforderten Daten bei den Pflegekassen hin.

Die Online-Befragung der Pflegekassen beinhaltet vorwiegend Fragen zu den Vorgehensweisen der Pflegekassen hinsichtlich der Information der Versicherten über die Möglichkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Die Fragen wurden durch das IGES Institut auf Basis der ersten Ergebnisse der regionalen Fokusgruppen entwickelt. Die Einladung zur Teilnahme an der Befragung erfolgte in den meisten Fällen über die Beiratsmitglieder des Projekts. Zusätzlich wurden die Betriebskrankenkassen, die nicht Mitglied des im Beirat vertretenen Dachverbandes sind, direkt durch das IGES Institut angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Die Pflegekassen wurden nach der ersten Aufforderung zum Ausfüllen des Fragebogens einmalig an die Befragung erinnert. Die Frist zum Ausfüllen des Fragebogens war der 07.07.2019. Die Pflegekassen konnten eine Kontaktperson für Rückfragen benennen. Die Datenauswertung erfolgte jedoch Pflegekassen-anonym.

Es ist davon auszugehen, dass über diese Kontaktwege alle 109 gesetzlichen Pflegekassen (Stand 01.01.2019)² gebeten wurden, an der Befragung teilzunehmen. Die Auswertungen in den Kapiteln 3 und 6 beziehen sich auf die auswertbaren Angaben von 37 Pflegekassen (33,9 %), die den Fragebogen ganz oder zumindest teilweise ausgefüllt haben. Diese Pflegekassen decken in etwa ein Drittel der Leistungsbeziehenden des SGB XI (n = 1.294.931; 35,1 %) ab. Unter den antwortenden Pflegekassen befinden sich 19 bundesweit und 18 regional tätige Pflegekassen. Es wurden die Daten von vier Pflegekassen ausgeschlossen, die nur die ersten drei Fragen der Online-Befragung beantwortet haben. Es ist von einer selektiven Teilnahme von engagierteren Pflegekassen an der Befragung und damit von einer positiven Verzerrung der Ergebnisse aus diesen Daten auszugehen (Kapitel 8.3.2).

2.1.3 Versichertenbefragung Erstantragstellende

Die Versichertenbefragung von Erstantragstellenden von Sach- oder Kombinationsleistungen³, die im Jahr 2018 erstmalig Leistungen beantragt haben, fand in Kooperation mit elf Pflegekassen statt. Die teilnehmenden Pflegekassen repräsentieren 41,8 % aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Primäres Ziel dieser Befragung war es, mehr über die Informiertheit der Versicherten über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die Gründe der Nichtnutzung einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu erfahren. Der Fragebogen wurde durch das IGES Institut u. a. auf Basis der ersten Fokusgruppen

2 https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp [abgerufen am 03.12.2019]. Zum 01.01.2020 hat sich die Zahl der Pflegekassen auf 105 reduziert.

3 Erstantragstellende von Geldleistungen wurden ausgeschlossen, um die Zielgruppe möglichst trennscharf zur Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende, die zeitlich parallel durchgeführt wurde, zu definieren. So wurde Verwechslungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI vorgebeugt.

und unter Einbezug von Themen, die in vorhergehenden Studien erfasst wurden, entwickelt.

Den kooperierenden Pflegekassen wurde eine individuell anhand ihres Anteils an allen Leistungsempfängern des SGB XI ermittelte Anzahl zu ziehender Versicherter vorgegeben. Die Auswahl der anzuschreibenden Versicherten erfolgte bei allen Pflegekassen mittels einer Zufallsauswahl. Für die zufällige Stichprobenziehung musste von den Pflegekassen ein Datensatz mit allen Versicherten gebildet werden, der den folgenden Kriterien entspricht: Erstantragstellung für Sach- oder Kombinationsleistungen des SGB XI innerhalb des Jahres 2018 und damit Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI; keine rechtliche Betreuerin bzw. kein rechtlicher Betreuer vorhanden. Dieser Datensatz enthält sowohl Personen mit bewilligten als auch mit nicht bewilligten Anträgen auf Leistungen des SGB XI. Für die Zufallsauswahl müssen die Versicherten innerhalb der Datensätze in eine zufällige Reihenfolge gebracht werden. Die Pflegekassen zogen in Abhängigkeit von der Anzahl der Versicherten im so erstellten Datensatz jede x-te Versicherte oder jeden x-ten Versicherten, bis die vorgegebene Anzahl anzuschreibender Versicherter erreicht war.

Von den beteiligten Pflegekassen wurden zwischen Februar und April 2019 die Fragebögen mit der Bitte um Teilnahme an der anonymen Befragung an ihre Versicherten verschickt. Bis auf zwei haben alle Pflegekassen ca. zwei Wochen nach dem erstmaligen Versand die Versicherten erneut an die Teilnahme erinnert. Es wurden $n = 4.875$ Versicherte angeschrieben, wovon $n = 2.625$ auch an die Teilnahme erinnert wurden, während $n = 2.250$ nur einmalig mit der Bitte um Teilnahme angeschrieben wurden. Insgesamt sind 2.486 Fragebögen (50,9 %) beim IGES Institut eingegangen, deren Auswertung in Kapitel 5 dargestellt wird. Insgesamt ist nach dem Vergleich mit amtlichen Statistiken nicht davon auszugehen, dass eine starke Selektion der teilnehmenden Versicherten vorliegt (Kapitel 5.1 und 8.3.2).

2.1.4 Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende

Die Versichertenbefragung der Pflegegeldbeziehenden fand parallel zur Versichertenbefragung der Erstantragstellenden in Kooperation mit denselben elf Pflegekassen statt. Befragt wurden Pflegegeldbeziehende, die verpflichtet sind, einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch zu nehmen und in den letzten zwölf Monaten ausschließlich Pflegegeld erhalten haben. Ziel der Befragung war es, die Nutzerperspektive auf die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu erheben.

Von den beteiligten Pflegekassen wurden zwischen Februar und April 2019 die Fragebögen mit der Bitte um Teilnahme an der anonymen Befragung an ihre Versicherten verschickt. Die Auswahl der anzuschreibenden Versicherten erfolgte bei allen Pflege-

kassen mittels einer Zufallsauswahl (identisch zum Vorgehen bei der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden; Kapitel 2.1.3). Bis auf zwei haben alle Pflegekassen ca. zwei Wochen nach dem erstmaligen Versand die Versicherten erneut an die Teilnahme erinnert. Wie bei der Versichertenbefragung der Pflegegeldbeziehenden wurden insgesamt $n = 4.875$ Versicherte angeschrieben, wovon jeweils $n = 2.625$ auch an die Teilnahme erinnert wurden, während $n = 2.250$ nur einmalig mit der Bitte um Teilnahme angeschrieben wurden. Von 2.676 Versicherten mit Pflegegeldbezug (54,9 %) hat das IGES Institut ausgefüllte Fragebögen erhalten. Für die Analysen wurden antwortende Versicherte ausgeschlossen, bei denen nach eigenen Angaben zum Befragungszeitpunkt noch kein Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI stattgefunden hatte ($n = 251$). Darüber hinaus wurden Personen ausgeschlossen, die angaben, Pflegegrad 1 zu haben, und die damit nicht zu dem Personenkreis gehören, für die der Beratungseinsatz in der eigenen Häuslichkeit verpflichtend ist ($n = 86$). Somit ergibt sich für die Analysen im Kapitel 7 ein Stichprobenumfang von 2.339 Pflegegeldbeziehenden (48,0 % der Bruttostichprobe). Nach einem Vergleich mit amtlichen Statistiken ist nicht davon auszugehen, dass eine starke Selektion der teilnehmenden Versicherten vorliegt (Kapitel 7.4.1 und 8.3.2).

2.2 Regionale Datenquellen

Teil des Evaluationsvorhabens ist eine detaillierte Betrachtung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegeberatungsstrukturen in einer geschichteten Zufallsstichprobe von Landkreisen, kreisfreien Städten und Bezirken, bei der unterschiedliche Datenquellen genutzt wurden.

2.2.1 Recherche der Beratungsstrukturen

Die Recherche der Beratungsstrukturen in den 29 Regionen wurde einerseits für die Einladung der lokalen Akteure zu den Fokusgruppen oder Online-Befragungen genutzt. Andererseits bieten die Ergebnisse die Möglichkeit, regionale bzw. bundeslandspezifische Besonderheiten in den Strukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und anderer Beratungsangebote zum Thema Pflege zu identifizieren. Die Ergebnisse werden in Kapitel 3 aufgegriffen.

Als erster Schritt der Recherche erfolgte eine Sichtung der Rahmenvereinbarungen bzw. Kooperationsverträge gem. § 92c SGB XI bzw. § 7c SGB XI. Alle Verträge und Vereinbarungen wurden daraufhin untersucht, ob die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI explizit erwähnt wird und inwiefern Vorgaben zur Zusammenarbeit und Ausgestaltung der Pflegeberatung vor Ort gemacht werden.

Durch die sich anschließende dreiteilige Suchstrategie ließen sich annähernd alle für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI relevanten Akteure der jeweiligen Regionen identifizieren:

Webcrawling anhand von Postleitzahlen zur Angebotsrecherche in bundesweiten Online-Portalen (z. B. der Alzheimer Gesellschaft); Internetrecherche potenzieller Akteure mittels eines zuvor festgelegten Begriffskatalogs auf Webseiten der kommunalen Verwaltung und in Kombination mit Postleitzahlen über Google; Abgleich/Ergänzung der Ergebnisse mittels Seniorenwegweisern und -ratgebern, sofern sie in der Region vorhanden waren.

In den Recherchen nicht berücksichtigt wurden die in den Regionen tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen, weil deren Kontaktdaten – bzw. die zentraler Ansprechpersonen – dem IGES Institut durch die Unterstützung des Beirats zur Verfügung gestellt wurden.

2.2.2 Fokusgruppen

In jeder der 29 Regionen wurde zwischen September 2018 und Februar 2019 vom IGES Institut eine Fokusgruppe durchgeführt. An den Fokusgruppen teilgenommen haben jeweils zwischen sieben und fünfzehn Personen aus folgenden Akteursgruppen: Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von Dienstleistern der Pflegekassen, PSP, kommunale Vertreterinnen und Vertreter, Betroffenenvertreterinnen und Betroffenenvertreter, ambulante und/oder stationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und sonstige lokale Beratungsstellen. Identifiziert wurden die für die jeweilige Region relevanten Akteure mittels der regionalen Recherche.

Die Fokusgruppen wurden jeweils von zwei Moderatorinnen oder Moderatoren des IGES Instituts anhand eines vom IGES Institut entwickelten Leitfadens angeleitet und von einer weiteren IGES-Mitarbeiterin oder einem weiteren IGES-Mitarbeiter protokolliert. Die Fokusgruppen folgten durchgehend dem gleichen Ablaufschema:

- Teil 1: Begrüßung und Vorstellungsrunde mit Erwartungen aller Teilnehmenden an die Fokusgruppe und bisherigen Erfahrungswerten bezüglich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- Teil 2: Diskussionsrunde zu lokalen Beratungsstrukturen für unterschiedliche Zielgruppen sowie zur Zugänglichkeit, Kenntnis, Inanspruchnahme, Erreichbarkeit, zu Barrieren/Hindernissen und Verbesserungspotenzial der Pflegeberatung
- Mittagspause
- Teil 3: Diskussionsrunde zur regionalen Zusammenarbeit und Vernetzung bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, um u. a. die bisherige Art und Qualität der Vernetzung in der Region erschließen zu können
- Teil 4: Zusammentragen der Stärken und positiven Beispiele der lokalen Pflegeberatung
- Teil 5: Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussionen durch die Moderatorinnen bzw. Moderatoren und Beenden der Fokusgruppe mit einem persönlichen Tagesfazit jeder teilnehmenden Person

Zur Datenerhebung wurden die Fokusgruppen verlaufsartig protokolliert. Im Anschluss an die jeweils durchgeführte Fokusgruppe erfolgte dann eine separate standardisierte Dokumentation entsprechend den folgenden a priori formulierten Informationszielen durch die zwei Moderatorinnen oder Moderatoren: Angebote/Zugänglichkeit/Inanspruchnahme; Inhalte/Wirksamkeit; Vernetzung/Zusammenarbeit. Die Inhalte der Dokumentation wurden mit dem Protokoll abgeglichen und ergänzt. Die Fokusgruppen werden anonymisiert ausgewertet, die Ergebnisse werden vorwiegend in den Kapiteln 3 und 6 berichtet. Einzelne Befunde werden auch in den anderen Abschnitten erwähnt, sofern diese thematisch die anderen Ergebnisse ergänzen. Bei den berichteten Daten ist darauf zu achten, dass die Aussagen in den Fokusgruppen selektive Meinungen der Teilnehmenden widerspiegeln können. Die berichteten Ergebnisse werden daher meist mit quantitativen Daten untermauert oder ergänzen bzw. veranschaulichen diese (Kapitel 8.3)

2.2.3 Online-Befragung Beratungsstellen

Ziel der Online-Befragung der Beratungsstellen war es, Informationen zum Umfang der Pflegeberatungen und zur Vernetzung der Beratungsstellen zum Thema Pflege bzw. für Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in der Region zu erhalten. Der Fragebogen wurde u. a. basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppen vom IGES Institut entwickelt. Für die Befragung der Pflegeberatungsstellen wurden in den 29 Regionen alle in der Recherche identifizierten Beratungsstellen angeschrieben, die Beratung zum Thema Pflege und/oder Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten. Neben den PSP wurden darunter einerseits Stellen gefasst, die ihrer Beschreibung nach Pflegeberatung oder Beratung für Pflegebedürftige oder deren Angehörige anbieten, andererseits wurden auch lokale Anlaufstellen, die in der Recherche als besonders sichtbar eingestuft wurden (z. B. bestimmte Sozialstationen), gezählt. Insgesamt wurden durch diese Kriterien in den 29 Regionen 370 relevante Beratungsstellen identifiziert und per E-Mail gebeten, an der anonymen Online-Befragung teilzunehmen.

Die Beratungsstellen wurden zweimalig im Mai und Juni 2019 mit der Bitte um Teilnahme an einer Online-Befragung angeschrieben. Die Frist zum Ausfüllen der Online-Befragung war der 30.06.2019. Es liegen auswertbare Daten von 99 der 370 Beratungsstellen (26,8 %) vor, darunter sind 39 Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (darunter 20 PSP), und 60 andere Beratungsstellen zum Thema Pflege (darunter acht PSP, die keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten). Von den Analysen ausgeschlossen wurden 33 Fragebögen, da die betreffenden Beratungsstellen entweder angegeben haben, dass sie keine Beratung zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung anbieten, oder nur wenige Fragen der Online-Befragung beantwortet haben. Eine Beratungsstelle wurde ausgeschlossen, da keine der in der Stichprobe vorgesehenen 29 Regionen in ihrem Einzugsgebiet lag. Teilnehmende Beratungsstellen müs-

sen entsprechend nicht direkt in den 29 Regionen angesiedelt sein, sondern diese lediglich als ihr Einzugsgebiet ansehen. Tab. 3 zeigt die Art der befragten Beratungsstellen.

| | Gesamt | | BST mit § 7a SGB XI | | BST ohne § 7a SGB XI | |
|---|--------|------|---------------------|------|----------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Pflegestützpunkt | 28 | 28,3 | 20 | 51,3 | 8 | 13,3 |
| Beratungsstelle gemäß § 7b Abs. 2 SGB XI | 5 | 5,1 | 5 | 12,8 | 0 | 0,0 |
| Kundenberatungsstelle, Servicestelle, Geschäftsstelle o. Ä. einer Kranken- bzw. Pflegekasse | 5 | 5,1 | 4 | 10,3 | 1 | 1,7 |
| Beratungsstelle der wohnortnahen Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe | 23 | 23,2 | 7 | 17,9 | 16 | 26,7 |
| Beratungsstelle für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach SGB XII | 9 | 9,1 | 3 | 7,7 | 6 | 10,0 |
| Sonstige Beratungsstelle | 45 | 45,5 | 9 | 23,1 | 36 | 60,0 |

Gesamt: n = 99 Beratungsstellen zum Thema Pflege; n = 39 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI; n = 60 Beratungsstellen ohne § 7a SGB XI; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich; BST = Beratungsstelle

Tab. 3: Art der befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege
Quelle: Online-Befragung der Beratungsstellen

Ungefähr die Hälfte der Beratungsstellen, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten, sind PSP, während die Beratungsstellen zum Thema Pflege, die keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, vielfältiger sind (häufigste Angabe sonstige Beratungsstelle). Die von diesen Beratungsstellen angegebenen offenen Angaben umfassen z. B. allgemeine Sozialberatungen, Beratungsstellen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Sozialstationen, Pflegedienste o. Ä.

Es liegen aus jeder der 29 in die Evaluation einbezogenen Regionen Angaben von mindestens einer Beratungsstelle vor. Es ist davon auszugehen, dass die Beratungsstellen, die in der Stichprobe der 29 Regionen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, an der Befragung teilgenommen haben. Jedoch sind andere Beratungsstellen zum Thema Pflege vermutlich eher unterrepräsentiert und es haben möglicherweise vorwiegend Beratungsstellen, die mit dem Beratungsgeschehen nach § 7a SGB XI vertraut sind, geantwortet. Vor allem Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit Akteuren der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI könnten daher verzerrt sein (Kapitel 8.3.3). Die Auswertungen werden vorwiegend in den Kapiteln 3 und 6 berichtet.

2.2.4 Online-Befragung Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Methodik

Die anonyme Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erstreckt sich thematisch von Informationen zum Umfang der Beratungen und zum Beratungsprozess der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI über solche zur Qualität der Beratung bis hin zu Informationen zur regionalen Vernetzung der Beraterinnen und Berater. Das IGES Institut hat den Fragebogen basierend auf den Ergebnissen der Fokusgruppen und in Anlehnung an die Fragen der Leistungsbeschreibung entwickelt. Zudem wurde zur Messung der Selbstwirksamkeit ein etabliertes Instrument auf die Situation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI angepasst (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Für die Befragung wurden die Kontaktdaten von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die in einer der 29 Regionen tätig sind, auf mehreren Wegen zusammengetragen: (1) von den Pflegekassen bereitgestellte, öffentlich zugängliche Verzeichnisse von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern; (2) Kontaktdaten der Ansprechpersonen, die dem IGES Institut bereits für die Einladung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu den Fokusgruppen von den Beiratsmitgliedern zur Verfügung gestellt wurden; (3) Kontaktdaten der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater oder PSP, die nicht in einer der oben genannten Listen enthalten waren, aber zu den Fokusgruppen eingeladen wurden (z. B. selbstständige Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater und Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von Dienstleistern der Pflegekassen). Falls nach diesen Rechteschritten noch Unklarheiten bezüglich der Vollständigkeit der so erstellten Listen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern einzelner Pflegekassen bestanden, wurden die entsprechenden Pflegekassen nochmals kontaktiert und um Prüfung der Listen gebeten.

Der größte Teil der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wurde persönlich vom IGES Institut zur Befragung eingeladen. PSP wurden über eine oder mehrere Ansprechpersonen angeschrieben und darum gebeten, den Link zur Befragung an alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater weiterzuleiten, die bei ihnen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI oder Beratungen im PSP nach § 7c SGB XI durchführen. Bei einzelnen Pflegekassen und Dienstleistern fand die Kontaktaufnahme zu den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern über zentrale Ansprechpersonen statt, die den Link zur Befragung an die in Frage kommenden Beraterinnen und Berater weitergeleitet haben. Diese Kontaktwege wurden zweimalig im Mai und Juni 2019 mit der Bitte um Teilnahme an der Online-Befragung angeschrieben. Die Frist zum Ausfüllen des Fragebogens war der 30.06.2019.

Die Grundgesamtheit der angeschriebenen Personen lässt sich durch die teilweise indirekte Kontaktaufnahme über PSP, Pflegekassen oder deren Dienstleister nur schätzen. Das IGES Institut hat 279 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater persönlich angeschrieben und geht davon aus, dass die Einladung zur Online-Befragung zusätzlich an ungefähr 172 Personen weitergeleitet wurde (insgesamt $n = 451$). Zum Zeitpunkt

der Berichterlegung hatten 294 Personen den Fragebogen ganz oder zumindest teilweise ausgefüllt (65,2 %). Nach Datenbereinigung stehen 262 Fragebögen (58,1 %) von Personen, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen, für die Auswertungen zur Verfügung, die vorwiegend in Kapitel 4 und 6 einfließen. In Kapitel 7 werden zudem die Daten von 88 Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern verwendet, die angegeben haben, zusätzlich oder ausschließlich Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchzuführen. Die Selektivität der Stichprobe ist in Kapitel 8.3.3 beschrieben, wobei insbesondere die Gruppe der Beraterinnen und Berater, die sowohl Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI als auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen, eine selektive Gruppe darstellen, so dass diese Angaben mit Vorsicht zu interpretieren sind.

2.2.5 Nutzerbefragung

Für die Erhebung der Perspektive der Nutzerinnen bzw. Nutzer wurden im Evaluationsvorhaben einerseits telefonische Interviews und andererseits eine schriftliche Befragung durchgeführt. Bei beiden Erhebungen erfolgte die Kontaktaufnahme über die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die auch für die Online-Befragung (Kapitel 2.2.4) angeschrieben wurden. Die sich daraus ergebende Selektivität der Stichprobe ist in Kapitel 8.3.3 beschrieben. Die berichteten Ergebnisse weisen möglicherweise eine positive Verzerrung auf.

Telefonische Interviews

Die telefonischen Interviews wurden anhand eines vom IGES Institut entwickelten standardisierten Leitfadens durchgeführt. Gefragt wurde in vorwiegend offenen Fragen nach den Gründen für die Inanspruchnahme einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie den Inhalten und Erfahrungen bei der Beratung.

Die Bitte, potenzielle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner für das Evaluationsvorhaben anzusprechen, wurde den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zusammen mit den beiden Einladungen zur Online-Befragung zugesandt. Als Frist für die Meldung von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wurde der 15.07.2019 genannt. Da für die Durchführung der Interviews personenbezogene Daten erhoben werden mussten, erhielten die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Einverständniserklärungen, die von in Frage kommenden Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern ausgefüllt und unterschrieben an das IGES Institut geschickt werden mussten. Alternativ konnten die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner auch direkt beim IGES Institut für das Telefoninterview anrufen. Dieser Zugang erwies sich als sehr aufwendig bzw. schwierig, wobei insbesondere die Einholung der Unterschrift von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern als große Hürde gesehen wurde. Entsprechend kamen nur wenige Interviews ($n = 8$) zustande.

Die Interviews waren primär für die Vorbereitung der schriftlichen Befragung in der Evaluation vorgesehen, wozu die wenigen gewonnenen Daten auch genutzt wurden. Um die Kooperationsbereitschaft für die schriftliche Befragung nicht zu gefährden, wurde davon abgesehen, die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mehr als einmal an die Interviews zu erinnern. Sofern die Ergebnisse der schriftlichen Nutzerbefragung durch die Ergebnisse der acht vorliegenden, anhand des Interviewleitfadens protokollierten Interviews ergänzt werden, werden diese anonymisiert in Kapitel 5 berichtet.

Schriftliche Nutzerbefragung

Der schriftliche Fragebogen wurde u. a. auf Basis der Interviews durch das IGES Institut entwickelt und erfragt die Rahmenbedingungen (z. B. Ort, Anwesende, personelle Kontinuität) sowie die Qualität und Wirksamkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

Für die schriftliche anonyme Nutzerbefragung wurden die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im August 2019 erneut angeschrieben und um Unterstützung gebeten und anschließend zweimalig an die Anfrage erinnert. Insgesamt haben sich 114 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater oder übergeordnete Ansprechpersonen von PSP oder Pflegekassen dazu bereit erklärt. Ihnen wurden 3.807 Fragebögen, vorfrankierte Rückumschläge und vorfrankierte Versandtaschen (für den Fall von telefonischen Beratungsgesprächen) vom IGES Institut zugesandt. Darunter befanden sich fünf Fragebögen auf Türkisch, sieben auf Russisch und zehn auf Polnisch.

Um eine Zufallsstichprobe an Nutzerinnen und Nutzern zu erhalten, wurden die Beraterinnen und Berater gebeten, nach Erhalt der Fragebögen über sechs Wochen hinweg konsekutiv allen Klientinnen und Klienten, die durch sie eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhielten, einen Fragebogen und vorfrankierten Rückumschlag auszuhandigen (maximal jedoch 30 Fragebögen). Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wurden zweimalig an die Bitte, die Evaluation zu unterstützen, erinnert. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde zudem die ursprünglich gesetzte Frist von sechs Wochen aufgehoben. Somit konnten bis zum 18.10.2019 Fragebögen an die Nutzerinnen und Nutzer ausgegeben werden.

Insgesamt sind 299 Fragebögen (7,9 %) ausgefüllt an das IGES Institut zurückgeschickt worden. Der prozentuale Rücklauf unterschätzt vermutlich die Beteiligungsquote, da davon auszugehen ist, dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nicht alle zur Verfügung gestellten 3.807 Fragebögen ausgegeben haben. Alle 299 Fragebögen wurden für die Analysen in Kapitel 5 herangezogen.

2.3 Datenauswertungen

Die quantitativen und qualitativen Datenanalysen zeigen einerseits bundesweite Ergebnisse, andererseits werden, wenn ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn erwartet wird, regionale Unterschiede betrachtet. Dabei wurden die 29 gezogenen Regionen anhand der Siedlungsstrukturtypen der laufenden Raubeobachtung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR, 2017) in 18 städtische und elf ländliche Regionen aufgeteilt (Tab. 2).

2.3.1 Qualitative Datenanalysen

Qualitative Daten liegen aus den 29 Fokusgruppen und aus den acht telefonischen Nutzerinterviews vor.

| | |
|----|--|
| 1 | Bestimmung der zu analysierenden Einheiten (eine Einheit entspricht einem inhaltlich zusammengehörigen Inhalt, wie z. B. ein Stichpunkt) |
| 2 | Theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien (deduktiv) anhand des Leitfadens zur Durchführung der Fokusgruppe sowie des standardisierten Dokumentationsbogens |
| 3 | Theoriegeleitete Bestimmung der Subkategorien (deduktiv) und Zusammenstellung des Kategoriensystems anhand des Leitfadens zur Durchführung der Fokusgruppe |
| 4 | Formulierung von Definitionen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien |
| 5 | Erster Materialdurchlauf: Kodierung der Fundstellen unter Zuordnung zu den einzelnen Kategorien (MAXQDA) |
| 6 | Erneute Überarbeitung des Kategoriensystems und Finalisierung |
| 7 | Zweiter Materialdurchlauf: erneute Kodierung der Fundstellen unter Zuordnung zu den einzelnen Kategorien (MAXQDA) |
| 8 | Dritter Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen (Excel-Export) |
| 9 | Vierter Materialdurchlauf: Paraphrasierung und Streichung bedeutungsgleicher Aussagen, Verdichtung des Materials |
| 10 | Aufbereitung der zentralen Ergebnisse und deren Verschriftlichung |

Tab. 4: Schritte der qualitativen Auswertung der Fokusgruppen

Analyse der Fokusgruppen

Für die qualitative Auswertung der Fokusgruppen wurde Mayrings Ablaufmodell für die strukturierende Inhaltsanalyse (Mayring, 2015, S. 98-103) modifiziert, um alle benötigten Aspekte aus den dokumentierten Inhalten zu extrahieren.

Datengrundlage stellen die 29 Dokumentationen und die in den Fokusgruppen mittels Flipcharts/Whiteboards und Moderationskarten erarbeiteten Ergebnisse zu den Fragen a) „Was müsste verbessert werden?“, b) „Was verstehen Sie unter einer gelungenen Vernetzung?“, c) „Was sind die Stärken der Pflegeberatung in der Region?“ dar. Das Vorgehen wurde mit Hilfe des Programms MAXQDA® umgesetzt (Schritte der Datenauswertung in Tab. 4).

Analyse der telefonischen Interviews

In Vorbereitung der schriftlichen Nutzerbefragung wurden telefonische Interviews mit acht Nutzerinnen und Nutzern durchgeführt. Da der Fragebogen sich inhaltlich sehr nah an den Fragen des Interviewleitfadens orientiert, wurden die qualitativen Interviewdaten nicht separat ausgewertet. Einzelne Erkenntnisse der Interviews, die die Ergebnisse der schriftlichen Nutzerbefragung ergänzen, fließen in Kapitel 5 ein.

2.3.2 Quantitative Daten

Die Sekundärdaten, die Daten der Online-Befragungen und der schriftlichen Nutzerbefragungen liefern quantitative Daten für das Evaluationsvorhaben. Entsprechend werden diese mittels Häufigkeitsverteilungen und statistischer Lagemaße (z. B. Mittelwert, Median, Modalwert, Standardabweichung) ausgewertet. Gruppenunterschiede werden mittels t-Tests oder χ^2 -Tests statistisch geprüft. Zusammenhänge werden mittels Kreuztabellen veranschaulicht. Als Signifikanzniveau wird ein Alpha von ,05 angenommen.

Berichtet werden durchgehend nur Auswertungen über gültige Angaben. Die Anzahl fehlender Werte wird jeweils ausgewiesen, wobei - wenn vorhanden - die Kategorien „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ in fehlende Werte umkodiert wurden. Bei der Auswertung von Aussageitems wurden die Befragten meist gebeten einzuschätzen, inwiefern die Aussage auf sie zutrifft. Dabei standen fünf Antwortkategorien zur Verfügung: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Im Berichtstext werden diese Kategorien meist zusammengefasst berichtet. Die Kategorien 1 und 2 wurden dabei zu „Ablehnung“ und die Kategorien 4 und 5 zu „Zustimmung“ zusammengefasst.

2.3.3 Soziale Netzwerkanalyse

Zur Veranschaulichung der Vernetzung bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurde aufbauend auf qualitativen Daten eine soziale Netzwerkanalyse durchgeführt.

In jeder Fokusgruppe wurde mit den Teilnehmenden ein Schaubild erarbeitet, das die Netzwerkpartner der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI veranschaulicht. Dabei wurde ein

Methodik

Netzwerk erstellt, in dem einerseits die Akteure gesammelt wurden, die in der Region auf das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hinweisen sollten, d. h. den Menschen die Anlaufstellen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in der Region (z. B. PSP, Pflegekassen) nennen sollten. Andererseits wurde erfragt, mit welchen Akteuren in der Region eine Zusammenarbeit bei der Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erforderlich ist. Die genannten Netzwerkpartner wurden anschließend von den Teilnehmenden hinsichtlich der Qualität der Netzwerkbeziehung bewertet - also ob der Verweis bzw. die Zusammenarbeit gut oder schlecht funktioniert. Bei Akteuren, für die keine Erfahrungswerte vorlagen, wurde keine Bewertung vorgenommen.

Für die Auswertung des so erstellten Schaubilds wurden die Daten aller 29 Fokusgruppen zusammengeführt und die genannten Akteure in 21 übergeordnete relevante Akteursgruppen und eine sonstige Akteursgruppe kategorisiert.

Die Ergebnisse der Netzwerkanalyse werden ergänzt und untermauert durch quantitative Auswertungen aus den Befragungsdaten der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und der Beratungsstellen.

3 Verständnis, Strukturen und Inanspruchnahme

Dieser Kapitel berichtet zum einen über Strukturen und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Zum anderen werden im Verlauf des Evaluationsvorhabens bei verschiedenen Akteuren sichtbar gewordene Verständnisunterschiede bezüglich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dargestellt. Grundlage sind in erster Linie die Sekundärdaten und die Daten der Online-Befragung der Pflegekassen. Zudem fließen Ergebnisse der Recherchen zu den Beratungsstrukturen in den Bundesländern aufbauend auf den 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen ein. Ergänzend werden Befunde aus der Online-Befragung der Beratungsstellen berichtet, wobei – sofern relevant und möglich – zwischen Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, und anderen Beratungsstellen zum Thema Pflege unterschieden wird. Zusätzlich werden Sichtweisen und Bewertungen zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zu regionalen Beratungsstrukturen von Teilnehmenden der 29 Fokusgruppen zusammengefasst.

3.1 Inanspruchnahme, Umsetzung und Kosten der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Daten der Pflegekassen)

Die folgenden Auswertungen beruhen vorwiegend auf den Daten der amtlichen Statistik, der zusätzlichen Datenabfrage bei den Pflegekassen durch den GKV-Spitzenverband sowie den Daten der Online-Befragung der Pflegekassen.

3.1.1 Vorbemerkung

Die Auswertungen der Sekundärdaten und der Daten der Online-Befragung der Pflegekassen sollten mit Vorsicht interpretiert werden. Die Sekundärdaten zur Anzahl der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI liegen zum Teil unvollständig vor und zeigen häufig Inkonsistenzen (Einzelheiten in Kapitel 2.1.1). Es zeigten sich Unterschiede in der Dokumentationspraxis der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI und der Beauftragung von Dritten (im Sinne von Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI) zwischen den Pflegekassen (Kapitel 3.1.3 und 3.2). Auch in den Fokusgruppen und in den vertraglichen Rahmenbedingungen der PSP entstand der Eindruck, dass die unvollständigen und inkonsistenten Daten möglicherweise durch ein unterschiedliches Verständnis zustande kommen, wann es sich bei einem Beratungsvorgang um eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI handelt (Kapitel 3.2 und 3.3.1).

Ein möglicher Grund für die Unterschiede und Inkonsistenzen kann in der Ausgestaltung der §§ 7a und 7b SGB XI liegen, die, wie in den Kapiteln 1.1.1 und 1.1.2 beschrieben, nicht eindeutig definieren, welche Beratungsformen unter einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu verstehen sind und wann eine Beauftragung Dritter als ein Einsatz von Beratungsgutscheinen nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI zu verstehen ist. Im Folgenden wer-

den dennoch die Auswertungen der Sekundärdaten und Angaben der Pflegekassen in der Online-Befragung berichtet. Lediglich die Zahlen zum Einsatz von Beratungsgutscheinen nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI wurden als nicht belastbar eingestuft und werden entsprechend nicht in diesem Bericht aufgegriffen.

3.1.2 Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Jahr 2018

Im Jahr 2018 waren 3.685.389 Personen pflegebedürftig (amtliche Statistik, PG 2) und 1.428.461 Personen hatten einen ggf. noch nicht bearbeiteten Erstantrag auf Leistungen des SGB XI bei ihrer Pflegekasse eingereicht (amtliche Statistik, PG 4).

Laut den Daten der amtlichen Pflegestatistik wurden im Jahr 2018 129.239 Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durch kassenindividuelle (d. h. bei der Pflegekasse angestellte) Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie 55.047 Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in PSP durchgeführt - insgesamt also 184.286 Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI. Von allen Leistungsbeziehenden erhielten also 5,0 % eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI - 3,5 % durch die kassenindividuellen Beraterinnen bzw. Berater und 1,5 % durch den PSP. Allerdings ist die Zahl der erbrachten Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI hier vermutlich unterschätzt, da die Anzahl der eingelösten Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI unberücksichtigt bleiben musste. Dem entgegen wirkt jedoch, dass die Zahl der Antragstellenden, deren Antrag noch nicht bewilligt wurde, die aber bereits einen Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben, nicht zu den Anspruchsberechtigten gezählt werden konnte, da diese Anzahl nicht separat ausgewiesen wird.

Aus den Daten der Online-Befragung der Pflegekassen liegen zur Inanspruchnahme einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI Daten von 17 der 37 an der Befragung teilnehmenden Pflegekassen vor, bei denen 29,5 % der Leistungsbeziehenden aller Pflegekassen versichert sind. Demnach nahmen im Durchschnitt 5,1 % der Leistungsbeziehenden das Angebot in Anspruch ($n = 17$; $SD = 5,4 \%$; $Min = 0,8 \%$; $Max = 19,1 \%$). An diesen Zahlen sieht man eine große Spannweite und Variabilität in der Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch schon zwischen den wenigen Pflegekassen, die diese Fragen der Online-Befragung beantwortet haben: So gab es eine Pflegekasse, bei der nur etwa 1 % der Anspruchsberechtigten eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhalten hat, bei einer anderen Pflegekasse waren es 19 %.

Die berichteten Inanspruchnahmeraten sind mit Vorsicht zu interpretieren. Während des Evaluationsvorhabens zeigte sich an verschiedenen Stellen, dass die Dokumentation der kassenindividuellen und Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in PSP möglicherweise unvollständig und nicht kassenübergreifend nach einheitlichen Kriterien vorliegt (Kapitel 3.1.1, 3.2, 3.3.1).

Aufsuchende Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI

Von einer Stichprobe von 39 Pflegekassen liegen Sekundärdaten zu aufsuchenden Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI vor (Datenabfrage des GKV-Spitzenverbandes). Bei diesen Pflegekassen wurden im Jahr 2018 insgesamt 115.419 kassenindividuelle Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchgeführt, wovon 58.934 (51,1 %) aufsuchend, d. h. in der Häuslichkeit der Betroffenen, stattfanden. Es scheint also bei ungefähr der Hälfte der Personen, die eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhalten, mindestens ein Hausbesuch stattzufinden.

Weitere Daten zur Häufigkeit aufsuchender Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI liegen in der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und der Beratungsstellen vor. Anders als bei den Sekundärdaten wird an diesen Stellen jedoch nicht nach dem Anteil an aufsuchenden Beratungen von allen Beratungsfällen, die mehrere Kontakte umfassen können, sondern nach dem Anteil der aufsuchend erbrachten Beratungsgespräche nach § 7a SGB XI in den letzten vier Wochen gefragt (Kapitel 4.2.2). Zusätzlich gibt es auch Angaben zum Ort der Beratung von den Nutzerinnen und Nutzern einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Kapitel 5.3.1).

3.1.3 Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Tab. 5 fasst die Angaben aus der Online-Befragung der Pflegekassen zu den verschiedenen Möglichkeiten, wie die Pflegekassen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen können, zusammen. Fast vier Fünftel der 37 teilnehmenden Pflegekassen setzten für die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI u. a. kassenindividuelle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ein. Ungefähr zwei Drittel setzten die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch über PSP um. Über die Hälfte nutzte einen Dienstleister. Nur wenige Pflegekassen beauftragten selbstständige Pflegeberaterinnen und Pflegeberater oder kommunale Beratungsstellen.

| Umsetzung einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch | Anzahl Nennungen | |
|---|------------------|------|
| | n | % |
| Kassenindividuelle Pflegeberaterinnen und -berater | 29 | 78,4 |
| Pflegestützpunkt | 25 | 67,6 |
| Beauftragung eines Dienstleisters | 21 | 56,8 |
| Beauftragung selbstständiger Pflegeberaterinnen und Pflegeberater | 3 | 8,1 |
| Kommunale Beratungsstelle | 4 | 10,8 |
| Sonstiges | 1 | 2,7 |

n = 37 Pflegekassen; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 5: Von Pflegekassen berichtete Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

Wenn man die letzten drei Kategorien (Dienstleister, selbstständige Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und kommunale Beratungsstellen) zusammenfasst, nutzten insgesamt 28 der 37 Pflegekassen (75,7 %) zumindest zum Teil die Möglichkeit, Dritte mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu beauftragen – setzten also (entsprechend der in Kapitel 1.1.2 beschriebenen Auslegung des § 7b SGB XI) die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zumindest teilweise über Beratungsgutscheine nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI um. Allerdings gaben nur zwölf Pflegekassen (32,4 %) an, Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI zu nutzen. Diese Diskrepanz deutet an, dass die gesetzlichen Vorgaben in den §§ 7a und 7b SGB XI unterschiedlich interpretiert werden und nicht jede Beauftragung Dritter als ein Einsatz von Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI verstanden wird. Zum Beispiel hat keine der vier Pflegekassen, die angegeben haben, kommunale Beratungsstellen für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI einzusetzen, auch angegeben, dass sie Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI nutzen. Auch in den offenen Angaben des Online-Fragebogens zeigte sich, dass der § 7b SGB XI teilweise missverständlich interpretiert wird (Zitat: „Bei der ersten Frage nach der Inanspruchnahme der Beratungsgutscheine ist nicht eindeutig formuliert, ob nur die Inanspruchnahme nach 7a oder auch die reine telefonische Erstberatung nach 7b gemeint war. [...]“).

Wie bereits einleitend beschrieben (Kapitel 3.1.1), kann die unterschiedliche Auslegung des § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI auch in der nicht eindeutigen Wortwahl des Gesetzestextes begründet sein. Eine Beauftragung von Dritten, die mit dem Einsatz von Beratungsgutscheinen nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI einhergeht, ist – nach den Auslegungen in Kapitel 1.1.2 – nicht zwingend mit einem physischen Gutschein-Dokument verbunden. Da der besagte Paragraph aber sogar mit „Beratungsgutscheine“ überschrieben ist, kann es zu Missverständnissen kommen. Möglicherweise subsumieren manche Pflegekassen eine Beauftragung Dritter deshalb nicht unter den § 7b SGB XI.

3.1.4 Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

Beruhend auf den Angaben von 39 Pflegekassen, die die Datenabfrage des GKV-Spitzenverbandes beantwortet haben, finanzierten diese im Jahr 2018 insgesamt 1.331,6 Stellen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) für die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI: 1.118,1 (84,0 %) davon lagen bei den Pflegekassen selbst, 213,5 (16,0 %) waren in PSP angesiedelt. Je nach Größe und Ausrichtung der Pflegekassen bestanden große Unterschiede in der Anzahl der beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Insbesondere Pflegekassen, die über den § 7b SGB XI Dienstleister mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beauftragten, beschäftigen selbst deutlich weniger oder gar keine Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Stellt man die Zahl der kassenindividuellen VZÄ der Anzahl der von den 39 Pflegekassen berichteten kassenindividuellen Pflegeberatungen (n = 115.419) gegenüber, kamen im Jahr 2018 auf eine Vollzeitstelle im Mittel 103,2 Pflegeberatungsfälle nach § 7a SGB XI. Diese Anzahl erscheint auf den ersten Blick gering, allerdings könnten sich hinter den angegebenen Pflegeberatungsfällen nach § 7a SGB XI mehrere Gespräche und ein aufwendiges Fallmanagement verbergen. Die Zahl von 103 Fällen pro Beraterin bzw. Berater entspricht auch ungefähr dem Betreuungsschlüssel (1 : 100), der in der Drucksache 16/7439 des Deutschen Bundestages (2007, S. 48) genannt wird. Trotzdem spielt auch hier die möglicherweise uneinheitliche Dokumentation der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durch die Pflegekassen eine Rolle (Kapitel 3.1.1). So zeigt die Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater auch auf ein höheres Beratungsaufkommen (Kapitel 4.2.2). Die Angabe sollte demnach mit Vorsicht interpretiert werden.

Die von den Pflegekassen berichtete Qualifikation der kassenindividuellen und im PSP tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist in Tab. 6 dargestellt. Die Angaben zu den Qualifikationen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bei Dienstleistern wurden ebenfalls über die Pflegekassen ermittelt. Es handelt sich dabei vermutlich um ungefähre und gerundete Zahlen, die den Pflegekassen von den jeweiligen zuständigen Dienstleistern mitgeteilt wurden. Dennoch lassen sie auf die Verteilung der Qualifikationsabschlüsse schließen. Es zeigt sich, dass bei den Dienstleistern deutlich mehr Pflegefachkräfte als Pflegeberaterinnen und Pflegeberater arbeiteten, während die Personen bei den Pflegekassen oder in den PSP am häufigsten Sozialversicherungsfachangestellte waren (vgl. auch Kapitel 4.1.3).

| Qualifikation | Angestellt bei | | | |
|---|-------------------------|------|---------------|------|
| | Pflegekasse (inkl. PSP) | | Dienstleister | |
| | n | % | n | % |
| Sozialversicherungsfachangestellte | 726,2 | 48,9 | 0,0 | 0,0 |
| Pflegefachkräfte | 380,3 | 25,6 | 880,0 | 94,6 |
| Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Sozialarbeiterinnen/-arbeiter | 191,2 | 12,9 | 10,0 | 1,1 |
| Studium Pflege | 43,1 | 2,9 | 40,0 | 4,3 |
| Sonstiges | 142,9 | 9,6 | 0,0 | 0,0 |

n = 39 Pflegekassen; PSP = Pflegestützpunkt; Mehrfachnennungen für eine angestellte Pflegeberaterin oder einen angestellten Pflegeberater möglich; Angaben zu Dienstleistern wurden von einzelnen Pflegekassen übermittelt und spiegeln vermutlich geschätzte oder gerundete Angaben wider.

Tab. 6: Qualifikation der bei der Pflegekasse (ggf. im PSP arbeitenden) bzw. bei einem Dienstleister angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Quelle: Datenabfrage des GKV-Spitzenverbandes

In der Online-Befragung, an der 37 Pflegekassen teilgenommen haben, die ca. ein Drittel der Leistungsbeziehenden des SGB XI (mind. n = 1.294.931; 35,1 %)⁴ abdecken, wurde zusätzlich nach Fort- und Weiterbildungsangeboten für die kassenindividuellen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gefragt. Folgende Angebote wurden erfragt: Supervision, Fallbesprechungen, Fortbildungen, Treffen mit Beraterinnen und Beratern innerhalb der Pflegekasse, kassenübergreifende Treffen mit Beraterinnen und Beratern. Von den 29 Pflegekassen, die dazu Angaben gemacht haben, gab nur eine (3,4 %) an, dass gar keines der erwähnten Angebote den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zur Verfügung steht. Die meisten Pflegekassen (n = 17; 58,6 %) gaben an, ihren Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern mindestens eins der Angebote regelmäßig anzubieten. Elf Pflegekassen (37,9 %) berichteten, mindestens eins der Angebote nach Bedarf anzubieten.

Betrachtet man die Antworten für die einzelnen Kategorien, wurden vor allem Fortbildungen und Fallbesprechungen regelmäßig oder zumindest nach Bedarf angeboten (nur zwei Pflegekassen [6,9 %] gaben jeweils an, dass es diese Angebote gar nicht gibt). Kasseninterne oder kassenübergreifende Treffen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern wurden von ungefähr einem Viertel der Pflegekassen nicht angeboten (kassenintern: n = 7; 24,1 %; kassenübergreifend: n = 8; 27,6 %). Supervision wurde von einem Drittel der Pflegekassen nicht angeboten (n = 10; 34,5 %;). Die meisten befragten Pflegekassen setzten nach eigenen Angaben also die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (2018a) um und bieten den bei ihnen beschäftigten Beraterinnen und Beratern diverse Möglichkeiten der Fortbildung, Fallbesprechung und des Austauschs – zumindest nach Bedarf – an. In Kapitel 4.4.2 wird jedoch deutlich, dass nicht alle Pflegeberaterinnen

und Pflegeberater gleichermaßen an den Weiterbildungsmöglichkeiten teilhaben. Auch sollte die möglicherweise positive Selektion der an der Online-Befragung teilnehmenden Pflegekassen bei der Interpretation berücksichtigt werden (Kapitel 8.3.2).

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

Zieht man die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen heran, erscheint der hier ermittelte Anteil von 72,4 % der befragten Pflegekassen, die kassenübergreifende Treffen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zumindest nach Bedarf anbieten, recht hoch. Im Gegensatz dazu wurde in den Fokusgruppen von der deutlichen Mehrzahl der teilnehmenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberater berichtet, dass in der Regel nur kasseninterne Treffen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern stattfänden. Der kassenübergreifende Austausch zwischen den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern fehle dagegen. Teilweise wurde auch hinterfragt, ob dies seitens der Pflegekassen überhaupt gewollt wäre. Diese Diskrepanz könnte auch einen Unterschied zwischen den Vorgaben der Pflegekassen als Arbeitgeber und dem Arbeitsalltag der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater widerspiegeln. Wenn der Arbeitgeber davon ausgeht, dass diese Austauschmöglichkeit nach Bedarf angeboten wird, kann es trotzdem sein, dass nicht alle Beraterinnen und Berater davon Kenntnis haben oder dass sich diese Möglichkeit aufgrund fehlender Ressourcen im Arbeitsalltag nur schwer umsetzen lässt.

3.1.5 Kosten der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die Kostenstellen für die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI sind in Tab. 7 aufgeschlüsselt und wurden aus der amtlichen Statistik aller Pflegekassen (PV 45) für das Jahr 2018 entnommen. Die Kosten zu den kassenindividuellen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI enthalten auch die Kosten für den Einsatz von Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI, da die Kostenklassen sich nicht eindeutig voneinander abgrenzen lassen. Dies betrifft die Kostenklassen 1 und 4 in Tab. 7.

| Kostenklasse | kassenindividuell | PSP |
|---|-------------------|----------------|
| 1 Sachkosten der kassenindividuellen PB nach § 7a SGB XI und Ausgaben für BG nach § 7b SGB XI | 16.110.265,12 € | |
| 2 Personalkosten der kassenindividuellen PB nach § 7a SGB XI | 75.420.570,02 € | |
| 3 Vorlaufkosten der PB nach § 7a SGB XI (z. B. Fortbildungen) | 4.542.343,27 € | |
| 4 Erstattungen an andere Stellen im Zusammenhang mit der PB nach § 7a SGB XI, insbes. bei BG nach § 7b SGB XI | 7.881.098,90 € | |
| 5 Sachkosten und Finanzierungsanteile der PB nach § 7a SGB XI im PSP | | 8.708.598,91 € |

| | Kostenklasse | kassenindividuell | PSP |
|---|--|-------------------------|------------------------|
| 6 | Personalkosten der PB im PSP (sowohl für PB nach § 7a als auch für andere Teilaufgaben der PB) | | 18.022.890,22 € |
| 7 | Erstattungen von anderen Stellen im Zusammenhang der PB, insbesondere von kommunalen Trägern von PSP | | -541.249,14 € |
| | Summe | 103.954.277,31 € | 26.190.239,99 € |

PSP = Pflegestützpunkt; PB = Pflegeberatung; BG = Beratungsgutscheine

Tab. 7: Kosten der kassenindividuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegeberatung im PSP

Quelle: Amtliche Statistik PV 45 bezogen auf das Jahr 2018

Zusätzlich zu den dargestellten Kostenstellen in Tab. 7 gibt es Erstattungen für die Übernahme von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI zwischen den gesetzlichen Pflegekassen und von der privaten Pflegeversicherung an die gesetzlichen Pflegekassen. Im Jahr 2018 gab es keine solchen Erstattungen von der privaten Pflegeversicherung an die gesetzlichen Pflegekassen. Erstattungen, die einzelne Pflegekassen von anderen im Jahr 2018 erhalten haben, summieren sich auf 3.695.224,18 €. Erstattungen, die von einzelnen Pflegekassen an andere geflossen sind, betragen 1.715.748,34 €. Eigentlich müssten beide Zahlen ähnlich groß sein. Aufgrund von unterschiedlichen Abrechnungsmodi der einzelnen Pflegekassen, d. h., manche Erstattungen wurden nicht in dem Jahr gebucht, in dem sie angefallen sind, kommt hier jedoch eine Differenz zustande.

Um zu errechnen, wie hoch die durchschnittlich für eine kassenindividuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI entstehenden Kosten sind, wurden die entstandenen Kosten mit den 129.239 an den GKV-Spitzenverband gemeldeten kassenindividuellen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI aller Pflegekassen in Bezug gesetzt. Dazu wurden aus den in Tab. 7 berichteten Kosten der kassenindividuellen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI die Vorlaufkosten (Kostenklasse 3), d. h. Aufwendungen für Fortbildungen oder Ausstattung des Arbeitsplatzes, und die Erstattungen an andere Stellen (Kostenklasse 4), die insbesondere die Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI betreffen, herausgerechnet. Die Sachkosten der Kostenklasse 1 aus Tab. 7 umfassen sowohl Sachkosten der kassenindividuellen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI als auch Sachkosten für Beratungsgutscheine nach § 7b SGB XI. Da diese Kostenpositionen nicht zu trennen sind und davon auszugehen ist, dass ein Großteil für kassenindividuelle Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI ausgegeben wird, wurden diese in der Berechnung der durchschnittlichen Kosten einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI berücksichtigt.

Demnach wurden für die kassenindividuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Jahr 2018 91.530.835,14 € (Kostenklassen 1 und 2 aus Tab. 7) aufgewendet. Pro kassenindividuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ergeben sich Kosten von 708,23 €. Im

PSP waren die Kosten pro Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit 475,78 € (55.047 Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI im PSP im Jahr 2018 und Kostenklassen 5, 6 und 7 aus Tab. 7) geringer. Aufgrund der vermutlich uneinheitlich dokumentierten Fallzahlen bei den Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI sind diese Durchschnittswerte allerdings mit Vorsicht zu betrachten.

3.2 Verständnis der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die im vorangehenden Kapitel 3.1 berichteten Auswertungen der Sekundärdaten deuten darauf hin, dass es Unterschiede zwischen den Pflegekassen hinsichtlich der Zählung von Beratungsvorgängen als Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI gibt (z. B. große Unterschiede in der Inanspruchnahmerate; Kapitel 3.1.2). Auch in den Fokusgruppen wurden Unterschiede zwischen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern unterschiedlicher Pflegekassen in Bezug auf die Auslegung der Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2020) bzw. die im Beratungsprozess der betreffenden Pflegekasse etablierten Vorgehensweisen deutlich. Dabei ist jedoch zu betonen, dass grundsätzlich eine starke Ausrichtung an den Bestimmungen der Richtlinien festzustellen war. Vor allem der entsprechend den Richtlinien verpflichtend zu erstellende Versorgungsplan im Rahmen einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurde auch in den Fokusgruppen als elementarer Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI genannt.

Unterschiedliche Auffassungen wurden von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in den Fokusgruppen vor allem hinsichtlich des verpflichtenden Charakters bestimmter Maßnahmen und Merkmale geäußert:

Die Frage, ob ein Fallmanagement obligatorischer Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist, wurde teilweise kontrovers diskutiert. Neben Aussagen, das Fallmanagement sei immer Bestandteil der Beratung nach § 7a SGB XI, wurde zudem die Auffassung vertreten, nicht jede Beratung nach § 7a SGB XI umfasse bzw. erfordere auch ein Fallmanagement.

Ferner wurden unterschiedliche Sichtweisen in Bezug auf den Stellenwert der Hausbesuche geäußert. Für einen Teil der Akteure ging die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI immer mit einem Hausbesuch bzw. einem persönlichen Kontakt einher, wohingegen andere Akteure – sofern die Pflegebedürftigen nicht explizit den Wunsch äußerten – nach eigenem Ermessen entschieden, ob ein Hausbesuch im Rahmen der Beratung nach § 7a SGB XI notwendig sei. Manche Akteure berichteten auch, dass sie Beratungen nach § 7a SGB XI ausschließlich telefonisch durchführen.

Mehrere Termine bzw. Wiederholungskontakte wurden insgesamt seltener als die anderen beschriebenen Kriterien genannt, dafür aber in der Regel in Verbindung mit einer sogenannten Nachsteuerung. Die Akteure berichteten in diesem Zuge, dass sich aus dem Versorgungsplan heraus Maßnahmen entwickeln würden, die in Folgekontakten überprüft und ggf. angepasst bzw. nachgesteuert würden. Andere Akteure berichteten wiederum, dass eine Beratung nach § 7a SGB XI nicht zwangsläufig Wiederholungskontakte umfasse.

Darüber hinaus wurden bisweilen Diskussionen über den Aufgabenumfang einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI geführt. So gab es bspw. unterschiedliche Auffassungen, ob die Begleitung zu Behörden Teil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wäre. Hier sahen einige die Zuständigkeit eindeutig bei der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater, andere wiederum sahen dies eher als Aufgabe der zuständigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den Sozialämtern. Auch bezüglich der Vorbereitung bzw. Begleitung von MDK-Begutachtungen wurden unterschiedliche Sichtweisen deutlich. Ein Teil der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sah hier keine Zuständigkeit.

Weitere Unterschiede wurden mit Blick auf kasseninterne Prozesse bzw. die Abgrenzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von anderen Informationspflichten – insbesondere gem. § 7 SGB XI – deutlich:

Manche Pflegekassen unterscheiden intern zwischen einer Beratung nach § 7 SGB XI und einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Dem Verständnis dieser Pflegekassen zufolge entspreche eine Beratung nach § 7 SGB XI einer einfachen Beratung. Bei Pflegekassen, deren eigene Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowohl Beratungen nach § 7 SGB XI als auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführten, würde sich häufig erst im Beratungsverlauf anhand des individuellen Ermessens oder kassenintern festgelegter Kriterien zeigen, ob eine einfache Beratung nach § 7 SGB XI zu einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werde.

In anderen Pflegekassen würden die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater dagegen ausschließlich im Rahmen von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in Aktion treten. In diesen Pflegekassen nähmen der Kundenservice bzw. Sachbearbeitende eine vorherige Sondierung vor und würden ggf. eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auslösen. Eine entsprechende Vorgehensweise der Weiterleitung durch den Kundenservice bzw. die Sachbearbeitung nach einer Vorklärung des Beratungsbedarfs fand sich auch bei Pflegekassen, die keine eigenen Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater beschäftigen und dann an die beauftragten Dritten weiterleiten.

Bei den PSP würde sich dies etwas anders gestalten: Hier liege häufig ein gestuftes Beratungsmodell zugrunde, das zwischen einer einfachen Information und Auskunft,

einer unterstützenden Beratung sowie einem Fallmanagement, das in der Regel einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI entspricht, differenziere. Dabei zeichne sich auch hier erst im Beratungsverlauf ab, ob eine Beratung zu einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werde. Diese Beschreibung des gestuften Beratungsmodells deckt sich auch mit den meisten in den Rahmenverträgen beschriebenen Beratungsaufträgen der PSP (Kapitel 3.3.1).

Die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, dass es teilweise unterschiedliche Auffassungen und Auslegungen in Bezug auf den Umfang der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie die Abgrenzung zu anderen Beratungsformen gibt. So wurde der § 7 SGB XI, der die Aufklärungs- und Auskunftspflicht der Pflegekassen beschreibt, von manchen Teilnehmenden als eigenständige Beratungsleistung interpretiert. Dies kann auch daher rühren, dass der frühere § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI aF in den § 7a SGB XI überführt wurde, ohne dass im Wortlaut eine Trennung zwischen der allgemein-pflegerrechtlichen Beratungspflicht der Pflegekassen und der Beratung im Sinne eines Fallmanagements gemacht wurde (Kapitel 1.1.1). Die Definition der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird auch in den Rahmenverträgen der PSP nicht präzise und einheitlich vorgenommen. Die Abgrenzung zu der dort häufig auch stattfindenden Sozialberatung wird ebenfalls unterschiedlich interpretiert (Kapitel 3.3.1).

3.3 Pflegeberatungsstrukturen

In diesem Kapitel werden die Strukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und anderer Beratungsangebote zum Thema Pflege beschrieben. Neben einer allgemeinen Beschreibung der Beratungsstrukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden regionale Unterschiede und zielgruppenspezifische Beratungsangebote berichtet. Als Datengrundlage dienen vorwiegend die Daten der regionalen Recherche und Dokumentenanalyse sowie die Daten der Online-Befragung der Beratungsstellen zum Thema Pflege und der Pflegekassen.

3.3.1 Beratungsstrukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die Ergebnisse der regionalen Recherche und der online befragten Pflegekassen zeigen, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bundesweit hauptsächlich über die Pflegekassen erbracht wird (vgl. Kapitel 3.1.3, Tab. 5 für Details zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegekassen). Auch die Angaben der online befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu ihren Arbeitgebern spiegeln, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI primär von Angestellten der Pflegekassen bzw. von ihnen beauftragten Dienstleistern erbracht wird: Von den 262 befragten Beraterinnen und Beratern, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen, waren 220 angestellt

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

(84,0 %) und 41 freiberuflich bzw. selbstständig tätig (15,6 %; keine fehlenden Angaben; n = 1 [0,4 %] sonstige Angabe). Von denjenigen, die im Anstellungsverhältnis arbeiten, berichteten 77,7 % (n = 171), bei Pflegekassen, und 14,1 %, bei Dienstleistern (n = 31) beschäftigt zu sein (Tab. 8). Sechs der Beraterinnen und Berater (2,7 %) gaben an, bei der Kommune beschäftigt zu sein, wovon fünf in PSP arbeiteten.

| Arbeitgeber | Angestellte Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater | |
|--------------------------|---|------|
| | n | % |
| Pflegekasse | 171 | 77,7 |
| Dienstleister | 31 | 14,1 |
| Kommune | 6 | 2,7 |
| Pflegedienst | 3 | 1,4 |
| Sonstige Beratungsstelle | 5 | 2,3 |

n = 220 Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater, die im Anstellungsverhältnis tätig sind; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 8: Arbeitgeber der angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen
Quelle: Online-Befragung Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Während entsprechend nur wenige Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen, bei der Kommune angestellt sind, war die Kommune etwa gleich häufig wie die Pflegekasse als Träger an Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, beteiligt (Tab. 9). Weiterhin waren bei etwa einem Drittel der befragten Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, Verbände der Wohlfahrtspflege, kirchliche oder andere freigemeinnützige Organisationen Träger.

Betrachtet man die PSP gesondert, zeigt sich, dass die Kommunen und Pflegekassen vorwiegend an diesen und nicht an anderen Beratungsstellen beteiligt waren (80 % bis 90 % der PSP in Trägerschaft der Pflegekassen und/oder Kommunen). Dies entspricht den bundeslandspezifischen Regelungen zur Errichtung der PSP, in denen meist bestimmt wird, dass sich sowohl Kommune als auch Pflegekassen an den PSP beteiligen (Kapitel 1.1.3 und 3.3.2).

Nach Ergebnissen der regionalen Recherche dienen, sofern vorhanden, vor allem PSP als Anlaufstellen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vor Ort. Die Geschäftsstellen der Kranken- oder Pflegekassen können zwar für die Kontaktaufnahme zur Initiierung einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI genutzt werden, werden jedoch – nach den Ergebnissen der regionalen Recherche – selten als direkte Anlaufstelle für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI genannt. Ausnahmen sind die Geschäftsstellen in Sachsen und Sach-

sen-Anhalt, die durch die Umsetzung des Konzepts der Vernetzten Pflegeberatung als Beratungsstellen für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausgewiesen werden.

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

| Träger | Gesamt | | PSP | | BST (exkl. PSP) | |
|--|--------|------|-----|------|-----------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Gesetzliche Kranken-/Pflegekassen | 22 | 56,4 | 18 | 90,0 | 4 | 21,1 |
| Kommune/Stadt/Landkreis | 21 | 53,8 | 16 | 80,0 | 5 | 26,3 |
| Bundesland | 5 | 12,8 | 5 | 25,0 | 0 | 0,0 |
| Freigemeinnützige/kirchliche Träger, Träger der Wohlfahrtspflege | 13 | 33,3 | 6 | 30,0 | 7 | 36,8 |
| Vereine, Stiftungen | 4 | 10,3 | 1 | 5,0 | 3 | 15,8 |
| Privat-gewerbliche Träger | 2 | 5,1 | 0 | 0,0 | 2 | 10,5 |
| Andere | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Gesamt: n = 39; PSP: n = 20; andere Beratungsstellen (exkl. PSP): n = 19; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich; BST = Beratungsstelle, PSP = Pflegestützpunkt

Tab. 9: Trägerschaft der befragten Beratungsstellen mit Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
Quelle: Online-Befragung der Beratungsstellen

Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den Erkenntnissen aus der Online-Befragung der Beratungsstellen. Von den 39 online befragten Beratungsstellen, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten, waren 20 PSP (51,3 %; keine fehlenden Angaben). Zur wohnortnahen Betreuung und Beratung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe gehörten 17,9 % der Beratungsstellen (n = 7). Vier Beratungsstellen (10,3 %) gaben an, eine Service- oder Geschäftsstelle einer Pflege- oder Krankenkasse zu sein, und drei Beratungsstellen (7,7 %), eine Beratungsstelle für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach SGB XII zu sein. Insgesamt neun Beratungsstellen (32,1 %) nutzten die Kategorie sonstige Beratungsstelle. Unter den dazugehörigen offenen Angaben wurden u. a. „Sozialstation“ und „freie Pflegeberatung“ erwähnt⁵. Neben den PSP gibt es entsprechend auch andere Stellen, bei denen man eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen kann. Es zeigt sich jedoch keine regionsübergreifende Systematik, welche Akteure zusätzliche Anlaufstellen, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten, vorhalten.

3.3.2 Pflegeberatungsstrukturen nach Bundesland

Auch wenn in allen Bundesländern gleichermaßen die Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Dienstleister vorwiegend Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen,

⁵ Bei der Beantwortung der Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Die Kategorie Beratungsstelle gemäß § 7b Abs. 2 SGB XI wird nicht berichtet, da dies nur die rechtliche Grundlage der Beauftragung für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und nicht eine eigene Art von Beratungsstellen widerspiegelt. Die Zahlen finden sich jedoch in Tab. 2.

unterscheidet sich die Beratungsstruktur zwischen den Bundesländern, vor allem da die Errichtung der PSP nach § 7c SGB XI (ehemals § 92c SGB XI) individuell auf Landesebene geregelt wird. Im Zuge des PFWG (2008) wurden PSP in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt (Konzept Vernetzte Pflegeberatung), errichtet. Zudem unterscheiden sich die Bundesländer und Kommunen auch hinsichtlich des Engagements im Bereich Pflege und des Vorhandenseins von relevanten Beratungsstrukturen zum Thema Pflege, die bereits vor Einrichtung der PSP bestanden.

Da PSP, wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, die einzigen regionsübergreifend systematisch vorhandenen Anlaufstellen sind, in denen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI vor Ort erbracht werden, liegt der Schwerpunkt dieses Abschnitts in der Beschreibung der Beratungsstrukturen nach § 7c SGB XI sowie den (definitorischen) Vorgaben zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den PSP in den einzelnen Bundesländern auf Basis der vorhandenen rechtlichen Regelungen, wie z. B. der (Landes-)Rahmenverträge bzw. -vereinbarungen (RV), Kooperationsvereinbarungen (KoopV) und/oder Pflegestützpunkt-konzepte (sofern vorhanden). Die in diesem Rahmen aufgeführten Begrifflichkeiten stammen aus den jeweiligen Verträgen bzw. Vereinbarungen und können daher Abweichungen zur im Bericht verwendeten Terminologie aufweisen. Dies betrifft im Zusammenhang mit der Beratung nach § 7a SGB XI hauptsächlich das Fall- bzw. Case-Management und auch die Erstberatung. Hintergrund ist die Verdeutlichung der in den einzelnen Bundesländern teilweise unterschiedlich verwendeten Fachtermini.

Abschließend erfolgt pro Bundesland eine kurze Darstellung der Struktur nach § 7c SGB XI sowie weiterer Beratungsangebote im Umfeld von Pflege für die jeweils in die Stichprobe gezogenen Regionen. Relevante Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden unter Berücksichtigung des Siedlungsstrukturtyps⁶ in den Regionen herausgestellt.

3.3.2.1 Baden-Württemberg

Seit den 1990er Jahren gibt es in Baden-Württemberg Beratungsstellen für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Pflegebedarf in Form von Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen; vgl. Klie et al., 2012, S. 136 f.). Baden-Württemberg regelte den Betrieb von PSP gem. § 92c SGB XI zunächst über eine KoopV⁷ (2008), der zufolge die IAV-Stellen, als kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote, beim Aufbau der PSP sowie als vorrangige Träger der PSP gemeinsam mit den Pflege- und Krankenkassen berücksichtigt werden sollten. Mit der etwas später ein-

6 Die laufende Raumbesichtigung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR, 2017) unterscheidet vier Siedlungsstrukturtypen: kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise.

7 Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg gem. § 92c SGB XI vom 15.12.2008.

geführten Allgemeinverfügung⁸ (2010) wurde die Errichtung von (mindestens) 50 PSP – einer pro Landkreis/kreisfreier Stadt – binnen einem Jahr bestimmt. Mit insgesamt 52 PSP wurde das Ziel erreicht (Stand Oktober 2019).

Mit Wirkung zum 01.07.2018 ersetzte der RV⁹ die bis dahin gültige KoopV. Träger der PSP sind gem. § 2 RV die Pflege- und Krankenkassen und die kommunalen Gebietskörperschaften (Stadt-/Landkreise), die die Einrichtung der PSP über einen Pflegestützpunktvertrag gem. § 3 RV regeln. Leistungserbringer werden explizit als Träger ausgeschlossen.

Auskunft und Beratung einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Abs. 1a SGB XI werden gem. § 4 RV als Aufgabe der PSP beschrieben, wobei eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nur in begründeten Einzelfällen in der Häuslichkeit anzubieten ist. Ferner werden die Inhalte des Tätigkeitsbereichs Auskunft und Beratung einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausführlich in Form eines dreistufigen Beratungsmodells beschrieben. Zusammengefasst besteht dieses aus: Aufklärung und Auskunft (einfache Information, keine Folgekontakte), Beratung (umfassende Beratung einschließlich Problemanalyse, Versorgungsplan, Intervention, Folgekontakte möglich) und Fallmanagement (komplexe Problemlage und Versorgungskonstellation einschließlich Problemanalyse, Versorgungsplan, Intervention, Monitoring und Evaluation, bei Veränderung der Situation erfolgt eine Wiederaufnahme des Falls).

In die regionale Stichprobe wurden die Landkreise Böblingen und Tübingen gezogen. Beide Kreise sind städtisch geprägt und verfügen jeweils über einen PSP. Dieser wird im Landkreis Böblingen durch ein nahezu flächendeckend vorhandenes Netz an IAV-Stellen und weiteren Beratungsangeboten ergänzt. Im Landkreis Tübingen gestaltet sich die Beratungslandschaft ähnlich flächendeckend und vielfältig, wobei die IAV-Stellen in den PSP und seine Außenstellen überführt bzw. angegliedert wurden.

3.3.2.2 Bayern

Vor Einführung der PSP gab es in Bayern bereits eine landesweite Beratungsinfrastruktur mit den Fachstellen für pflegende Angehörige (FPA). Auf Basis der Allgemeinverfügung¹⁰ (2009) und des Konzepts Pflegestützpunkte/Pflegeberatung in Bayern¹¹ (2008) wurden die Einrichtung von PSP und bis Ende 2010 der geplante Aufbau von bis zu 60 PSP

8 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 22.01.2010, Az.: 34-5277-92c.

9 Rahmenvertrag zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI in Baden-Württemberg vom 20.06.2018.

10 Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Bayern. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 22.10.2009, Az.: III3/022/4/09.

11 Konzept Pflegestützpunkte/Pflegeberatung in Bayern des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 25.11.2008.

bestimmt. Sowohl ländlich strukturierte Regionen als auch Ballungsräume sollten einbezogen werden. Die FPA sollten, wenn möglich, in die PSP integriert werden.

Als ergänzende Struktur wurde in der Allgemeinverfügung die Einrichtung einer Erstanlaufstelle, der Pflegeservice Bayern, als rein telefonisches Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI neben den PSP bestimmt. In der kurz darauf in Kraft getretenen RV¹² (2009) wurde dieses Vorhaben konkretisiert und dem Pflegeservice Bayern die Aufgabe einer Erstanlaufstelle mit Verweisfunktion an die Pflegeberatung, bestenfalls den PSP, zuteil. Selbst erbringt er seitdem keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mehr. Angesiedelt beim MDK Bayern fungiert diese überregional tätige Leitstelle nun als telefonische Informations- und Anlaufstelle.

Von dem avisierten Aufbau von 60 PSP wurden bisher lediglich neun PSP in verschiedenen Kreisen bayernweit umgesetzt (Stand Oktober 2019). Träger der PSP sind gem. Abs. 3 der RV die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit kommunalen Gebietskörperschaften (Landkreis/kreisfreie Städte/Bezirke), die die Einrichtung des PSP über einen Pflegestützpunktvertrag regeln (vgl. Anlage zur RV). Teil des Pflegestützpunktvertrages ist ein von den Trägern der PSP individuell erarbeitetes Konzept zur bedarfsgerechten Abstimmung und Koordination der Aufgaben (vgl. § 3 des Pflegestützpunktvertrages).

Zu den Aufgaben der PSP zählen gem. Abs. 2 RV Auskunft und Beratung. Aus den Anlagen der RV (dazu gehören die Vorlage eines Pflegestützpunktvertrages, Dokumentationsvorlagen zur Beratung, die Vorlage eines Versorgungsplans sowie landesweite Qualitätsstandards für PSP) geht jedoch nicht eindeutig hervor, was unter einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu verstehen ist, wann diese beginnt und wer diese durchführt.

Im Kapitel Beratung (vgl. Anlage zur RV – B Beratung) wird bspw. definiert, wann eine Fallübergabe an die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater stattzufinden hat. Gemäß der Definition ist daher implizit anzunehmen, dass sowohl kommunale Beraterinnen und Berater als auch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in einem PSP arbeiten und eine Fallübergabe der kommunalen Beraterinnen und Berater an die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater erfolgt, sobald die Organisation von zwei oder mehr Maßnahmen und ein zweiter Kontakt zur Klientin bzw. zum Klienten notwendig werden. Es ist anzunehmen, dass diese Kriterien für PSP in Bayern eine Beratung nach § 7a SGB XI ausmachen.

¹² Die Rahmenvereinbarung zur Errichtung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten (PSP) nach § 92c SGB XI im Freistaat Bayern vom 01.11.2009 wurde im Jahr 2017 gekündigt, ist aber gem. § 7c Abs. 6 Satz 2 SGB XI bis zum Inkrafttreten einer neuen Rahmenvereinbarung weiterhin gültig (Bayerischer Landtag, 2019, S. 4).

Ergänzend wird in den landesweiten Qualitätsstandards der PSP in Bayern bestimmt, dass die Tätigkeit der PSP sich an den Standards der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI orientiert. Dabei wird zwischen Auskunft/Information, Problemorientierte Beratung und Fallmanagement / Versorgungssteuerung in komplexen Bedarfssituationen (inkl. Krisenintervention) unterschieden. Auch im Rahmen dieser Differenzierung der Tätigkeiten im PSP erfolgt keine eindeutige Formulierung, ab wann es sich um eine Beratung nach § 7a SGB XI handelt. Anhand der Definition des Fallmanagements in den Qualitätsstandards, welches nur nach fachlicher Begründung bei Menschen in komplexen Lebenslagen anzuwenden ist und zu dem die Erstellung eines Versorgungsplans, die Einbindung mehrerer Akteure (Leistungserbringer), eine kontinuierliche Begleitung sowie sowohl die Überwachung als auch Anpassung der vereinbarten Maßnahmen zählt (vgl. Anlage zur RV – Qualitätsstandards), ist implizit anzunehmen, dass das Fallmanagement zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gehört.

Hausbesuche werden explizit als fester Bestandteil der problemorientierten Beratung genannt. Da es sich um ein dreistufiges Beratungsmodell handelt, ist anzunehmen, dass Hausbesuche auch fester Bestandteil des Fallmanagements sind (vgl. Anlage zur RV – Qualitätsstandards).

In der regionalen Stichprobe wurden die Landkreise Aschaffenburg und Freyung-Grafenau gezogen. Die Ergebnisse der Recherche zeigten deutliche Unterschiede bezüglich der vorhandenen Angebote: Der Landkreis Aschaffenburg, der nach Siedlungsstrukturtyp städtisch geprägt ist, profitiert bspw. stark von der Nähe zur kreisfreien Stadt Aschaffenburg und der primär dort angesiedelten Beratungsangebote, wohingegen nur wenige Akteure im dünn besiedelten ländlichen Kreis Freyung-Grafenau Beratungsangebote rund um das Thema Pflege vorhalten. In beiden Kreisen gibt es keinen PSP, jedoch niedrigschwellige Anlaufstellen in Form der FPA, die jedoch keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten.

3.3.2.3 Berlin

Berlin kann auf Beratungsstrukturen zurückgreifen, die bereits seit 1999 ältere Menschen und deren Angehörige unterstützen. Diese ehemaligen zwölf Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ wurden 2009 gemäß der Allgemeinverfügung¹³ (2008) sowie § 3 RV¹⁴ (2009) jeweils in PSP überführt.

Die in der Allgemeinverfügung bestimmte Errichtung von 36 PSP bis Ende 2011 wurde erst 2018 finalisiert (vgl. Braeseke et al., 2018, S. 54). Mit drei PSP je Bezirk ist aktuell

¹³ Die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales hat am 12.12.2008 die Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten im Land Berlin erlassen. Sie wurde am 09.01.2009 im Amtsblatt von Berlin veröffentlicht (ABl. Nr. 1/09.01.2009, S. 17).

¹⁴ Landesrahmenvertrag gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI vom 07.05.2009.

eine flächendeckende Versorgung gewährleistet (Stand Oktober 2019). Träger sind gem. § 4 RV die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit dem Land Berlin, wobei sich historisch bedingt für Berlin eine zweigeteilte Struktur ergibt: Bei den zwölf PSP, die aus den Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ hervorgegangen sind, ist das Land Berlin geschäftsführender Träger und Finanzierer. Die übrigen PSP werden von unterschiedlichen Kranken- und Pflegekassen geführt (vgl. Klie et al., 2012, S. 142 f.). Die Einrichtung eines PSP wird über einen Pflegestützpunktvertrag geregelt (vgl. Anlage 2 zum RV).

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird in § 2 Abs. 4 RV als Aufgabe der PSP beschrieben. Es ist ein Versorgungsplan zu erstellen und bei Veränderungen anzupassen. Die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater der Pflegekasse übernimmt die Organisation und Koordinierung der Versorgung. Kommunale Beraterinnen und Berater (z. B. der ehem. Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“) erbringen eine Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI für pflegebedürftige Menschen bzw. deren Angehörige, die nicht nach § 7a SGB XI anspruchsberechtigt sind (vgl. § 2 Abs. 5 RV). Auf Wunsch der Ratsuchenden werden die Leistungen des PSP u. a. als Hausbesuch erbracht (vgl. § 5 Abs. 5 RV).

Gemäß § 8 RV ist weiterhin die Entwicklung eines standardisierten Prozessmanagements für den Beratungsablauf vorgesehen, welches ein einheitliches Assessment-Verfahren/ Versorgungsplan sowie Case-Management-Verfahren in allen PSP in Berlin beinhaltet. Die Durchführung eines Case-Managements liege gem. § 8 RV in der Verantwortung der jeweiligen Pflegeberaterin bzw. des jeweiligen Pflegeberaters, wobei die Inhalte nicht näher definiert werden. In der Konzeption über die Mindeststandards der PSP (Anlage 3 zum RV) werden zum Beratungsprozess (Punkt IV) ebenfalls keine weiteren Erläuterungen vorgenommen.

In der regionalen Stichprobe wurde aus dem Stadtstaat Berlin der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg gezogen. Dieser zeichnet sich durch ein vielfältiges Angebot an Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen mit pflegerischen Bedarfen aus, darunter drei PSP. Insbesondere zielgruppenspezifische Bedarfe werden von verschiedensten Akteuren adressiert.

3.3.2.4 Brandenburg

Vor dem Jahr 2009 gab es in Brandenburg sogenannte Anlauf- und Beratungs-Center (ABC-Stellen). Die Einführung der PSP erfolgte im Rahmen einer Novellierung des Landespflegegesetzes (LPflegeG), das die PSP in einen größeren Planungszusammenhang im Bereich der Pflege stellte (vgl. Klie et al., 2012, S. 147). Gemäß § 5 LPflegeG ist die oberste Landesbehörde (Ministerium) im Land Brandenburg für die Bestimmung zur Errichtung der PSP zuständig. Diese prüft das von den Kranken- und Pflegekassen mit der jeweiligen Kommune erstellte Konzept und bestimmt nach positiver Entscheidung eine Errichtung im Einzelfall (vgl. Braeseke et al., 2018, S. 58 f.).

Geplant waren die Errichtung von mindestens einem PSP je Kreis - insgesamt 19 - sowie eine Zusammenarbeit mit den bereits vorhandenen Stellen (vgl. Klie et al., 2012, S. 148). Die 19 PSP wurden seitdem aufgebaut und das Mindestziel wurde somit erreicht (Stand Oktober 2019). Träger sind die Kranken- und Pflegekassen sowie der jeweils zuständige Landkreis bzw. die jeweils zuständige kreisfreie Stadt. Pro PSP wird eine Kasse benannt, die die anderen Kranken- und Pflegekassen des Landes vertritt (vgl. Braeseke et al., 2018, S. 59).

Die Verbände der Kranken- und Pflegekassen haben 2009 ein Musterkonzept¹⁵ abgestimmt, in dem die Aufgabengebiete der Sozialberatung und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI differenziert werden. Sowohl die Sozialberaterinnen und Sozialberater als auch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater übernehmen Aufgaben im System- und Fallmanagement, obwohl das Systemmanagement vorrangig Aufgabe der Sozialberaterinnen und Sozialberater und das Fallmanagement primär Aufgabe der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist (vgl. Konzept, S. 6 f.).

Im Fallmanagement sind bspw. Aufgaben der Sozialberaterinnen und Sozialberater Erstkontakt und Erstberatung, wobei unter Erstberatung eine „allgemeine Erstberatung von hilfesuchenden Bürgern, (...) organisatorische Unterstützung bei der Antragsstellung, (...) Vermittlung von Informationen“ verstanden wird (vgl. Konzept, S. 7). Fallmanagement als Aufgabe der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beinhaltet dagegen bspw. folgende Maßnahmen: die Analyse des Versorgungsbedarfs, Formulierung eines Versorgungsziels, Identifikation bestehender Leistungsanspruchnahme, Auswahl und Vermittlung von entsprechendem Einzelfall erforderlichen und nötigen Hilfen, Unterstützung bei Antragstellung relevanter Sozialleistungen, Initiierung der Leistungsanspruchnahme bei erstmaligem Anspruch, Begleitung und Überprüfung der Umsetzung sowie Evaluation und ggf. Anpassung des initiierten Versorgungsarrangements (vgl. Konzept, S. 8).

Die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater ist weiterhin dazu angehalten, im Fallmanagement Hausbesuche durchzuführen und eine Komm-Struktur im PSP vorzuhalten (vgl. Konzept, S. 9).

In der regionalen Stichprobe wurden die kreisfreie Stadt Cottbus und der Landkreis Ostprignitz-Ruppin gezogen. Beide zählen nach Siedlungsstrukturtyp zu den ländlichen Kreisen. Das Beratungsangebot im Bereich Pflege konzentriert sich in beiden Kreisen sehr stark auf den jeweils vorhandenen PSP. Der Landkreis Ostprignitz-Ruppin profitiert zusätzlich von einer eingerichteten Außenstelle des PSP. Zielgruppenspezifische Beratungsangebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen werden in beiden

15 Konzept für die Errichtung eines Pflegestützpunktes im Landkreis XX, Standort XX (Muster eines Konzepts, Stand 09.02.2009).

Kreisen sowohl vom PSP als auch von anderen spezialisierten Beratungsstellen vor- gehalten.

3.3.2.5 Bremen

In Bremen gab es bereits vor Einführung der PSP vielfältige und teilweise flächen- deckend vorhandene Beratungsstrukturen im Umfeld von Pflege, wie z. B die Geschäfts- stellen der Kranken- und Pflegekassen, die sechs Sozialzentren sowie die 17 Dienst- leistungszentren in freier Trägerschaft. Auch zielgruppenspezifische Beratungsangebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie eine unabhängige Patienten- und Pflegeberatung existierten zu diesem Zeitpunkt schon (vgl. Klie et al., 2012, S. 151).

Die Errichtung der PSP wurde 2008 durch eine Allgemeinverfügung¹⁶ bestimmt und die drei geplanten PSP – zwei in der Stadt Bremen und einer in Bremerhaven – wurden gem. § 3 Abs. 1 RV¹⁷ (2009/Entwurf 2018) mit jeweils gesondertem Vertrag realisiert (Stand Oktober 2019). Die Kranken- und Pflegekassen, das Land Bremen sowie die einzelnen Kom- munen (Bremen und Bremerhaven) sind gem. RV (2009) gemeinsame Träger der PSP.

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist im PSP sicherzustellen (§ 1 Abs. 2 RV, 2009). Weitere Angaben zur Ausgestaltung der PSP, darunter auch der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, wurden in einem Fachkonzept zwischen dem Land Bremen, den Kranken- und Pflegekassen sowie den Kommunen Bremen und Bremer- haven separat ausgearbeitet (vgl. Rothgang et al., 2012, S. 19). Das Fachkonzept¹⁸ liegt dem Entwurf des RV (2018) als Anlage 1 bei. Hierin heißt es, dass die Aufgaben der PSP eine „unabhängige Auskunft und Beratung, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI“ (Fachkonzept, Anlage 1 zum RV, Entwurf 2018) umfassen. Letztere soll nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes trägerneutral mit der Methode des Case- Managements erfolgen. Dazu gehöre bspw. die Initiierung und Koordinierung (Fall- steuerung) von individuell abgestimmten Leistungen durch „eine/n konstante/n Mit- arbeiter*in“. Die Leistungen bzw. Maßnahmen werden in einem Versorgungsplan festgehalten und die Umsetzung wird von einer qualifizierten Pflegeberaterin bzw. einem qualifizierten Pflegeberater begleitet. Bei Bedarf bzw. Notwendigkeit sind Haus- besuche durch den PSP durchzuführen.

In der regionalen Stichprobe wurde aus dem Stadtstaat Bremen der Stadtteil Mitte gezogen. Dieser profitiert sowohl von wohnortnahen und quartiersbezogenen als auch

16 Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten im Land Bremen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales vom 25.09.2008 (Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen Nr. 104 vom 30.09.2008).

17 Landesrahmenvertrag zur Errichtung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI vom 23.03.2009 (Entwurf) sowie Entwurf einer aktualisierten Fassung des Landesrahmenvertrages zur Errichtung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten gemäß § 7c Abs. 6 SGB XI vom 28.09.2018.

18 Fachkonzept zur Weiterentwicklung und zum Betrieb der Pflegestützpunkte im Land Bremen (2009).

bezirksübergreifenden (spezialisierten) (Pflege-)Beratungsangeboten, wobei sich von den drei vorhandenen PSP keiner im Bezirk Mitte befindet.

3.3.2.6 Hamburg

Die Beratungsstrukturen in Hamburg zeichneten sich bereits vor Einführung der PSP im Jahr 2009 durch ein flächendeckendes Netz an Seniorenberatungsstellen, zielgruppenspezifischen Angeboten sowie ein landesweites Pflegetelefon aus (vgl. Klie et al., 2012, S. 154). Mit der Allgemeinverfügung¹⁹ (2008) wurde die Einrichtung von PSP unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Beratungsstrukturen, insbesondere der Beratungsangebote der Bezirksämter für Senioren und Menschen mit Behinderung (Seniorenberatungsstellen), bestimmt.

Gemäß § 2 Abs. 4 und § 3 Abs. 2 RV²⁰ (2009) wurde der schrittweise Aufbau eines regional gegliederten, wohnortnahen PSP-Netzes mit einem PSP je Bezirk angestrebt. Mit neun PSP, davon ein Stützpunkt ausschließlich für die Bedarfe von (pflegebedürftigen) Kindern und Jugendlichen, wurde das Ziel erreicht (Stand Oktober 2019). Träger der PSP in Hamburg sind gem. § 2 Abs. 2 RV die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit dem Land Hamburg. Eine Errichtung von PSP bei Leistungsanbietern ist ausgeschlossen.

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist Aufgabe der PSP und durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen zu erbringen. Dabei soll eng mit den für die Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII Mitarbeitenden der jeweiligen Bezirksämter zusammengearbeitet werden (§ 4 Abs. 7 RV). Das Beratungsangebot ist bei Bedarf auch in Form eines Hausbesuchs anzubieten (vgl. § 5 Abs. 5 RV). Eine nähere Definition zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI liegt im RV nicht vor.

In der regionalen Stichprobe wurde aus dem Stadtstaat Hamburg der Bezirk Hamburg-Mitte gezogen. Die Besonderheit, ähnlich wie in Bremen, liegt in dem teilweise bezirksübergreifenden Vorhandensein spezialisierter (Pflege-)Beratungsangebote. Gleichzeitig werden vielfältige Angebote innerhalb des Bezirks im Bereich Pflege und im Umfeld von Pflege bereitgestellt, darunter ein PSP.

3.3.2.7 Hessen

Bis Ende der 1990er Jahre bestanden in einem Großteil der hessischen Kommunen gut etablierte Beratungsstrukturen für ältere Menschen (Beratungs- und Koordinierungsstellen). Mit der Einstellung der Finanzierung durch die Landesregierung mussten einige schließen, andere wurden selbstfinanziert weiterbetrieben (vgl. Klie et al., 2012, S. 158).

19 Allgemeinverfügung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in der Freien und Hansestadt Hamburg vom 29.12.2008 (Amtl. Anz. Nr. 3/09.01.2009).

20 Landesrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg vom 16.01.2009.

Mit der Allgemeinverfügung (2008)²¹ wurde in Hessen die Einrichtung von PSP - einer pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt - bestimmt, wobei die bereits vorhandenen Strukturen gem. § 1 Abs. 2 RV²² (2009) berücksichtigt werden sollten. Ende 2017 wurde das Ziel schließlich erreicht (vgl. Braeseke et al., 2018, S. 65). Die Errichtung der 26 PSP (Stand Oktober 2019) erfolgte jeweils auf Basis eines Pflegestützpunktvertrages zwischen den Trägern, der durch ein Konzept²³ ergänzt wird (vgl. § 3 RV). Träger sind gem. § 2 Abs. 1 RV die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit dem Landkreis/den kreisfreien Städten als örtlichen Trägern der Sozialhilfe. Eine Beteiligung von privaten Unternehmen der Kranken- und Pflegeversicherung als Träger ist ebenfalls möglich.

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist im PSP anzusiedeln (vgl. Konzept, S. 3). Das Konzept enthält eine ausführliche Beschreibung der Organisation und Abläufe im PSP, dessen Aufgaben die drei Bereiche Allgemeine Information, Auskunft und Beratung, Care-Management und Case-Management umfassen. Dabei ist Care-Management primär Aufgabe der kommunalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, während Case-Management Teil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist und somit schwerpunktmäßig den Beraterinnen und Beratern der Kranken- und Pflegekassen bzw. von diesen entsandten Dritten zugeordnet wird. Vergleichbar mit dem Konzept in Brandenburg (Kapitel 3.3.2.4) gehören u. a. folgende Maßnahmen zum Case-Management: die Analyse des Versorgungsbedarfs, Formulierung eines Versorgungsziels, Identifikation bestehender Leistungsanspruchnahme, Auswahl und Vermittlung von entsprechend im Einzelfall erforderlichen und nötigen Hilfen, Unterstützung bei Antragstellung relevanter Sozialleistungen, Initiierung der Leistungsanspruchnahme bei erstmaligem Anspruch, Begleitung und Überprüfung der Umsetzung sowie Evaluation und ggf. Anpassung des initiierten Versorgungsarrangements. Etwaige Überschneidungen bzw. Abgrenzungen in der Aufgabenzuordnung zu den kommunalen Beraterinnen und Beratern werden darüber hinaus ebenfalls dargestellt.

In der regionalen Stichprobe wurden die kreisfreie Stadt Darmstadt sowie der Landkreis Kassel gezogen. Beide Kreise verfügen jeweils über einen PSP. Der Landkreis Kassel ist laut Siedlungsstrukturtyp städtisch geprägt und profitiert neben den verschiedenen im Kreis vorhandenen niedrigschwelligen Beratungsstellen vor allem von dem Angebot der benachbarten kreisfreien Stadt Kassel. Darmstadt - als kreisfreie Großstadt - hält im Vergleich dazu ein eher überschaubares Beratungsangebot im Bereich Pflege vor. Dennoch gibt es verschiedene Anlaufstellen, insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie deren Angehörige. Für diese Zielgruppe gibt es sowohl in Darmstadt als auch im Landkreis Kassel vielfältige Angebote im Umfeld von Pflege.

21 Allgemeinverfügung des Hessischen Sozialministeriums zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI vom 08.12.2008.

22 Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen vom 01.05.2009.

23 Konzept für die Einrichtung und den Betrieb des Pflegestützpunktes nach § 92c SGB XI (Konzeptbeispiel des Kreises Offenbach).

3.3.2.8 Mecklenburg-Vorpommern

Im Vergleich zu anderen Bundesländern verfügte Mecklenburg-Vorpommern vor Einführung der PSP über keine ausgebaute Beratungsinfrastruktur. Im Zuge des PFWG (2008) wurde somit erstmalig eine flächendeckende Struktur angestrebt (vgl. Klie et al., 2012, S. 162 f.).

Der Aufbau der PSP wurde in § 4 LPflegeG Mecklenburg-Vorpommern (M-V) geregelt. Die Allgemeinverfügung²⁴ (2010) sowie der RV²⁵ (2010) stellen gem. § 4 Abs. 2 LPflegeG M-V die Grundlage zur Einrichtung der PSP dar. Die geplante Errichtung von einem PSP je Landkreis/kreisfreie Stadt²⁶ gem. § 1 Abs. 1 RV wurde realisiert. Seit der Kreisreform gibt es in den einzelnen Kreisen mindestens zwei, maximal drei PSP, Ausnahme ist die kreisfreie Stadt Schwerin mit nur einem PSP. Einzelne PSP bieten zusätzlich an anderen Standorten innerhalb des Landkreises Sprechtage an. Insgesamt gibt es 18 PSP (Stand Oktober 2019). Die Pflege- und Krankenkassen bzw. ihre Verbände sind gem. § 2 RV gemeinsam mit den jeweiligen Kommunen Träger der PSP.

Im RV werden keine Angaben zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gemacht. Der § 7a SGB XI wird lediglich im Zusammenhang mit der Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erwähnt, die diesbezüglich u. a. über fundierte Kenntnisse im Case- und Care-Management verfügen sollen (vgl. § 4 RV).

In der regionalen Stichprobe wurden der Landkreis Rostock und die kreisfreie Stadt Schwerin - beides laut Siedlungsstrukturtyp ländliche Regionen - gezogen. Schwerin hält einen und der Landkreis Rostock zwei PSP vor. Der Landkreis Rostock profitiert teilweise von der Nähe zur kreisfreien Stadt Rostock und dort etablierten Angeboten. Insgesamt ähneln sich die Strukturen in beiden Kreisen mit einem eher überschaubaren Angebot an niedrigschwelligen Anlaufstellen im Umfeld von Pflege, wobei die Bedarfe von Menschen mit demenziellen Erkrankungen von einzelnen Akteuren adressiert werden.

3.3.2.9 Niedersachsen

Für ältere Menschen wurden seit 2008 in einem Großteil der Kreise Seniorenservicebüros etabliert. Kurze Zeit später wurde im Zuge des PFWG (2008) die Einrichtung von PSP beschlossen und gem. § 1 Abs. 1 RV²⁷ (2009) die Auflösung von Doppelstrukturen angestrebt. Beide Angebote galt es miteinander zu verbinden, wobei die Seniorenservice-

24 Allgemeinverfügung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit vom 11.08.2010 (AmtsBl. M-V, S. 571).

25 Rahmenvertrag zur Einrichtung, Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Mecklenburg-Vorpommern gem. § 92c Abs. 8 SGB XI vom 01.12.2010.

26 Anmerkung: Zum Zeitpunkt der Einführung der PSP war das Bundesland M-V in 18 Kreise unterteilt. Im Zuge der Kreisreform vom 04.09.2011 wurde die Verwaltung neu gegliedert und die Anzahl der Kreise auf acht reduziert (sechs Landkreise / zwei kreisfreie Städte).

27 Rahmenvereinbarung zur Verbesserung des Beratungsangebots für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige in Niedersachsen sowie über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Niedersachsen gem. § 92c SGB XI vom 28.05.2009.

büros von den Aufgaben der PSP zunächst unberührt blieben (vgl. Klie et al., 2012, S. 166). Ab 2014 wurde diese Doppelstruktur zunehmend aufgelöst und beide Angebote wurden unter dem Namen Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN) vereint (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, o. J.-a). Als gemeinsame Beratungsstelle bieten diese seitdem sowohl Beratung im vorpflegerischen Bereich für Personen ohne Pflegegrad als auch Beratung zum Thema Pflege für Personen mit Pflegegrad an. Es wird in den vorliegenden Verträgen und Vereinbarungen nicht ganz klar, ob auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI von Mitarbeitenden der PSP angeboten werden oder ob nur die Räumlichkeiten den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt werden können.

Ausgehend von einer flächendeckenden Beratungsstruktur mit einem PSP je Landkreis/kreisfreie Stadt (vgl. Präambel RV) wurden bisher 45 PSP/SPN errichtet (Stand Oktober 2019), jedoch nicht in allen Kreisen. Niedersachsenweit liegt das Ziel bei 48 PSP/SPN (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, o. J.-b). Bei der Einrichtung eines PSP/SPN werden gem. §§ 3 und 4 RV regionale Vereinbarungen zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften sowie den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen geschlossen und diese als Träger der Stützpunkte bestimmt (vgl. § 2 Regionale Vereinbarung/Pflegestützpunktvertrag²⁸).

Sowohl die RV als auch die regionale Vereinbarung beinhalten lediglich allgemeine Grundsätze zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Gemäß § 2 Abs. 3 RV heißt es bspw., dass Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI auf Initiative des PSP von den Pflegekassen durchgeführt werden und diese im Anschluss den PSP über die Durchführung informieren, wobei auch eine Durchführung im Stützpunkt möglich ist. Diese Bestimmung in der Rahmenvereinbarung impliziert, dass keine Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von den Pflegekassen in die PSP entsandt werden. Die Räumlichkeiten der PSP sind jedoch gem. § 5 Regionale Vereinbarung/Pflegestützpunktvertrag den Beraterinnen und Beratern der Pflegekassen zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.

Im vorliegenden PSP-Konzept²⁹ des Landkreises Friesland (2013, S. 3) wird darüber hinaus zwar erläutert, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in der Verantwortung der Pflege- und Krankenkassen liegt, jedoch geht nicht eindeutig daraus hervor, was unter einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu verstehen ist, wann diese beginnt und wer diese durchführt: Das Leistungsangebot der PSP umfasst die Aufgaben „Information des Ratsuchenden (Erstberatung), Fallmanagement, Systemmanagement sowie Kooperation und Öffentlichkeitsarbeit“ (vgl. Konzept, S. 10 ff.).

28 Regionale Vereinbarung zur Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten nach § 92c Abs. 1 SGB XI - Pflegestützpunktvertrag (PSP-Mustervertrag, Stand 08.09.2009).

29 Konzept zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes gem. § 92c SGB XI im Landkreis Friesland (Mai 2013).

Bei der Beratung wird zwischen einer Erstberatung und Fallmanagement unterschieden (vgl. Konzept, S. 16). Im Rahmen der Erstberatung erfolgt in der Regel eine Sondierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des PSP, ob ein weiterführender Bedarf besteht. Die weiterführende umfangreiche Beratung orientiert sich dann am Fallmanagement, wobei nicht jede Anfrage im PSP ein Fallmanagement erforderlich macht (vgl. Konzept, S. 10 f.). Als Kriterien des Fallmanagements werden hier u. a. die individuelle Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs, die Organisation von Hilfen unter Einbezug des sozialen Umfelds und die kontinuierliche und koordinierende Begleitung eines zeitlich begrenzten Prozesses durch eine Person beschrieben (vgl. Konzept, S. 11). Auf Wunsch der Klientin bzw. des Klienten bzw. im Verlauf der Beratung „werden die Kontakte zu der jeweils zuständigen Pflegekasse, nach Möglichkeit mit dem zuständigen Pflegeberater im Sinne des § 7a SGB XI, hergestellt“ (Konzept, S. 12). Bei Bedarf übernimmt jedoch der PSP die Koordination der erforderlichen Unterstützungsangebote und überwacht diese bzw. passt den entwickelten Versorgungsplan an. Die Beratung soll bestenfalls als Hausbesuch stattfinden (vgl. Konzept, S. 11). Den Ausführungen entsprechend ist anzunehmen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PSP sowohl die Erstberatung als auch ein Fallmanagement, aber keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen. Diese sind laut Konzept zwar nach den Kriterien der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 3 Satz 2 SGB XI qualifiziert (vgl. Konzept, S. 15), aber keine Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater der Pflegekassen. Es ist weiterhin implizit davon auszugehen, dass weder Erstberatung noch Fallmanagement als Teil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verstanden werden bzw. auch außerhalb der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den PSP erbracht werden.

In der regionalen Stichprobe wurden die Region Hannover und der Landkreis Northeim gezogen. Die Beratungsstrukturen unterschieden sich sehr deutlich: In der Region Hannover, als städtischem Kreis, wird eine Vielzahl an Beratungsmöglichkeiten im Vor- und Umfeld von Pflege offeriert, darunter auch insgesamt sechs PSP/SPN, wobei ein deutliches Stadt-Land-Gefälle in der Region Hannover, die sowohl die Stadt Hannover als auch das Umland umfasst, erkennbar ist. Northeim, als dünn besiedelter ländlicher Kreis, verfügt über einen PSP, in dem sich der Großteil der Beratungstätigkeit im Bereich Pflege konzentriert. Darüber hinaus ist das Angebot jedoch sehr überschaubar.

3.3.2.10 Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen wurde der Beratung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen weit vor Einführung der PSP eine wichtige Bedeutung beigemessen. Gemäß § 4 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen³⁰ (PfG NW) sollen eine träger-unabhängige Beratung sowie Information über pflegerische Unterstützungsmaßnahmen

30 Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen - PfG NW) vom 19.03.1996. §§ 2, 4, 5 und 7 geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 08.07.2003 (GV. NRW. S. 380), in Kraft getreten am 01.08.2003.

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

im „Zusammenwirken von Kommunen, Pflegekassen und anderen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten“ erfolgen. Ferner ist auf die Errichtung gemeinsamer Beratungsstellen sowie die Entwicklung von Fallmanagement (Case-Management) hinzuwirken (vgl. § 4 PFG NW).

Die in diesem Zuge von den Kommunen eingerichteten und getragenen Angebote zur kommunalen Pflegeberatung sowie die von den Pflegekassen offerierten Beratungsangebote gem. §§ 7 und 7a SGB XI galt es gemäß der Allgemeinverfügung³¹ (2009) bei der Errichtung der PSP zu berücksichtigen. Auch bereits etablierte Angebote, wie z. B. die Angebote zur Wohnraumberatung, die Demenz-Servicezentren und andere Beratungsstellen im Umfeld von Pflege und Alter, sollten gem. II (1) RV³² (2008) in die Arbeit der PSP eingebunden werden.

Eine Verpflichtung zur Errichtung von PSP wurde in der Allgemeinverfügung ausgeschlossen. Von den geplanten 159 PSP – drei PSP je Landkreis/kreisfreie Stadt, wovon einer jeweils an die Kommune und zwei an Pflege- bzw. Krankenkassen angebunden werden sollten – wurden nach Auskunft des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW) nur insgesamt 54³³ PSP errichtet (Stand Oktober 2019). Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Kommunen wurden gem. I (1) RV als gemeinsame Träger der PSP bestimmt, wobei die Möglichkeit zur gemeinsamen Beauftragung von Dritten ebenfalls gegeben ist.

Die mit der Errichtung der PSP avisierte Bündelung der Angebote vor Ort sowie Vermeidung von Doppel- oder Parallelstrukturen (vgl. V [3] RV) wurden den Zahlen zufolge landesweit nicht realisiert. Vielmehr existiert nach wie vor eine sehr unterschiedliche und vielfältige Beratungsinfrastruktur in den einzelnen Kreisen, wie auch in den Ergebnissen der Recherche deutlich wird.

Zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden gem. III (3 und 4) RV eher allgemeine Grundsätze formuliert: Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll integraler Bestandteil der Arbeit von PSP sein und durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflege- und Krankenkassen in Form eines Hausbesuchs erfolgen, sofern die Aufgabe nicht auf Dritte (u. a. auch Träger der Altenhilfe möglich) übertragen wurde.

31 Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen (Allg.Verf. d. Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales – VI-4900.2.4) vom 28.04.2009, veröffentlicht in Ministerialblatt (MBl. NRW), Ausgabe 2009, Nr. 16 vom 05.06.2009, S. 263-270.

32 Rahmenvereinbarung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI vom 05.12.2008.

33 Anmerkung: In anderen Quellen sind teilweise abweichende Angaben zur Anzahl der PSP in NRW zu finden. Die vielfältige Beratungsstruktur in NRW erschwert häufig eine eindeutige Bestimmung der tatsächlich errichteten PSP in den einzelnen Kommunen. Zudem wurden PSP in der Vergangenheit vereinzelt wieder geschlossen.

In der regionalen Stichprobe wurden der Landkreis Coesfeld und die Stadt Wuppertal gezogen. Beide Kreise sind städtisch geprägt. Obwohl das quantitative Angebot ähnlich umfangreich ist, unterscheiden sich die Kreise im Aufbau und der Vielfalt der Beratungsinfrastruktur. Der Landkreis Coesfeld bietet bspw. eine Pflege- und Wohnberatungsstelle sowie in nahezu allen Gemeinden eine Beratungsstelle für ältere Menschen an, jedoch keinen PSP. Wuppertal zeichnet sich dagegen durch ein vielfältiges Angebot an Beratungs- und Anlaufstellen für Menschen mit sowohl pflegerischen als auch zielgruppenspezifischen Bedarfen aus, darunter auch drei PSP. Ferner können sich Ratsuchende aus ganz NRW an eines der insgesamt zwölf³⁴ Regionalbüros „Alter, Pflege und Demenz“, die aus den Demenz-Servicezentren weiterentwickelt wurden, wenden. Das Ende 2018 erfolgreich abgeschlossene Projekt „Kompetenz-Netz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung (KoNAP)“ bietet Betroffenen und Ratsuchenden mit Hilfe einer Informationsplattform³⁵ sowie einer telefonischen Beratung die Möglichkeit, für sie geeignete Unterstützungsangebote zu identifizieren. Das Projekt wurde vom MAGS und den Pflegekassen gefördert.

3.3.2.11 Rheinland-Pfalz

Mit den 1995 eingeführten 135 Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) hielt Rheinland-Pfalz bereits vor Einführung der PSP eine wohnortnahe Beratungsinfrastruktur vor, die im Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur (LPflegeASG, 2005), ergänzt durch die Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes (LPflegeASGDVO, 2016), gesetzlich geregelt wurde. Träger waren in der Regel einzelne oder Verbünde ambulanter Dienste (vgl. Klie et al., 2012, S. 175).

Mit der Allgemeinverfügung³⁶ (2008) wurde die Errichtung der PSP unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen BeKo-Stellen, die entweder zu PSP weiterentwickelt bzw. in diese integriert werden sollten (vgl. RV³⁷, 2008), bestimmt.

Die Einzelheiten zur Arbeit und Organisation der PSP auf regionaler Ebene wurden zunächst auf Basis einer Betriebsvereinbarung (BetrV, 2009)³⁸ zwischen den Trägern der PSP und der BeKo-Stellen geregelt. Gemäß § 1 Abs. 1 BetrV fand diese als Mustervertrag (Stützpunktvertrag) auf Ebene der Kreise Anwendung. Umstrukturierungen auf Landesebene mündeten jedoch zum 01.01.2017 u. a. in einer neuen LPflegeASGDVO mit

34 Es gibt zwölf verschiedene Regionalbüros in unterschiedlicher Trägerschaft, die regional für mehrere Kreise zuständig sind, und eine Fach- und Koordinierungsstelle (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe - KDA, 2019).

35 www.pflegewegweiser-nrw.de [abgerufen am 13.01.2020]

36 Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz vom 01.07.2008 (StAnz. Nr. 24, S. 1058).

37 Landesrahmenvertrag über die Errichtung, die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz nach § 92c Abs. 8 SGB XI vom 13.10.2008.

38 Vereinbarung über den Betrieb von Pflegestützpunkten gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI zwischen den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen und den Trägern der Pflegestützpunkte vom 01.01.2009.

zugehörig überarbeitetem RV³⁹ (2016) sowie einer neuen BetrV⁴⁰ von 2017 (vgl. Braeseke et al., 2018, S. 77).

Mit insgesamt 135 PSP konnte eine flächendeckende und wohnortnahe Struktur in Rheinland-Pfalz beibehalten werden (Stand Oktober 2019). Träger der PSP sind gem. RV (2008/2016, Präambel) die Pflege- und Krankenkassen, die Landkreise und kreisfreien Städte sowie das Land Rheinland-Pfalz.

Im RV sowie der BetrV sind lediglich allgemeine Grundsätze zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufgeführt. So kann diese bspw. in den PSP in Anspruch genommen (vgl. § 1 Abs. 1 RV, 2016) oder bei Bedarf durch die Pflege- und Krankenkassen an Dritte übertragen werden (vgl. BetrV, 2017). Eine Übertragung auf die Fachkräfte der BeKo-Stellen ist gem. § 2 Abs. 2 LPflegeASGDVO ebenfalls möglich. Im Rahmen der Qualitätssicherung und Dokumentation wird ferner auf eine Gliederung der Arbeit in den PSP nach „Information, Beratung, Pflegeberatung, Fallmanagement, Netzwerkarbeit und Öffentlichkeitsarbeit“ (§ 16 BetrV, 2017) verwiesen.

In der regionalen Stichprobe wurden die Landkreise Neuwied (städtischer Kreis) und Rhein-Hunsrück-Kreis (ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen) gezogen. Trotz unterschiedlicher Siedlungsstrukturtypen halten beide Kreise mit jeweils fünf PSP eine wohnortnahe Beratungsinfrastruktur vor. Auch zielgruppenspezifische Bedarfe können durch Spezialisierungen der einzelnen PSP in beiden Kreisen teilweise adressiert werden. Niedrigschwellige kommunale Angebote ergänzen die Beratung im Umfeld von Pflege zusätzlich.

3.3.2.12 Saarland

Mit der Allgemeinverfügung⁴¹ (2008) wurde die Errichtung der PSP im Saarland bestimmt und eine Integration der bereits zuvor vorhandenen kommunalen BeKo-Stellen in die PSP angestrebt (vgl. Klie et al., 2012, S. 180).

Gemäß § 2 Abs. 1 RV⁴² (2008) war die Einrichtung mindestens eines PSP pro Landkreis bzw. im Regionalverband Saarbrücken geplant. Mit insgesamt acht errichteten PSP wurde dies realisiert (Stand Oktober 2019). Das Saarland stellt somit eine wohnortnahe Beratungsstruktur sicher, ergänzt durch zusätzliche Sprechstunden und Beratungszeiten

39 Landesrahmenvertrag über die Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten nach § 7c Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung - SGB XI vom 30.05.2016.

40 Vereinbarung über den Betrieb und die Arbeit von Pflegestützpunkten sowie zur regionalen Zusammenarbeit gemäß § 14 des Landesrahmenvertrages zwischen den Trägern der Pflegestützpunkte und den Trägern der Fachkräfte der Beratung und Koordinierung (März 2017).

41 Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten im Saarland vom 14.08.2008.

42 Saarländischer Rahmenvertrag gemäß § 92c Absatz 8 SGB XI zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen vom 19.12.2008.

der PSP in ländlichen Gegenden. Gemeinsame Träger der PSP sind gem. § 3 Abs. 1 RV die im Land tätigen Pflege- und Krankenkassen bzw. ihre Verbände und der jeweilige Landkreis bzw. der Regionalverband Saarbrücken, wobei eine Kasse die Federführung pro PSP übernimmt.

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

Zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden im RV eher allgemeine Grundsätze formuliert: Die Erbringung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI liegt gem. § 4 Abs. 4 RV in der Verantwortung der jeweiligen Pflegekasse und wird in deren Geschäftsstellen oder optional in den PSP erbracht.

In der regionalen Stichprobe wurden die Landkreise Merzig-Wadern und Saarlouis gezogen. Beide Kreise sind städtisch geprägt und verfügen über jeweils einen PSP. Diese bieten u. a. auch mobile Sprechstunden in den umliegenden Gemeinden innerhalb der jeweiligen Kreise an. Einzelne Pflegedienste offerieren zusätzlich in beiden Kreisen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.

3.3.2.13 Sachsen

Im Freistaat Sachsen wurden im Vorfeld der potenziellen Errichtung von PSP die bereits vorhandenen Beratungsangebote analysiert: Verschiedene Akteure, wie die Pflegekassen, die Kommunen und auch Leistungserbringer, hielten bereits ein vielfältiges und nahezu flächendeckend vorhandenes Beratungsangebot vor (vgl. Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen et al., 2010, S. 10). Aus diesem Grund entschied sich Sachsen zwar gegen die Errichtung von PSP, aber für die Umsetzung des Konzepts der Vernetzten Pflegeberatung, um die Ziele im Rahmen des PFWG (2008) zu erreichen (vgl. Klie et al., 2012, S. 183).

Wichtige Eckpunkte des Konzepts, wie z. B. die Entwicklung hin zu einer standardisierten Pflegeberatung und der Aufbau eines Pflegenetzes, sind in der KoopV⁴³ (2009) zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger unter Beteiligung des Freistaats Sachsen geregelt. Die Pflegeberatung wird hier in drei Stufen unterteilt (vgl. §§ 2 bis 4 KoopV): Erstberatung, individuelle Pflegeberatung und individuelles Fallmanagement.

Im Rahmen der Erstberatung haben Betroffene und Ratsuchende die Möglichkeit, sowohl bei allen Kranken- und Pflegekassen (in Geschäftsstellen/über ein Servicetelefon) als auch bei allen Beratungsstellen der Sozialämter der einzelnen Landkreise/kreisfreien Städte Beratung in Anspruch zu nehmen, unabhängig davon, wo sie selbst versichert sind. Die durch die Betroffenen aufgesuchte Beratungsstelle soll in erster Linie Auskunft

43 Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen auf der Grundlage § 15 SGB I in Verbindung mit § 8 Abs. 2 SGB XI vom 12.06.2009.

über in Betracht kommende Unterstützungsmöglichkeiten geben. Ergänzend stellt das Sächsische Staatsministerium u. a. ein Internetportal zur Verfügung (vgl. § 2 KoopV).

Ist über die Auskunft im Rahmen der Erstberatung hinaus eine individuelle Beratung notwendig, soll an die jeweils zuständige Pflegeberaterin bzw. den jeweils zuständigen Pflegeberater der Pflegekasse der bzw. des Ratsuchenden verwiesen werden, in deren bzw. dessen Verantwortlichkeit die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI fällt. In der Beratung werden die individuellen Lebensumstände berücksichtigt und ein Versorgungsplan wird erstellt. Ferner ist ein Fallmanagement einzuleiten. Die Beratung kann bzw. soll am Wunschort der bzw. des Betroffenen erbracht werden (vgl. § 3 KoopV).

Gemäß § 4 KoopV erfolgt ein individuelles Fallmanagement im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auf Basis des individuell erstellten Versorgungsplans, sofern die oder der Betroffene bzw. Angehörige „die Durchführung der geplanten Maßnahmen nicht oder nicht ausreichend absichern können“. Aufgabe der Pflegeberaterin bzw. des Pflegeberaters ist in diesem Zuge die Organisation und Koordination der Unterstützungsmaßnahmen.

In der regionalen Stichprobe wurden die kreisfreie Stadt Leipzig und der Landkreis Meißen gezogen. Leipzig, als kreisfreie Großstadt, kann auf ein umfangreiches und vielfältiges Beratungsspektrum im niedrigschwelligen Bereich zurückgreifen. Aber auch der Landkreis Meißen mit seiner ländlichen Prägung gemäß Siedlungsstrukturtyp hält verschiedene, teilweise auch zielgruppenspezifische niedrigschwellige Angebote im Umfeld von Alter und Pflege vor. Zudem nimmt die Kommune in beiden Kreisen eine zentrale Rolle ein: Die dort angesiedelte Pflegekoordination ist für die Koordination und Gestaltung der pflegerischen Beratungs- und Versorgungsstrukturen vor Ort zuständig und trägt somit maßgeblich zur Vernetzung bei.

3.3.2.14 Sachsen-Anhalt

Im Zuge des PFWG (2008) entschied sich Sachsen-Anhalt gegen die Errichtung von PSP zugunsten des Konzepts der Vernetzten Pflegeberatung. Bereits bestehende Beratungsstrukturen wurden unter Erweiterung des Aufgabenprofils berücksichtigt (vgl. Klie et al., 2012, S. 186 ff.).

Dem Konzept liegt eine RV⁴⁴ (2010) zugrunde, auf die sich die kommunalen Spitzenverbände, die Kranken- und Pflegekassen sowie das Ministerium geeinigt haben. Auf regionaler Ebene werden KoopV mit entsprechend regional angepassten Bestimmungen getroffen (vgl. § 7 RV).

In der Verantwortung der Pflegekassen liegt die flächendeckende Sicherstellung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI für alle anspruchsberechtigten Personen, ergänzt durch die Beratungskompetenz der Kommunen gem. § 11 SGB XII (vgl. Präambel RV). Vorrangiges Ziel ist die Bündelung dieser Beratungsangebote und damit die Ermöglichung eines ganzheitlichen Beratungsprozesses für die Betroffenen (vgl. § 1 Abs. 1 RV).

Ablauf, Organisation und Inhalte der Vernetzten Pflegeberatung werden in der RV ausführlich beschrieben. Die Pflegeberatung erfolgt gem. § 4 RV bedarfsorientiert und entsprechend den Anforderungen nach § 7a SGB XI und § 11 SGB XII. Es wird in diesem Rahmen zwischen Pflegeberatung und individueller Pflegeberatung unterschieden (vgl. § 4 RV). Ähnlich wie im Freistaat Sachsen ist eine erste Beratung (Pflegeberatung) der Betroffenen bzw. Angehörigen sowohl bei allen Kranken- und Pflegekassen (in Geschäftsstellen/Servicecentern) als auch bei allen ausgewiesenen Beratungsstellen der einzelnen Landkreise/kreisfreien Städte möglich, unabhängig davon, wo sie selbst versichert sind (vgl. § 2 Abs. 1 und 2 RV). Inhaltlich erfolgt hier eine Beratung und Information bspw. zu Leistungen der Pflegeversicherung, Antragsverfahren und Leistungsansprüchen nach SGB V, IX, XI und XII (vgl. § 4 Abs. 1 RV). Aufgabe der ersten Anlaufstelle ist auch die Initiierung und Koordination weiterer notwendiger Maßnahmen bis hin zur individuellen Pflegeberatung (vgl. § 1 RV). Gemäß § 2 Abs. 3 RV erfolgt die individuelle Pflegeberatung dann durch die zuständige Pflegeberaterin bzw. den zuständigen Pflegeberater der Pflege- bzw. Krankenkasse, bei der die eigene Mitgliedschaft besteht. Auf Wunsch bzw. bei Bedarf ist die Beratung in Form eines Hausbesuchs zu erbringen (vgl. § 2 Abs. 4 RV). Zu den Inhalten der individuellen Pflegeberatung zählen bspw. eine pflegefachliche Beratung, Beratung zur MDK-Begutachtung, die Erstellung eines Versorgungsplans, die Durchführung dort vereinbarter Maßnahmen sowie die Überwachung und Dokumentation des Hilfeprozesses (vgl. § 4 Abs. 2 RV). Es ist implizit davon auszugehen, dass die individuelle Pflegeberatung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI entspricht.

In der regionalen Stichprobe wurden die kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau (städtischer Kreis) und der Landkreis Börde (dünn besiedelter ländlicher Kreis) gezogen. Die Beratungsstrukturen rund um das Thema Pflege gestalten sich in beiden Kreisen recht ähnlich und eher übersichtlich, trotz unterschiedlicher Siedlungsstrukturtypen. In beiden Kreisen gibt es verstärkt kommunale Beratungsangebote und nur vereinzelt niedrigschwellige Angebote durch andere Anbieter. In Dessau-Roßlau fällt das Angebot rein quantitativ, aufgrund der städtischen Struktur, etwas besser aus.

3.3.2.15 Schleswig-Holstein

Gemäß § 2 Abs. 1 des LPflegeG Schleswig-Holstein⁴⁵ (1996) liegt die Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstrukturen in der Verantwortung der einzelnen Landkreise

bzw. kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein. Die Entscheidung zur Beteiligung an der Errichtung eines PSP obliegt somit den einzelnen Kreisen. Angestrebt wurde der flächen-deckende Aufbau von mind. 15 PSP – ein PSP pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt (vgl. Allgemeinverfügung, 2008⁴⁶). Die im Rahmen des Maßnahmenkonzepts der Pflegequalitäts-offensive des Sozialministeriums (MSGV-Pflegequalitäts-offensive) im Jahr 2000 eingeführten trägerunabhängigen Beratungsstellen (TUB) sollten bei der Errichtung berücksichtigt werden (vgl. Schleswig-Holsteinischer Landtag, 2004, S. 3).

Bisher wurden 14 der 15 geplanten PSP realisiert (Stand Oktober 2019). Träger sind gem. Präambel RV⁴⁷ (2009) die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit dem jeweiligen Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt. Einzelheiten der Organisation, Ausstattung und Finanzierung der jeweiligen PSP werden in regionalen Stützpunktverträgen zwischen den Trägern vereinbart (vgl. § 2 Abs. 4 RV).

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist gem. § 1 Abs. 4 RV in die PSP zu integrieren, wobei in der Anlage 1 zum RV die jeweiligen Aufgabenbereiche des PSP nach § 92c SGB XI sowie der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in ihren Einzelheiten beschrieben und gegenübergestellt werden: Aufgaben des PSP sind in erster Linie allgemeine Beratung im Umfeld von Pflege sowie das Care-Management (Definition siehe Anlage 1 zum RV). Bei weiterführendem Beratungsbedarf leitet der PSP die Betroffenen an die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der zuständigen Pflegekasse weiter. Aufgabe der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ein „umfängliches Einzelfall-Management (Case-Management) bei (voraussichtlichem) Anspruch auf SGB XI-Leistungen“ (Anlage 1 zum RV). Dies umfasst die Erstellung eines Hilfeplans, dessen Evaluation und ggf. Anpassung sowie die Organisation und Steuerung von Unterstützungsmaßnahmen (Definition siehe Anlage 1 zum RV).

In der regionalen Stichprobe wurden die Landkreise Pinneberg (städtischer Kreis) und Segeberg (ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen) gezogen. Beide Kreise verfügen über ähnliche Beratungsstrukturen, wobei Pinneberg zusätzlich von der Nähe zu Hamburg und dort ansässigen spezialisierten Angeboten profitiert. Beide PSP (einer pro Landkreis) erbringen keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, arbeiten aber bspw. jeweils eng mit der Alzheimer Gesellschaft zusammen und ermöglichen somit Beratung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen im Umfeld von Pflege. Bundeslandweit gibt es zusätzlich ein PflegeNotTelefon als Krisen-, Beratungs- und Beschwerdetelefon (gefördert vom Sozialministerium). Ergeben sich hier weiterführende Bedarfe, wird an den nächstgelegenen PSP verwiesen. In Kooperation mit den Migrationsberatungsstellen erfahren

46 Allgemeinverfügung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Schleswig-Holstein vom 01.10.2008.

47 Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein. Vereinbarung zu der Einrichtung, dem Betrieb und der Finanzierung eines Pflegestützpunktes gem. § 92c SGB XI vom 30.06.2009.

auch Menschen mit Migrationshintergrund an dieser Stelle Beratung und Unterstützung in ihrer Sprache.

3.3.2.16 Thüringen

Thüringen bestimmte zunächst in der Allgemeinverfügung⁴⁸ (2010) die Errichtung von vier PSP – jeweils ein PSP pro Planungsregion⁴⁹ – zur Erprobung der neuen Struktur. Vorhandene Beratungsstrukturen sollten, wenn möglich, in die PSP integriert werden. Ergänzend wurde die Umwandlung des Pilotstützpunktes in Jena in einen PSP nach § 92c SGB XI bestimmt.

Von den geplanten fünf PSP haben drei ihre Arbeit dauerhaft aufgenommen. Dazu gehören der Pilotstützpunkt in Jena sowie jeweils ein PSP in Nordhausen und im Kyffhäuserkreis (Stand Oktober 2019). Träger sind gem. Allgemeinverfügung die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam mit dem jeweiligen Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt.

Da Thüringen über keinen Landesrahmenvertrag verfügt, existieren kaum Vorgaben zur Ausgestaltung der Organisation und Abläufe in den PSP oder zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den PSP.

In der regionalen Stichprobe wurden die Landkreise Unstrut-Hainich-Kreis und Weimarer Land gezogen. In beiden Kreisen wurde kein PSP errichtet. Im dünn besiedelten ländlichen Unstrut-Hainich-Kreis ist die Beratungsinfrastruktur im Bereich Pflege sehr übersichtlich. Primär Sozialstationen und einzelne andere niedrigschwellige Anbieter offerieren hier Beratung. Im städtischen Kreis Weimarer Land gestalten sich die Strukturen ähnlich, wobei in diesem Kreis mehr niedrigschwellige Angebote im Umfeld von Pflege verfügbar sind.

3.3.3 Zielgruppenspezifische Beratungsangebote

Um mehr über die Spezialisierungen von Pflegeberatungsstellen vor Ort zu erfahren, wurden die online befragten Beratungsstellen gebeten, anzugeben, ob sich das Angebot auf eine der folgenden Zielgruppen konzentriert oder ob die Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater für eine der folgenden Zielgruppen ausgebildet sind: Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, pflegebedürftige Kinder bzw. Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit

48 Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Thüringen vom 22.03.2010 (ThürStAnz Nr. 16/2010, S. 447).

49 Thüringen ist aufgeteilt in insgesamt vier Planungsregionen (Nordthüringen, Mittelthüringen, Ostthüringen, Südwestthüringen), die jeweils aus mehreren Landkreisen bzw. kreisfreien Städten bestehen (vgl. Thüringer Landesamt für Statistik, 2019).

Behinderungen. Wie die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mit den Beratungsbedarfen dieser Zielgruppen umgehen, ist in Kapitel 4.5 beschrieben.

Als spezialisierte Anlaufstelle wird eine Beratungsstelle gezählt, die ihr Angebot auf eine der Zielgruppen ausrichtet und/oder für eine Zielgruppe ausgebildete Beraterinnen bzw. Berater beschäftigt. Betrachtet wird einerseits, wie viele der befragten Beratungsstellen angeben, für bestimmte Zielgruppen spezialisiert zu sein – getrennt für Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, und andere Beratungsstellen zum Thema Pflege. Erstere sind ungefähr zur Hälfte PSP, während Letztere vielfältige Beratungsstellen zum Thema Pflege umfassen (vgl. Kapitel 2.2.3 für Details zu den befragten Beratungsstellen). Der Vergleich der beiden Arten von Beratungsstellen ermöglicht es zu sehen, ob Anlaufstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, seltener oder häufiger für bestimmte Zielgruppen spezialisiert sind. Andererseits wurde untersucht, ob in den 29 Regionen der Stichprobe jeweils mindestens eine Anlaufstelle für eine der genannten Zielgruppen vorhanden ist – getrennt nach städtischen (n = 18) und ländlichen (n = 11) Regionen⁵⁰. Diese Analysen geben keine Auskunft über das konkrete Beratungsangebot in den 29 Regionen in der Stichprobe, sondern einen aus dieser Zufallsstichprobe gewonnenen Hinweis auf die bundesweite Verteilung von spezialisierten Beratungsstellen im städtischen und ländlichen Raum. Insgesamt haben 39 Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (darunter 20 PSP), und 60 andere Beratungsstellen (darunter 8 PSP) diese Fragen beantwortet. Für die Fragestellung der regionalen Anlaufstellen für die einzelnen Zielgruppen wurden die Daten aller 99 Beratungsstellen gemeinsam ausgewertet.

Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Es gibt häufig zielgruppenspezifische Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Ungefähr drei Viertel der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (n = 29; 74,4 %), und 70,0 % der anderen Beratungsstellen (n = 42) gaben an, in diesem Bereich eine Expertise zu haben. Angesichts der aufgrund des demographischen Wandels steigenden Prävalenz von demenziellen Erkrankungen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2018) ist eine flächendeckende Versorgung mit spezialisierten Beratungsangeboten geboten. In den regionalen Analysen zeigte sich auch, dass in nur einer der elf ländlichen (9,1 %) und in keiner der 18 städtischen Regionen keine Anlaufstelle, die auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen spezialisiert ist, vertreten ist. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den Ergebnissen der regionalen Recherche (Kapitel 3.3.2). Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen also, dass man in der

50 Raumeinteilung der laufenden Raubeobachtung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR, 2017): 1 = kreisfreie Großstädte, 2 = städtische Kreise, 3 = ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, 4 = dünn besiedelte ländliche Kreise; Kategorien 1 und 2 = Stadt, Kategorien 3 und 4 = Land.

Regel von einer flächendeckenden Versorgung mit spezialisierten Anlaufstellen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen ausgehen kann.

Menschen mit psychischen Erkrankungen

Spezifische Expertise für die Beratung für Menschen mit psychischen Erkrankungen lag bei gut der Hälfte der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (n = 22; 56,4 %), und bei 26 anderen Beratungsstellen (43,3 %) vor. Betrachtet man das Vorhandensein solcher Beratungsstellen in den 18 städtischen und elf ländlichen Regionen, so zeigt sich, dass die Anlaufstellen in den meisten Regionen vorhanden sind. Eine städtische (5,6 %) und drei ländliche (27,3 %) Regionen hatten keine Beratungsstelle zum Thema Pflege, die auf diese Zielgruppe spezialisiert ist.

Zum Teil ist die Trennung von demenziellen und psychischen Erkrankungen in der Versorgungs- und Beratungsstruktur nicht eindeutig, was auch bei der Beantwortung der Fragen des Online-Fragebogens eine Rolle gespielt haben kann. Gesicherte Zahlen zu psychischen Erkrankungen unter Pflegebedürftigen sind in der Literatur schwer zu finden. Einen Hinweis gibt der Anteil der Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die bis zur Einführung der Pflegegrade erfasst wurde. Im Jahr 2015 betrug dieser Anteil 42 % (Statistisches Bundesamt, 2017). Hier fließen aber sowohl (und vermutlich vorwiegend) demenzielle Erkrankungen als auch andere psychiatrische Einschränkungen ein. Es ist davon auszugehen, dass Pflegebedürftige mit starken psychischen Einschränkungen vorwiegend in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden (Gutzmann, Schäufele, Kessler & Rapp, 2017) und daher nicht unbedingt Zielgruppe der Beratungsstellen sind. Laut dem Pflegereport 2010 (Rothgang, Iwansky, Müller, Sauer & Unger, 2010, Kapitel 6.7) liegt unter nicht demenziell erkrankten Pflegebedürftigen die Prävalenz affektiver Störungen bei 10 % bis 40 % und von Schizophrenie oder wahnhaften Störungen zwischen 2 % und 5 % in Abhängigkeit von Alter, Pflegestufe und Geschlecht.

Eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von einer spezialisierten Beratungsstelle zu erhalten ist jedoch, wenn nur ca. die Hälfte der Beratungsstellen auf spezielle Bedarfe dieser Zielgruppe vorbereitet ist, vermutlich nicht einfach. Insgesamt scheint das Angebot der Pflegeberatung mit Expertise für diese Zielgruppe in Beratungsstellen, insbesondere in ländlichen Regionen, verbesserungsbedürftig.

Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

Noch etwas seltener gibt es Pflegeberatungsangebote für pflegebedürftige Kinder oder Jugendliche. Von den befragten Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, gaben 30,8 % (n = 12) an, dass sie entweder ihr Angebot auf diese Zielgruppe

ausrichten oder für diese Zielgruppe ausgebildete Beraterinnen oder Berater beschäftigen. Die anderen Beratungsstellen hatten zu 21,7 % (n = 13) eine solche Spezialisierung. Laut Pflegestatistik 2015 machen pflegebedürftige Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren 2,8 % der Pflegebedürftigen aus (Statistisches Bundesamt, 2017). Dieser Anteil ist sehr gering, so dass man davon ausgehen könnte, dass, wenn 20 % bis 30 % der Pflegeberatungsangebote auf diese Zielgruppe spezialisiert sind, das Angebot ausreichen sollte. Allerdings sind die Beratungsbedarfe für diese Zielgruppe bzw. deren Eltern komplex und tangieren mehrere Bereiche (z. B. Medizin, Pflege, Schule, Teilhabe) aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern, so dass ein hoher Informations- und Koordinationsaufwand vorliegt (vgl. Klie & Bruker, 2016). Eigentlich sollte diese Zielgruppe also primär im Fokus einer ein Fallmanagement ermöglichenden Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sein. Auch kann nach den vorliegenden Daten bei dieser Zielgruppe nicht davon ausgegangen werden, dass in jeder Region Anlaufstellen vorhanden sind. In jeder fünften städtischen (n = 4; 22,2 %) und in über der Hälfte der ländlichen (n = 6; 54,5 %) Regionen fand sich keine Beratungsstelle, die sich auf pflegebedürftige Kinder oder Jugendliche spezialisiert hat.

Eine in der Beratungsstelle vorhandene Expertise bezüglich pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher heißt jedoch nicht, dass der Zielgruppe das Beratungsangebot auch bekannt ist bzw. es in Anspruch genommen wird. So zeigt die Kindernetzwerk-Studie, dass Eltern pflegebedürftiger Kinder berichten, hilfreiche Beratung primär durch Ärztinnen oder Ärzte, Selbsthilfegruppen, Therapeutinnen oder Therapeuten sowie Familie und Freunde erhalten zu haben. Nur wenige Befragte (knapp 4 %) gaben Ämter/Behörden oder Krankenkassen als hilfreiche Institutionen für Beratung an (Kofahl & Lübecke, 2014). Diese Situation spiegelte sich auch in den Fokusgruppen wider. Eltern von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen würden sich bereits häufig im Rahmen der Selbsthilfe organisieren bzw. sich über spezialisierte Zentren, wie z. B. die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), informieren. Andererseits, und dies wurde mehrfach berichtet, fühle sich die Zielgruppe durch bestimmte Beratungsangebote, wie z. B. die PSP, nicht angesprochen. Der Name einer Beratungsstelle sei leitend für die Inanspruchnahme. Als positives Beispiel wurde der in Hamburg eingerichtete PSP für Kinder und Jugendliche angeführt, der bspw. sehr häufig aufgesucht und kontaktiert werde, da sich die Zielgruppe hier eindeutig wiederfinde. Dabei ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass ein spezieller PSP für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche nur in solchen Ballungsgebieten sinnvoll sein dürfte.

Menschen mit Migrationshintergrund

Ein Drittel der befragten Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (n = 13; 33,3 %), und der anderen Beratungsstellen (n = 20; 33,3 %) gaben an, dass ihr Angebot auf Menschen mit Migrationshintergrund ausgerichtet ist oder sie diesbezüglich weitergebildete Beraterinnen oder Berater einsetzen.

Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird in keiner offiziellen Statistik erfasst. Meist wird auf Ergebnisse der Studie zum PFWG des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2011) verwiesen, die einen Anteil von 8 % ausweist. Aufgrund der alternden Einwanderungsfamilien, die im Zuge der Anwerbeabkommen der 1960er Jahre nach Deutschland kamen, wird jedoch mit einem stetigen Anstieg dieser Zahlen gerechnet.

Menschen mit Migrationshintergrund haben nicht nur mit den allgemein vorhandenen Barrieren für eine Inanspruchnahme einer Beratung zum Thema Pflege zu kämpfen, sondern weisen zusätzlich noch sprachliche und kulturelle Barrieren auf (vgl. Kapitel 3.4.3.3). Entsprechend ist davon auszugehen, dass der hier ermittelte Anteil an spezialisierten Beratungsstellen nicht ausreicht, um diese Zielgruppe hinreichend zu erreichen und den Bedarf zu decken – zumal Menschen mit Migrationshintergrund eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bedarfen je nach Herkunftsland sind. Regional zeichnete sich dieses Defizit auch ab: In jeder fünften städtischen Region (n = 4; 22,2 %) und in fast der Hälfte der ländlichen Regionen (n = 5; 45,5 %) war keine Beratungsstelle mit einer solchen Spezialisierung vertreten.

Menschen mit Behinderungen

Gut die Hälfte der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (n = 21; 53,8 %), und 23 andere Beratungsstellen (38,3 %) gaben an, dass sie sich auf die Zielgruppe Menschen mit Behinderungen spezialisiert haben. In der Mehrheit der städtischen und ländlichen Regionen war eine Anlaufstelle für Beratung zum Thema Pflege, die auf diese Zielgruppe ausgerichtet ist, vorhanden. In nur zwei städtischen (11 %), aber immerhin in drei ländlichen (27,3 %) Regionen war keine solche Beratungsstelle vertreten.

Es scheint also insgesamt eine relativ hohe Verbreitung von Pflegeberatungsangeboten für Menschen mit Behinderungen zu geben, wobei die ländlichen Regionen etwas schlechter versorgt sind. Die Zahl der Menschen mit Behinderungen, die gleichzeitig pflegebedürftig sind, ist nicht genau bekannt. Eine gerade veröffentlichte Studie (Zich, Nolting & Pflug, 2019) kommt bei einer telefonischen Befragung von Pflegehaushalten auf einen Prozentsatz von 2 % bis 11 % (in Abhängigkeit vom Pflegegrad) von pflegebedürftigen Personen, die angaben, zusätzlich zu Leistungen der Pflegeversicherung auch Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen in Anspruch zu nehmen.

3.3.4 Einordnung der Befunde zu den Pflegeberatungsstrukturen

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird bundesweit und hauptsächlich von den Pflegekassen (ggf. über von ihnen beauftragte Dienstleister) erbracht. Anlaufstellen vor Ort sind regionsübergreifend vor allem PSP. Es gibt auch andere Beratungsstellen, die

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen, die jedoch sehr unterschiedliche inhaltliche Ausrichtungen und Trägerschaften und somit keinen hohen Wiedererkennungswert als Akteure in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben. Bei ungefähr der Hälfte dieser Beratungsstellen sind Pflege- bzw. Krankenkassen und Kommunen Träger. Ungefähr ein Drittel der Anlaufstellen werden (ggf. zusätzlich) von freigemeinnützigen oder kirchlichen Organisationen bzw. Organisationen der Wohlfahrtspflege getragen. Die Geschäftsstellen der Pflegekassen sind vorwiegend in den Bundesländern mit dem Konzept der Vernetzten Pflegeberatung als Anlaufstellen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausgewiesen. Generell stellen sie aber eine Anlaufstelle dar, um Kontakt mit der jeweiligen Pflegekasse für eine Pflegeberatung aufzunehmen.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind vorwiegend bei Pflegekassen oder deren Dienstleistern angestellt, nur ca. 3 % der angestellten Beraterinnen bzw. Berater gaben die Kommune als ihren Arbeitgeber an. Die Kommune ist aber als Träger ähnlich häufig wie die Pflegekassen an Beratungsstellen, die ein Beratungsangebot nach § 7a SGB XI haben, beteiligt. Meistens betrifft dies PSP, die entsprechend den länderspezifischen Rahmenverträgen mit Beteiligung der Kommune und der Pflege- bzw. Krankenkassen errichtet werden. Dabei sind zusätzliche Trägerschaften anderer Organisationen meist möglich und werden vor allem durch Verbände der Wohlfahrtspflege, kirchliche oder andere freigemeinnützige Organisationen auch wahrgenommen. Nur in zwei Bundesländern werden Trägerschaften durch Leistungserbringer explizit in den Rahmenverträgen ausgeschlossen (Baden-Württemberg und Hamburg).

Zwischen den Bundesländern bestehen Unterschiede hinsichtlich der Auslegung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den PSP. In einigen Regionen werden detaillierte Vorgaben zur Aufgabenwahrnehmung und zur Definition und Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den PSP gemacht. Teilweise ist die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sogar entgegen den gesetzlichen Vorgaben gar nicht in den PSP vorgesehen (vgl. Kapitel 1.1.3). In anderen Regionen gibt es kaum Vorgaben aus den geschlossenen Verträgen und Vereinbarungen. Auch wenn die Vorgaben zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI für die PSP in den einzelnen Bundesländern häufig ähnlich zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes (2020) sind, stimmen sie selten genau überein – was auch an den teilweise noch von 2009 stammenden Verträgen liegen könnte, so dass die Inhalte sich ausschließlich an den Gesetzestexten orientieren konnten. So könnte es häufig für die Menschen, die in den PSP arbeiten, unklar bleiben, wo ihre Zuständigkeiten liegen und wie eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI definiert ist. Dies spiegeln auch die Ergebnisse aus den Fokusgruppen, die ein uneinheitliches Beratungsverständnis nahelegen (Kapitel 3.2).

Die länderspezifische Ausrichtung der Pflegeberatungsstrukturen und der PSP zeigt sich auch in der Beschreibung der Beratungsstrukturen in den 16 Bundesländern bzw. den 29

in der Stichprobe vertretenen Regionen. Es gibt deutliche regionale Unterschiede in der Ausgestaltung des gesetzlichen Auftrags nach § 7c SGB XI und in der Vielfalt der vor Ort vorhandenen Beratungsstrukturen zum Thema Pflege. Dieses Ergebnis zeigt sich auch in der Online-Befragung der Beratungsstellen zum Thema Pflege (mit und ohne Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI). Während zwar etwas über die Hälfte der befragten Beratungsstellen der Ansicht waren, dass das Beratungsangebot zum Thema Pflege in ihrem Einzugsgebiet ausreicht (n = 41; 55,4 %), sahen dies 19 Beratungsstellen (25,7 %) nur teilweise so und 14 Beratungsstellen (18,9 %) stimmten mit dieser Ansicht nicht überein⁵¹. Die Vielfalt und Zugänglichkeit der Beratungsstrukturen hängt dabei nicht nur mit der Ausgestaltung der PSP nach § 7c SGB XI zusammen, sondern auch entscheidend mit dem Engagement der Kommune und der Bundesländer im pflegerischen Bereich und damit verbundener möglicherweise schon länger vorhandener Beratungsstrukturen. Insbesondere kommunales Engagement im Bereich der Pflegeberatung bereits vor der Einführung der PSP im Jahr 2009 zeigt sich in der Dichte der eingerichteten PSP und der Vielfalt der sonstigen Beratungsangebote zum Thema Pflege. Zusätzlich spielt der Siedlungsstrukturtyp eine Rolle, wobei häufig - aber nicht immer - ein klassisches Stadt-Land-Gefälle zu beobachten ist. Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen und Gegebenheiten vor Ort ist die Vernetzung und Zusammenarbeit essenziell, um einerseits ausreichend Angebote für die Betroffenen zu schaffen und andererseits die Betroffenen durch eine mögliche Vielfalt von Angeboten zu dem für sie Passenden zu leiten (Kapitel 6).

Das Pflegeberatungsangebot für spezifische Zielgruppen ist ebenfalls unterschiedlich stark ausgebaut. Während für Menschen mit demenziellen Erkrankungen und mit Behinderungen meist ausreichend Anlaufstellen vorhanden sind, gibt es primär bei Angeboten für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund, mit psychischen Erkrankungen und für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche Defizite. Für Letztere kommen aber ggf. auch Angebote für Menschen mit Behinderungen in Frage, da pflegebedürftige Kinder und Jugendliche auch häufig eine Behinderung aufweisen. Allerdings beruhen die Zahlen, die hier berichtet wurden, auf Selbstauskünften der Beratungsstellen und einer wenig streng ausgelegten Definition der Spezialisierung (Ausrichtung auf die Zielgruppe und/oder ausgebildete Beraterinnen oder Berater). Nur weil ein bestimmtes Beratungsangebot in einer Region vorhanden ist, ist nicht davon auszugehen, dass die Zielgruppe dieses auch kennt und in Anspruch nimmt.

51 „Das Angebot für Beratungen zum Thema Pflege in unserem Einzugsgebiet reicht aus, um den vorhandenen Beratungsbedarf zu decken.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 74 Beratungsstellen zum Thema Pflege (davon n = 26 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI; n = 25 fehlende Angaben)

3.4 Zugangswege, Öffentlichkeitsarbeit und Zugänglichkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

In den Online-Befragungen der Pflegekassen zeichneten sich Unterschiede in den Zugangswegen zwischen den Pflegekassen ab, die in den folgenden Kapiteln näher betrachtet werden. Zudem wird die Öffentlichkeitsarbeit zur Pflegeberatung der Pflegekassen und der online befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege (mit und ohne Angebot einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI) dargestellt. Weiterhin wird die Zugänglichkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, wie sie sich in den Diskussionen der Fokusgruppen darstellte, ergänzt um Ergebnisse der befragten Beratungsstellen mit Angebot einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, beschrieben. Weitere Ergebnisse zur Zugänglichkeit des Beratungsangebots aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer finden sich in Kapitel 5.2.

3.4.1 Zugangswege der Pflegekassen

Um die Informationswege, wie die Pflegekassen ihre Versicherten über die Möglichkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI informieren, abzubilden, werden die Daten der Online-Befragung der Pflegekassen (n = 37) und die Informationen aus den Fokusgruppen ausgewertet. Dabei wird einerseits die Information der Antragstellenden gem. § 7b Abs. 1 SGB XI genauer beleuchtet und andererseits werden sonstige Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit beschrieben.

3.4.1.1 Information der Antragstellenden gem. § 7b Abs. 1 SGB XI

Im Online-Fragebogen haben die befragten Pflegekassen darüber Auskunft gegeben, wie sie ihre Versicherten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in § 7b Abs. 1 SGB XI erstmalig über die Möglichkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI informieren.

Die Fragen zur Information der Anspruchsberechtigten über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurden von 35 der 37 teilnehmenden Pflegekassen beantwortet. Von diesen gaben 22 (62,9 %) an, ihre Versicherten zusammen mit Bereitstellung der Antragsunterlagen über die Möglichkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu informieren. Bei fast drei Vierteln davon war die Erstinformation sogar Teil des Antragsformulars auf Leistungen der Pflegeversicherung (n = 16; 72,7 %). Ein knappes Drittel (n = 11; 31,4 %) gab an, die Information nach Antragstellung, aber vor der MDK-Begutachtung zu verschicken. Nur eine Pflegekasse (2,9 %) gab an, die Information erst mit dem Leistungsbescheid zu verschicken. Eine weitere Pflegekasse gab einen anderen Informationszeitpunkt an, der jedoch nicht näher spezifiziert wurde. Insgesamt scheinen die meisten Pflegekassen also den gesetzlichen Vorgaben aus § 7b SGB XI nachzukommen, die Antragstellenden (spätestens) nach Eingang des erstmaligen

Antrags (d. h. vor der MDK-Begutachtung) zu informieren – häufig erfolgt die erste Information bereits mit Bereitstellung der Antragsunterlagen.

Der Umfang, in dem die Pflegekassen dabei über Inhalt und Ablauf einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufklärten, variierte zwischen den Pflegekassen und ist in Tab. 10 zusammengefasst. Drei Viertel der Pflegekassen (74,3 %) informierten ihre Versicherten über den Rechtsanspruch hinaus über das Angebot. Dabei wurde auch in den Fokusgruppen von Unterschieden zwischen den Pflegekassen berichtet: Separate Informationen in Form von Flyern, Broschüren oder Faltblättern über Inhalt und Ablauf der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI würden demnach eher selten eingesetzt, obwohl sie nach Ansicht der Teilnehmenden im Vergleich zu den Informationen im Rahmen des Anschreibens oder Antragsformulars in der Regel mehr und bessere Informationen enthielten.

| Umfang der Aufklärung und Information | Anzahl Nennungen | |
|---|------------------|------|
| | n | % |
| Ausschließlich Information über Rechtsanspruch | 9 | 25,7 |
| Information über Inhalt und Ablauf der Pflegeberatung in einem Anschreiben oder dem Antragsformular | 13 | 37,1 |
| Information über Inhalt und Ablauf der Pflegeberatung in einem Flyer oder einer Broschüre | 17 | 48,6 |
| Verweis auf weiterführende Informationen (z. B. zur Webseite der Pflegekasse) | 13 | 37,1 |
| Anderes | 2 | 5,7 |

n = 35 Pflegekassen; n = 2 fehlende Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 10: Angaben der Pflegekassen zum Umfang der Aufklärung und Information über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in der Erstinformation
Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen

In diesem Zusammenhang monierten viele Teilnehmende, dass der Großteil der Antragsformulare zu komplex und zu lang sei und Informationen oder Hinweise zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in diesen nicht wahrgenommen würden. In der Praxis zeige sich häufig, dass Versicherte zwar den Wunsch nach einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ankreuzten, allerdings bei Kontaktaufnahme der Pflegeberaterin bzw. des Pflegeberaters gar nicht wüssten, was sie angekreuzt hätten. Dies zeige einerseits den Aufklärungsbedarf der Versicherten und verdeutliche andererseits die angesprochenen qualitativen Unterschiede der Informationen zu Ablauf und Inhalt der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegekassen. Viele Betroffene wüssten häufig einfach nicht, was sich hinter dem Angebot verberge (vgl. Kapitel 3.4.3 und 5.2).

Als Anregung schlugen die Fokusgruppenteilnehmenden mehrheitlich vor, die Antragsformulare kassenübergreifend zu vereinheitlichen, zu kürzen und in leichter Sprache, bestenfalls auch mehrsprachig, zur Verfügung zu stellen. Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI könne der Einsatz eines physischen Beratungsgutscheins (nicht im Sinne von § 7b SGB XI) sinnvoll sein, der als Beilage im Schriftverkehr der Pflege- und Krankenkassen kurz gefasst und in einfacher Sprache erkläre, was eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist und wo und bei wem man sie in Anspruch nehmen könne.

Die Frage, ob bei der Erstinformation eine Ansprechperson für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI namentlich genannt wird, haben 34 Pflegekassen in der Online-Befragung beantwortet. Davon gaben elf Pflegekassen (34,4 %) an, eine Ansprechperson namentlich zu benennen. Bei der Mehrheit war diese Ansprechperson eine Sachbearbeiterin oder ein Sachbearbeiter der Pflegekasse (n = 7; 63,6 %). Drei Pflegekassen (27,3 %) gaben direkt die Kontaktdaten einer Pflegeberaterin oder eines Pflegeberaters an. Eine Pflegekasse (9,1 %) gab die Kontaktdaten einer Pflegeberaterin oder eines Pflegeberaters eines Dienstleisters an. Keine Pflegekasse nannte andere Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter eines Dienstleisters, selbstständige Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater oder Ansprechpersonen (Mitarbeitende oder Pflegeberaterinnen und Pflegeberater) einer Beratungsstelle (einschließlich PSP) namentlich in der Erstinformation.

Für die Pflegekassen, die sich selbst als Anlaufstelle für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI angegeben haben (n = 26), wurden im Online-Fragebogen die Kontaktmöglichkeiten der Versicherten genauer erfragt. Grundsätzlich waren bei allen Pflegekassen eine persönliche, schriftliche und auch eine telefonische Kontaktaufnahme möglich, um Interesse an einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu bekunden. Elf Pflegekassen (42,3 %) gaben an, dass sie ein spezielles Formular für die Interessenbekundung für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nutzen, das entweder postalisch und/oder per E-Mail bzw. über die Webseite der Pflegekasse abgeschickt werden kann. Nach der schriftlichen Interessenbekundung wurden die Versicherten bei den meisten Pflegekassen direkt von einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater telefonisch kontaktiert (n = 23; 88,5 %). In manchen Fällen erfolgt der Anruf auch durch eine Sachbearbeiterin oder einen Sachbearbeiter (n = 3; 11,5 %).

Bei telefonischer Kontaktaufnahme erreichten die Versicherten hingegen nur bei vier Pflegekassen (15,4 %) direkt eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater. Bei 18 Pflegekassen (69,2 %) gelangten die Versicherten telefonisch direkt zu einer Sachbearbeiterin oder einem Sachbearbeiter. Vier Pflegekassen (15,4 %) gaben an, dass die Versicherten zunächst zu einer Hotline oder einem Callcenter gelangen und von dort zu einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater weitergeleitet werden. Die Möglichkeit, dass nach Kontaktaufnahme mit einem Callcenter die Weiterleitung zu einer Sachbearbeiterin oder einem Sachbearbeiter erfolgt, berichtete keine der 26 Pflegekassen.

In den Fokusgruppen wurde dagegen der Eindruck vermittelt, dass Betroffene häufiger zunächst an Callcenter oder Hotlines ihrer Pflegekasse gelängen. Dieser Punkt wurde vielfach von den Teilnehmenden als eine Barriere der Inanspruchnahme bewertet, da dies pflegebedürftige Personen sowie deren Angehörige abschrecke und eine schnelle Hilfe verhindere. Gleichzeitig erschwere dies auch die Kontaktaufnahme durch Fachpersonal, wie dem Krankenhaussozialdienst oder kommunalen Beraterinnen und Beratern von PSP. Die Nennung persönlicher Ansprechpersonen würde sich daher aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmenden förderlich auf die Inanspruchnahme von Pflegeberatung nach § 7a SGB XI für Pflegebedürftige und deren Angehörige auswirken. Positiv hervorgehoben wurden in diesem Rahmen bspw. Internetauftritte einzelner Pflegekassen, die jeweils ihre zuständigen Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater einschließlich Kontaktdaten auflisten würden. Aber auch das Portal des Landesministeriums Sachsen-Anhalt in Zusammenarbeit mit den Landesverbänden der Krankenkassen stelle im Rahmen der Vernetzten Pflegeberatung übersichtsartig alle relevanten Ansprechpersonen pro Kreis dar.

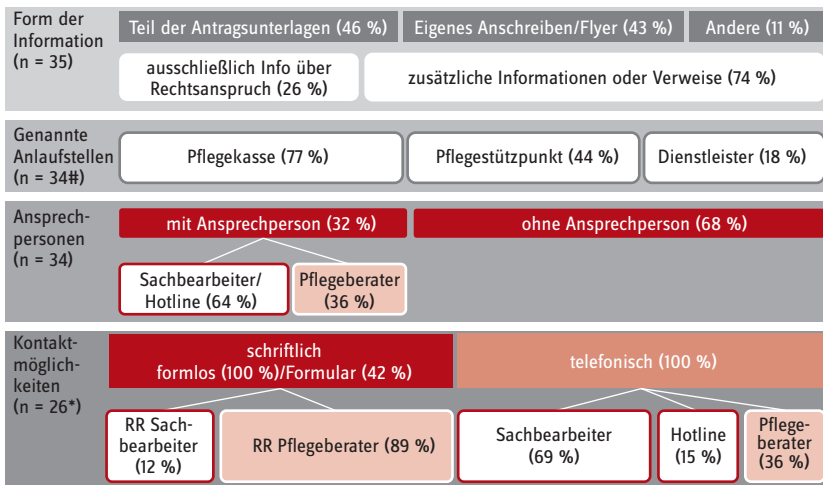


Abb. 3: Wege der Information durch die Pflegekassen und der Kontaktaufnahme mit der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater
Quelle: Online-Befragung der Pflegekassen
Anmerkungen: n = 34-35 Pflegekassen; n = 2-3 fehlende Angaben; # n = 1 (2,9 %) Angabe sonstige Anlaufstelle; * nur Pflegekassen (n = 26), die die Pflegekasse als Anlaufstelle genannt haben; RR = telefonischer Rückruf

Abb. 3 zeigt eine Zusammenfassung der Informationswege und Zugänglichkeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen nach der Erstinformation. Wäh-

rend die generelle Information der Versicherten über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zeitnah erfolgte, fehlte bei dieser Information häufig eine konkrete Ansprechperson. Aber auch wenn eine konkrete Ansprechperson angegeben wurde, erreichen die Versicherten dort meist nicht direkt eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater, sondern zunächst andere Mitarbeitende, von denen sie weitervermittelt werden müssen. Bei schriftlicher Kontaktaufnahme wurde hingegen in der Regel von der Pflegekasse gleich der Kontakt zur Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater hergestellt.

Die Frage, ob bei der Erstinformation ein konkreter Termin für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI genannt wird, haben 34 Pflegekassen beantwortet. Insgesamt gaben vier Pflegekassen (11,8 %) an, einen oder mehrere konkrete Terminvorschläge für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit der Erstinformation zu versenden.

Damit wird die Vorgabe aus § 7b Abs. 1 SGB XI, dass eine konkrete Ansprechperson und ein konkreter Termin nach Eingang eines Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung genannt werden, wenn kein Beratungsgutschein eingesetzt wird, bei der Mehrzahl der befragten Pflegekassen nicht erfüllt. Nur 38,5 % der 26 Pflegekassen (n = 10), die sich selbst als Anlaufstelle für eine Pflegeberatung nennen, gaben eine Ansprechperson an und nur drei dieser Pflegekassen (11,5 %) machten konkrete Terminvorschläge.

Das mittels des Fragebogens beschriebene Vorgehen bei der Information der Antragstellenden stellte für die jeweilige Pflegekasse den Normalfall dar. Es gab aber bei einigen Pflegekassen auch Situationen, in denen von diesem Standardvorgehen abgewichen wird (n = 16; 47,1 % von 34 Pflegekassen). Abweichungen traten meist aufgrund von Besonderheiten der lokalen Pflegeberatungsstrukturen (n = 6; 37,5 %) auf. Teilweise wurde auch eine geringe Versichertendichte als Grund für Abweichungen genannt (n = 2; 12,5 %). Keine der Pflegekassen gab an, dass sie aufgrund von besonderen Verträgen oder Vereinbarungen manchmal vom Vorgehen abweicht. Häufig wurden jedoch sonstige Gründe genannt, die meist eine anlassbezogene Pflegeberatung und nicht unbedingt die Erstinformation der Antragstellenden betrafen (n = 8; 50,0 %; z. B. Hinweise aus Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Empfehlungen aus dem MDK-Gutachten oder bei Einbindung des Entlassmanagements). Abweichungen gab es in allen abgefragten Bereichen der Information der Versicherten.

3.4.1.2 Weitere Öffentlichkeitsarbeit der Pflegekassen

Im Online-Fragebogen haben 33 Pflegekassen Angaben dazu gemacht, ob sie neben der Erstinformation über den Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI weitere Maßnahmen zur Bekanntmachung des Angebots unternehmen. Nur drei Pflegekassen (9,1 %) gaben an, dass sie solche Maßnahmen nicht ergreifen. Die meisten Pflegekassen gaben an, dass sie mit dem Thema Pflegeberatung durch öffentlichkeitswirksames Auftreten (z. B. Vorträge, Informationsveranstaltungen) präsent sind (n = 25; 75,8 %), in

ihrer Mitgliederzeitschrift über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI informieren (n = 21; 63,6 %) oder Werbung im Internet schalten (n = 17; 51,5 %). Weitere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden von 6,1 % (Werbung im Fernsehen) bis 27,3 % (Anzeigen in Zeitungen/Zeitschriften) der Pflegekassen berichtet.

Ergänzend zu den Ergebnissen der Online-Befragungen wurde in den Fokusgruppen berichtet, dass einzelne Pflegekassen und auch externe Dienstleister zunehmend mit größeren Firmen/Betrieben bzw. Arbeitgebern kooperieren bzw. dort Informationsveranstaltungen rund um das Thema Pflege und Pflegeberatung anbieten. Dieses Potenzial sollte aus Sicht einiger Fokusgruppenteilnehmenden in Zukunft stärker genutzt werden, um einerseits Multiplikatoren zu gewinnen und andererseits frühzeitiger für das Thema Pflege zu sensibilisieren. Fokusgruppen-übergreifend wurde außerdem die Notwendigkeit für eine gesteigerte Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf das Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI gesehen. Die regelmäßige präventive Information von Versicherten bestimmter Altersgruppen (ohne Pflegebedürftigkeit) wurde hier bspw. als sinnvolle Maßnahme in Betracht gezogen. Denkbar wäre auch eine kassenunabhängige Bewerbung des Pflegeberatungsangebots nach § 7a SGB XI durch eine neutrale Stelle, z. B. in Form eines Flyers initiiert durch das BMG oder den GKV-Spitzenverband als übergeordnetes Gremium.

In der Online-Befragung gaben zudem die meisten der 33 Pflegekassen an, dass sie ihre Versicherten bei Bedarf auf das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hinweisen. Sowohl vor Antragstellung als auch bei Versicherten mit Leistungsbezug des SGB XI informierten demnach die Mitarbeitenden bei allen 33 Pflegekassen ihre Versicherten über das Angebot, falls sie das Gefühl hatten, dass hier Bedarf besteht – bei 10 Pflegekassen (30,3 %) gab es für die Mitarbeitenden zum Zeitpunkt vor der Antragstellung und bei 14 Pflegekassen (42,4 %) bei Versicherten mit Leistungsbezug eine konkrete Dienstanweisung, in einem solchen Fall auf das Beratungsangebot nach § 7a SGB XI zu verweisen. Auch die Mitarbeitenden der Krankenkassen verwiesen bei fast allen Pflegekassen (n = 32; 97,0 %) auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, falls Bedarf besteht – hier gab es bei elf Pflegekassen (33,3 %) eine konkrete Dienstanweisung dazu.

In den Fokusgruppen entstand entgegen diesen Ergebnissen eher der Eindruck, dass Verbesserungspotenzial bestehe, und die Teilnehmenden wünschten sich, dass diese Verweisfunktion unter den Mitarbeitenden der Pflege- und Krankenkassen besser umgesetzt werde. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Regelung, auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Bedarfsfall zu verweisen, zwar bei den Pflege- und Krankenkassen besteht, dies aber in der Praxis nicht immer umgesetzt wird.

3.4.2 Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstellen

Die Auswertungen zur Öffentlichkeitsarbeit aus der Online-Befragung der Beratungsstellen basieren auf den Angaben von 30 Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (davon n = 15 PSP; n = 9 fehlende Angaben), und 54 vielfältigen anderen Beratungsstellen zum Thema Pflege (n = 6 fehlende Angaben; vgl. Kapitel 2.2.3 für Details zu den befragten Beratungsstellen).

| Mittel der Öffentlichkeitsarbeit | BST mit § 7a SGB XI | | BST ohne § 7a SGB XI | |
|---|---------------------|-------|----------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Informationsveranstaltungen/Info-Tour/Stände auf Konferenzen | 23 | 79,3* | 34 | 64,2* |
| Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren in der Bevölkerung | 25 | 83,3 | 46 | 85,2 |
| Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren bei Hausärztinnen/-ärzten | 23 | 76,7 | 39 | 72,2 |
| Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren in Krankenhäusern | 22 | 78,6+ | 35 | 66,0* |
| Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren bei Pflegediensten | 18 | 62,1* | 28 | 52,8* |
| Eigene Webseite im Internet | 22 | 75,9* | 49 | 90,7 |
| Anbringen von Werbung im öffentlichen Raum | 10 | 34,5* | 13 | 25,0+ |
| Persönliches Vorstellen bei Hausärztinnen/-ärzten | 17 | 58,6* | 29 | 53,7 |
| Persönliches Vorstellen bei Krankenhäusern | 13 | 46,4+ | 27 | 50,9* |
| Persönliches Vorstellen bei Pflegediensten | 16 | 55,2* | 19 | 35,2 |
| Persönliches Vorstellen bei weiteren relevanten Akteuren | 20 | 69,0* | 39 | 72,2 |
| Veröffentlichung von Beiträgen in Presse/Rundfunk/Fernsehen/Internet | 23 | 76,7 | 32 | 61,5+ |
| Andere Mittel/Maßnahmen | 3 | 11,5# | 3 | 6,1- |

n = 30 BST mit § 7a SGB XI (davon n = 15 PSP; n = 9 fehlende Angaben); n = 54 BST ohne § 7a SGB XI (n = 6 fehlende Angaben); * n = 29 BST mit § 7a SGB XI bzw. n = 53 BST ohne § 7a SGB XI; + n = 28 BST mit § 7a SGB XI bzw. n = 52 BST ohne § 7a SGB XI; # n = 26 BST mit § 7a SGB XI bzw. n = 50 BST ohne § 7a SGB XI; - n = 25 BST mit § 7a SGB XI bzw. n = 49 BST ohne § 7a SGB XI; Mehrfachnennungen möglich; BST = Beratungsstelle; PSP = Pflegestützpunkt

Tab. 11: Genutzte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit von Beratungsstellen mit und ohne Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
Quelle: Online-Befragung der Beratungsstellen

Ob bestimmte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit, wie das Verteilen von Flyern, die Teilnahme an Veranstaltungen, Veröffentlichungen, die eigene Webseite, Werbung im öffent-

lichen Raum oder das persönliche Vorstellen der Beratungsstelle bei bestimmten Akteuren, genutzt wurden, ist in Tab. 11 zusammengefasst. Insgesamt zeigte sich ein reger Einsatz von Mitteln der Öffentlichkeitsarbeit bei allen befragten Beratungsstellen. Bei den Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, wurde lediglich die Werbung im öffentlichen Raum von deutlich weniger als der Hälfte genutzt (n = 10; 34,5 %). Nur knapp die Hälfte dieser Beratungsstellen gaben an, sich persönlich in Krankenhäusern vorzustellen (n = 13; 46,4 %). Alle anderen abgefragten Mittel wurden mindestens von 55 % der Beratungsstellen eingesetzt. Die anderen Beratungsstellen zum Thema Pflege, die keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, nutzten auch die Werbung im öffentlichen Raum am seltensten (n = 13; 25,0 %). Zudem gaben nur 19 dieser Beratungsstellen (35,2 %) an, dass sie sich persönlich bei ambulanten Pflegediensten vorstellen, was daran liegen kann, dass die Beratungsstellen zum Teil selber bei einem ambulanten Pflegedienst angegliedert sind. Alle anderen Mittel der Öffentlichkeitsarbeit wurden von mindestens 50 % der anderen Beratungsstellen genutzt.

Zu den genutzten Mitteln wurde zusätzlich abgefragt, als wie wirksam sie eingeschätzt werden (Abb. 4). Aufgrund der geringen Fallzahl wurden die Ergebnisse der Beratungsstellen mit Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der anderen Beratungsstellen zum Thema Pflege zusammengefasst. Die Beratungsstellen wurden nur, wenn sie das Mittel einsetzen, nach der Wirksamkeit gefragt, so dass zu jedem Mittel der Öffentlichkeitsarbeit Daten von 23 bis 71 Beratungsstellen vorliegen. Über die Hälfte der Beratungsstellen gaben an, dass die eigene Webseite (n = 34; 54,0 %), die persönliche Vorstellung bei anderen Akteuren als Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern oder ambulanten Pflegediensten (n = 39; 67,2 %) und Veröffentlichungen von Beiträgen in diversen Medien (n = 30; 57,7 %) das Pflegeberatungsangebot viel oder sehr viel bekannter gemacht haben. Für die anderen Mittel der Öffentlichkeitsarbeit gaben die meisten Beratungsstellen (55,6 % bis 80,0 %) an, dass diese die Pflegeberatung gar nicht bis mäßig bekannter gemacht haben.

Zusätzlich wurden die Beratungsstellen nach den Gründen gefragt, warum sie bestimmte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit nicht einsetzen. Dabei konnten folgende Gründe angegeben werden: Das Mittel ist nicht sinnvoll; die Öffentlichkeitsarbeit in der Form gehört nicht zum Aufgabenbereich; es fehlt an finanziellen Ressourcen; es fehlt an personellen oder zeitlichen Ressourcen. Da die meisten Beratungsstellen die abgefragten Mittel der Öffentlichkeitsarbeit einsetzten, liegen nur wenige Angaben zu dieser Abfrage vor. Die Auswertung erfolgte gemeinsam für alle teilnehmenden Beratungsstellen, wobei je Kategorie Antworten von 12 bis 58 Beratungsstellen vorliegen (davon n = 5-19 Beratungsstellen mit Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI).

Für alle Mittel der Öffentlichkeitsarbeit wurden jeweils als häufigster Grund für eine Nichtnutzung die fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen genannt (zwischen

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

27,8 % und 55,6 %). Wenn man speziell die drei als besonders effektiv bewerteten Mittel betrachtet, standen auch hier die fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen im Vordergrund: Es nannten 55,6 % von 27 Beratungsstellen (n = 15) bei den Veröffentlichungen, 54,2 % von 24 Beratungsstellen (n = 13) beim persönlichen Vorstellen bei relevanten Akteuren und 41,7 % von 12 Beratungsstellen (n = 5) bei der eigenen Webseite diesen Grund für die Nichtnutzung.

Für Veröffentlichungen spielten zudem bei 29,6 % der Beratungsstellen (n = 8) fehlende finanzielle Ressourcen eine Rolle, während dies bei dem persönlichen Vorstellen (8,3 %; n = 2) und der eigenen Webseite (16,7 %; n = 2) eine geringere Rolle spielte. Alle drei Mittel wurden nur selten nicht eingesetzt, weil dies außerhalb des Aufgabenbereichs der Beratungsstelle lag (14,8 %, n = 4 bei Veröffentlichungen; 4,2 %, n = 1 bei persönlichem Vorstellen; 16,7 %, n = 2 bei der eigenen Webseite) oder die Beratungsstelle die Methode nicht sinnvoll fand (7,4 %, n = 2 bei Veröffentlichungen; 8,3 %, n = 2 bei persönlichem Vorstellen; 8,3 %, n = 1 bei der eigenen Webseite).

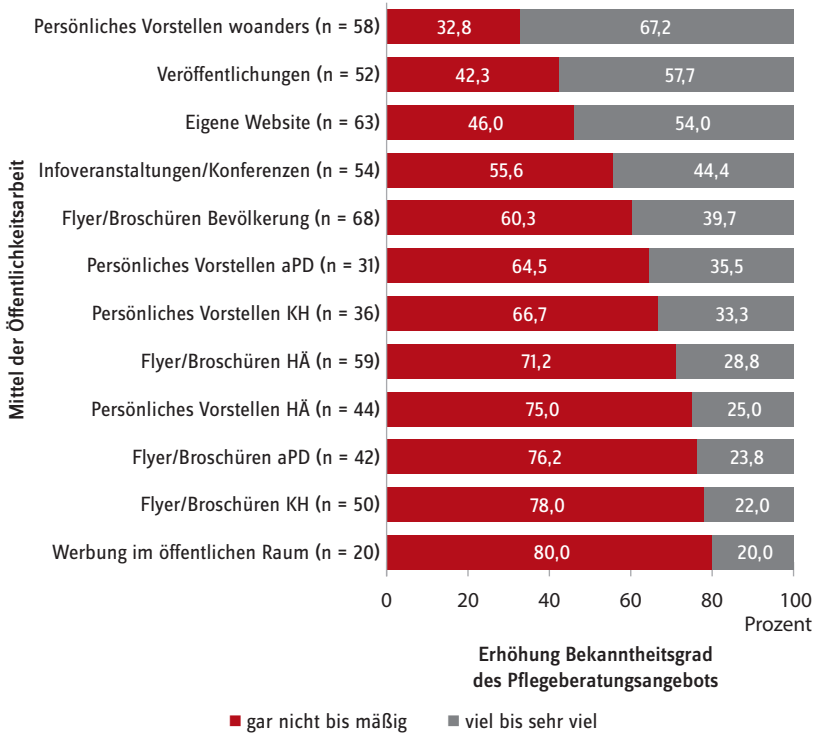


Abb. 4: Erhöhung der Bekanntheit des Beratungsangebots der Beratungsstelle zum Thema Pflege durch die eingesetzten Mittel der Öffentlichkeitsarbeit
 Quelle: Online-Befragung der Beratungsstellen
 Anmerkungen: n = 23-71 Beratungsstellen zum Thema Pflege, die dieses Mittel der Öffentlichkeitsarbeit nutzen (davon n = 9-23 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI; n = 1-7 fehlende Angaben); Frage: „Inwiefern haben die genutzten Mittel Ihrer Meinung nach die Bekanntheit des Pflegeberatungsangebots Ihrer Beratungsstelle erhöht?“. Antwortkategorien: 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mäßig, 4 = viel, 5 = sehr viel. Kategorien 1 bis 3 zu gar nicht bis mäßig und Kategorien 4 und 5 zu viel bis sehr viel zusammengefasst. HÄ = Hausärztinnen und Hausärzte; KH = Krankenhäuser; aPD = ambulante Pflegedienste

Ein ähnliches Bild zeichnete sich auch in den Ergebnissen der Fokusgruppen ab, wobei verschiedene Akteure betonten, dass eben jene als wirkungsvoll beschriebenen Maßnahmen noch nicht ausgeschöpft seien. Pflegerelevante bzw. speziell für die Beratungsstelle relevante Akteure vor Ort müssten noch regelmäßiger über das Angebot informiert bzw. persönlich aufgesucht werden. Gleichzeitig bedürfe es in einigen Bundesländern einer verstärkten Werbung auf Kreisebene. Dies betreffe bspw. PSP, die bisher noch wenig bis gar nicht in lokalen Portalen vertreten bzw. nur über Webseiten auf Landesebene erreichbar sind. Ebenfalls wirksam und sinnvoll wären regionale und regelmäßig aktualisierte Broschüren mit einer Übersicht aller relevanten Angebote rund um das Thema Pflege, wie dies bspw. bereits in Form von Seniorenwegweisern in vielen Regionen gemacht werde. Häufig fehle es jedoch auch hier an personellen Ressourcen zur Umsetzung, aber auch an finanziellen Ressourcen, um die Ausgabe auch als Printversion insbesondere älteren Menschen zur Verfügung stellen zu können.

Zusammenfassend sind die Beratungsstellen laut den Angaben der Befragung und auch nach den Informationen aus den Fokusgruppen sehr aktiv in der Öffentlichkeitsarbeit. Allerdings werden viele Maßnahmen als nicht bis mäßig effektiv bewertet. Wirkungsvoll, um die Bekanntheit des Pflegeberatungsangebots zu steigern, scheinen laut der Einschätzung der befragten Beratungsstellen das persönliche Vorstellen bei speziell für die Beratungsstelle relevanten Akteuren, die eigene Webseite und vor allem die Veröffentlichung von Beiträgen in verschiedenen Medien zu sein. Beratungsstellen, die diese Mittel nicht einsetzen, gaben am häufigsten an, dass dies an zu geringen personellen und zeitlichen Ressourcen liege.

3.4.3 Zugänglichkeit

Zur Kenntnis, Erreichbarkeit und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden an dieser Stelle vorwiegend Ergebnisse aus den Fokusgruppen zusammengefasst. Um die möglicherweise selektiven Sichtweisen einzelner Fokusgruppenteilnehmender zu untermauern, werden die gewonnenen Erkenntnisse durch Ergebnisse der Online-Befragung der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, und durch Bezüge zu anderen quantitativen Ergebnissen ergänzt. Es wird die Sicht der Beteiligten wiedergegeben, die entweder die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI selbst anbieten oder die in die Versorgung der Betroffenen involviert sind (z. B. Vertreterinnen und Vertreter von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen). Die Einschätzungen zur Kenntnis und Zugänglichkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aus Sicht der Betroffenen sind in Kapitel 5.2 dargestellt.

3.4.3.1 Kenntnis des Pflegeberatungsangebots nach § 7a SGB XI

Die Mehrzahl der teilnehmenden Akteure in den Fokusgruppen war sich einig, dass das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie deren Inhalt bei Pflegebedürftigen

und deren Angehörigen zu wenig bis gar nicht bekannt sei. Ausnahmen wurden von einzelnen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen berichtet. In der Online-Befragung der Beratungsstellen zeigte sich kein so negatives Bild, aber dennoch schätzten ungefähr ein Drittel der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, die eigene Bekanntheit (n = 11; 34,4 %) als zu gering bis mäßig ein⁵².

Aus den Fokusgruppen ging ferner hervor, dass auch bei relevanten Akteuren des gesundheitlichen Versorgungssystems eine ähnlich geringe Kenntnis, vor allem bezogen auf die Inhalte des Angebots, vorliege. Diese führe dazu, dass Betroffene trotz eines entsprechenden Bedarfs von anderen Akteuren des Versorgungssystems häufig nicht an die Pflegeberatung verwiesen würden. Viele Teilnehmende sahen es daher als notwendig an, insbesondere die Ärzteschaft, aber auch andere pflegerelevante Akteure (das Entlassmanagement der Krankenhäuser sowie der MDK bzw. der Sozialmedizinische Dienst (SMD)⁵³), stärker als Multiplikatoren einzubinden (vgl. Kapitel 6.3.2).

In den Fokusgruppen vertretene Pflegedienste berichteten ebenfalls von einer geringen Kenntnis und Inanspruchnahme des Pflegeberatungsangebots nach § 7a SGB XI seitens der Pflegegeldbeziehenden. Auf der einen Seite würden diese teilweise erst bei den Beratungseinsätzen in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI von diesem Angebot erfahren, andererseits würden manche Pflegedienste nach Aussage verschiedener Akteure gar nicht erst auf das Angebot verweisen (vgl. Kapitel 7.4.3). Als Gründe wurden hier u. a. mangelnde Kenntnis, aber auch Konkurrenzempfinden angeführt (vgl. Kapitel 6.3.4).

3.4.3.2 Erreichbarkeit der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten

Die Bekanntheit und Erreichbarkeit der PSP wurde in den Fokusgruppen eher kontrovers diskutiert. Einschätzungen eines geringen bzw. guten Bekanntheitsgrads hielten sich ungefähr die Waage. Regionale Unterschiede zeichneten sich sowohl in Abhängigkeit des Regionstyps (städtisch/ländlich) als auch aufgrund der historisch gewachsenen Vorstrukturen ab. Aufgrund der schlechteren Zugänglichkeit bzw. Erreichbarkeit - weite Wege, weniger ausgebauter ÖPNV - sei die Bekanntheit der PSP in ländlichen Regionen häufig geringer. In manchen Regionen gäbe es bereits mobile Sprechstunden oder Sprechtage, bei denen Mitarbeitende des PSP ihre Beratung an wechselnden Orten anbieten (vgl. Kapitel 3.3.1). Dies könne insgesamt zu einer besseren Erreichbarkeit und Inanspruchnahme beitragen. Die Akteure plädierten dafür, PSP grundsätzlich an mög-

52 „Wie bekannt ist Ihre Beratungsstelle Ihrer Einschätzung nach bei Personen mit einem Pflegeberatungsbedarf?“ Antwortkategorien: 1 = deutlich zu gering, 2 = eher zu gering, 3 = mäßig, 4 = eher hoch, 5 = hoch. Kategorien 1, 2 und 3 wurden zu deutlich zu gering bis mäßig und Kategorien 4 und 5 zu hoch bis sehr hoch zusammengefasst. n = 32 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI (davon n = 15 PSP; n = 7 fehlende Angaben)

53 Der SMD übernimmt für die Knappschaft die Aufgaben des MDK.

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

lichst zentralen Orten der Region zu errichten, um die Sichtbarkeit und damit die Präsenz zu erhöhen. In Regionen, wo PSP bspw. in den Räumen der Kommunalverwaltung verortet wurden, würden diese gut angenommen.

Die Erreichbarkeit der Beratungsstellen wurde auch im Online-Fragebogen erfragt. Die befragten Beratungsstellen wurden gebeten, folgende Bereiche einzuschätzen: bauliche Barrierefreiheit ist gegeben; gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln; genügend Parkmöglichkeiten; ausreichende Öffnungszeiten; ausreichende telefonische Erreichbarkeit⁵⁴. Insgesamt 35 Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, haben dazu Angaben gemacht und es zeichnete sich in den meisten Bereichen ein positives Bild der Zugänglichkeit ab. Von den 35 Beratungsstellen gaben 30 (85,7 %) an, dass eine ausreichende bauliche Barrierefreiheit gegeben ist. Ebenso gab die Mehrheit an, dass die Beratungsstelle gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist (n = 29; 82,9 %) und ausreichend Parkplätze zur Verfügung stehen (n = 23; 65,7 %). Auch bei den Öffnungszeiten und der telefonischen Erreichbarkeit gab die große Mehrheit der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, an, dass diese ausreichend sind (n = 27, 77,1 % Öffnungszeiten; n = 28, 80,0 % telefonische Erreichbarkeit).

3.4.3.3 Wahrgenommene Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

In den Fokusgruppen wurde zumeist über eine spürbare Zunahme der Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren berichtet. Trotzdem sehen ein Drittel der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (n = 10; 31,3 %), die Inanspruchnahme⁵⁵ als zu gering bis mäßig an.

Die Fokusgruppenteilnehmenden berichteten insbesondere, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht gut erreicht würden. Neben Sprach- und Kulturbarrieren, die den Zugang erschweren, spielte dabei die Tatsache eine Rolle, dass Pflege in diesen Gruppen primär innerfamiliär organisiert werde. In der Online-Befragung der Beratungsstellen gaben auch nur 17,1 % der 39 Beratungsstellen (n = 6), die Pflegeberatung nach

54 „Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen haben Schwierigkeiten, unsere Beratungsstelle ohne fremde Hilfe aufzusuchen, da die bauliche Barrierefreiheit der Beratungsstelle nicht in ausreichendem Maße gegeben ist (z. B. kein Fahrstuhl; Treppenstufen).“ / „Die Beratungsstelle ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen (z. B. nächste Haltestelle ist nicht weit von der Beratungsstelle entfernt; viele Busverbindungen).“ / „Es gibt genügend Parkmöglichkeiten in unmittelbarer Nähe der Beratungsstelle.“ / „Die Öffnungszeiten der Beratungsstelle reichen völlig aus, um den Pflegeberatungsbedarf zu decken.“ / „Die telefonische Erreichbarkeit der Beratungsstelle ist völlig ausreichend.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Negative Aussagen wurden umkodiert. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 35 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI (davon n = 17 PSP; n = 4 fehlende Angaben)

55 „Wie hoch ist in Ihrem Einzugsgebiet Ihrer Einschätzung nach der Anteil der Personen mit einem Pflegeberatungsbedarf, der sich von Ihrer Beratungsstelle beraten lässt?“ Antwortkategorien: 1 = deutlich zu gering, 2 = eher zu gering, 3 = mäßig, 4 = eher hoch, 5 = hoch. Kategorien 1, 2 und 3 wurden zu deutlich zu gering bis mäßig und Kategorien 4 und 5 zu hoch bis sehr hoch zusammengefasst. n = 30 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI (davon n = 13 PSP; n = 9 fehlende Angaben)

§ 7a SGB XI anbieten, an, dass sie Menschen mit Sprachbarrieren ohne Schwierigkeiten beraten können⁵⁶. Die Beratungsstellen wurden zudem zum Umgang mit Anfragen von Menschen mit geringen Deutschkenntnissen befragt, wozu 29 Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten und Anfragen von dieser Personengruppe erhalten, Auskunft gegeben haben (Tab. 12). Nur wenige Beratungsstellen gaben an, dass sie diese Menschen ohne jegliche Unterstützung von Übersetzern (mehrsprachige Berater, Angehörige oder externe Übersetzer) beraten würden (n = 1; 3,4 %). Keine Beratungsstelle, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbietet, verweist diese Personen ausschließlich an andere Beratungsstellen, ohne selbst zu beraten. Am häufigsten gaben die Beratungsstellen an, dass sie Angehörige als Übersetzerinnen oder Übersetzer in der Beratung einsetzen (n = 25; 86,2 %). Ein nicht ausreichendes Beratungsangebot für Menschen mit Migrationshintergrund wird auch in Kapitel 3.3.3 beschrieben.

| Umgang mit Anfragen von Personen mit geringen Deutschkenntnissen | Anzahl Nennungen | |
|--|------------------|------|
| | n | % |
| Beratung im Rahmen der regulären Beratungstätigkeit | 19 | 65,6 |
| Einsatz von mehrsprachigen Beraterinnen oder Beratern | 13 | 44,8 |
| Einsatz von speziellem Informationsmaterial | 13 | 44,8 |
| Einsatz von Angehörigen als Übersetzerinnen oder Übersetzer | 25 | 86,2 |
| Einsatz von externen Übersetzerinnen oder Übersetzern | 13 | 44,8 |
| Weitervermittlung an andere Stellen | 4 | 13,8 |
| Anderes | 0 | 0,0 |

n = 29 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI, die Anfragen von der Zielgruppe erhalten (davon n = 19 PSP); n = 10 Beratungsstellen ohne Anfragen der Zielgruppe; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich; PSP = Pflegestützpunkt

Tab. 12: Umgang mit Anfragen von Personen mit geringen Deutschkenntnissen von Beratungsstellen mit Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
Quelle: Online-Befragung der Beratungsstellen

In den Fokusgruppen wurde aber auch von weiteren Personengruppen berichtet, die das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht bzw. kaum in Anspruch nehmen würden. Diese seien bspw. sozial benachteiligt, hätten (noch) keinen Pflegegrad, seien alleinstehend und hochaltrig und/oder hätten keine Angehörigen. Auch wenn nie alle, die einen Bedarf haben, erreicht werden könnten, stelle dies ein großes Problem dar. Einen Hinweis auf eine solche schwer erreichbare Personengruppe ergab auch die

56 „Menschen mit Sprachbarrieren (z. B. gehörlose Menschen oder Menschen mit geringen Deutschkenntnissen) können wir ohne Schwierigkeiten beraten.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 35 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI (davon n = 17 PSP; n = 4 fehlende Angaben)

Verständnis,
Strukturen und
Inanspruchnahme

Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (Kapitel 5.2.2). Häufig gelangen diese Personengruppen erstmalig im Zuge eines Krankenhausaufenthalts mit dem Hilfesystem in Kontakt. In dieser Akutsituation gestaltet es sich jedoch vielfach schwierig, ad hoc Hilfe und Unterstützung innerhalb kurzer Zeiträume zu organisieren bzw. eine Folgeversorgung sicherzustellen. Die Überleitung an bzw. Einbindung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater werde an dieser Stelle, z. B. im Rahmen des Entlassmanagements, notwendig, könne und werde in der Praxis jedoch häufig nicht umgesetzt. Aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmenden gebe es an dieser Schnittstelle noch enorme Verbesserungspotenziale in der beidseitigen Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst der Krankenhäuser und den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern (vgl. Kapitel 6.3).

4 Perspektive der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Zur Beschreibung der Prozesse und Erfahrungen in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater werden vorwiegend Daten der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausgewertet.

Perspektive der
Pflegeberaterinnen
und Pflegeberater

Zunächst werden allgemeine Angaben zur beruflichen Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie zur ausgeübten Tätigkeit im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI außerhalb und im PSP berichtet (Kapitel 4.1). Die anschließend dargestellten Informationen zum Beratungsgeschehen in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI umfassen den Beratungsumfang und die Beratungsdauer, den Einbezug weiterer Personen in den Beratungsprozess, das Fallmanagement und den Versorgungsplan sowie die Terminvergabe und Nutzung von zusätzlichen Daten und Materialien (Kapitel 4.2). Beratungsinhalte und -themen werden anschließend aufgeschlüsselt, wobei auch die Dokumentation der Beratung und die Koordination der Versorgung thematisiert werden (Kapitel 4.3). Ferner wird berichtet, wie die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater selbst die Beratungsqualität, auch im Hinblick auf Neutralität und Unabhängigkeit, und ihre eigene Beratungskompetenz einschätzen (Kapitel 4.4). Abschließend wird auf zielgruppenspezifische Angebote und den durchschnittlichen Beratungsumfang eingegangen (Kapitel 4.5).

Datengrundlage für alle nachfolgenden Auswertungen des Kapitels sind die Antworten der Beraterinnen und Berater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen. Wenn es relevant erscheint, wird zwischen den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die im PSP arbeiten, und solchen, die nicht im PSP arbeiten, unterschieden.

Beratungstätigkeiten der befragten Beraterinnen und Berater

Von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen, gaben 14,1 % (n = 37) an, im PSP zu beraten, und 225 (85,9 %) führten die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI außerhalb des PSP durch.

Ungefähr ein Drittel der Beraterinnen und Berater, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen, machten auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI (32,4 %; n = 85) und 12,6 % (n = 33) waren zusätzlich in anderen Beratungen zum Thema Pflege tätig. Beauftragt über den § 7b SGB XI erbrachten 20,2 % (n = 53) der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Weitere Informationen zu den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die zusätzlich oder ausschließlich Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, finden sich in Kapitel 7.

4.1 Allgemeine Angaben zu den befragten Beraterinnen und Beratern

In diesem Kapitel geht es um die regionale Zuständigkeit, das Anstellungsverhältnis, die beruflichen Qualifikationen und Arbeitsaufgaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen (n = 262). Wenn es relevant erscheint, wird zwischen diesen beiden Gruppen unterschieden: Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen und nicht im PSP tätig sind (n = 225), und Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die im PSP arbeiten und Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen (n = 37).

4.1.1 Regionale Zuständigkeit

Die regionale Zuständigkeit, im Sinne des Einzugsgebietes der Pflegeberatungstätigkeit, wurde anhand der 29 in die Stichprobe gezogenen Regionen abgefragt (Tab. 2). Entsprechend der Einteilung dieser Regionen in städtische und ländliche Regionen⁵⁷ waren 15,3 % (n = 40) der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nur in ländlichen und 46,0 % (n = 120) nur in städtischen Regionen tätig. Insgesamt waren 11,5 % (n = 30) sowohl städtisch als auch ländlich tätig und 27,2 % von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern wollten keine Angaben zur regionalen Zuständigkeit machen oder waren in anderen Kreisen tätig, als stichprobenbedingt zur Auswahl standen (n = 1 fehlende Angabe). Im Vergleich zur bundesweiten Verteilung der Siedlungsdichte mit 29,5 % ländlichen und 70,5 % städtischen Regionen ist die Pflegeberatung für den städtischen Bereich in dieser Datenerhebung leicht unterrepräsentiert (BBSR, 2017).

4.1.2 Anstellungsverhältnis

Die Mehrheit der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater befand sich in einem festen Anstellungsverhältnis (n = 220; 84,0 %), der verbleibende Teil war entweder freiberuflich/selbstständig (n = 27; 10,3 %) oder freiberuflich/selbstständig mit vertraglicher Verpflichtung nach § 7b SGB XI (n = 14; 5,3 %; n = 1 sonstige Angabe) tätig.

Etwas mehr als die Hälfte der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater arbeiteten in Vollzeit (n = 141; 53,8 %), 24,4 % arbeiteten in Teilzeit mit mehr als 50 % einer Vollzeitstelle (n = 64), 9,9 % mit weniger als 50 % (n = 26) und 7,3 % mit genau 50 % einer Vollzeitstelle (n = 19). Zwölf Personen arbeiteten nach eigenen Angaben von diesen Kategorien abweichend, z. B. auf Abruf (n = 3), auf Honorarbasis (n = 2) oder je nach Auftragslage (n = 1).

57 Die laufende Raubeobachtung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR, 2017) unterscheidet vier Siedlungsstrukturtypen: kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise.

Die Pflegerinnen und Pfleger arbeiteten überwiegend für Pflegekassen (n = 179; 68,3 %) und/oder für Dienstleister einer oder mehrerer Pflegekassen (n = 70; 26,7 %; Tab. 13). Pflegerinnen und Pfleger, die im PSP arbeiteten, waren deutlich seltener für Dienstleister (8,1 % vs. 29,8 %) und häufiger für die Kommune tätig (13,5 % vs. 0,9 %).

| Beauftragende Stelle | Beraterinnen und Berater | | | | | |
|------------------------|--------------------------|------|-------------------|------|--------|------|
| | Gesamt | | außerhalb des PSP | | im PSP | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Pflegekasse | 179 | 68,3 | 155 | 68,9 | 24 | 64,9 |
| Dienstleister | 70 | 26,7 | 67 | 29,8 | 3 | 8,1 |
| Kommune | 7 | 2,7 | 2 | 0,9 | 5 | 13,5 |
| Pflegedienst | 4 | 1,5 | 2 | 0,9 | 2 | 5,4 |
| Andere Beratungsstelle | 8 | 3,1 | 7 | 3,1 | 1 | 2,7 |
| Sonstiges | 19 | 7,3 | 15 | 6,7 | 4 | 10,8 |

Gesamt: n = 262; außerhalb des PSP: n = 225; im PSP: n = 37; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich; PSP = Pflegestützpunkt

Tab. 13: Arbeitgeber/Auftraggeber der befragten Pflegerinnen und Pfleger
Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger

4.1.3 Berufliche Qualifikation und Berufserfahrung

Die Frage nach der beruflichen Qualifikation wurde im Fragebogen von 255 Pflegerinnen und Pflegern beantwortet (n = 7 fehlende Angaben). In Tab. 14 sind die Berufsabschlüsse danach unterteilt, ob die Pflegerin bzw. der Pfleger bei der Pflegekasse angestellt (und ggf. in einem PSP tätig) ist und hierfür die Pflegeberatung erbringt oder für einen Dienstleister arbeitet.

Die Angaben zur Qualifikation der für einen Dienstleister tätigen Pflegerinnen und Pfleger decken sich mit den Angaben aus der Datenabfrage bei den Pflegekassen (Kapitel 3.1.4). Sowohl in den Sekundärdaten als auch in den Daten der befragten Pflegerinnen und Pfleger zeigte sich, dass bei Dienstleistern vor allem Pflegefachkräfte in der Pflegeberatung arbeiten. Bei Beraterinnen und Beratern, die bei einer Pflegekasse bzw. in einem PSP tätig sind, zeigte sich dagegen ein von den Sekundärdaten abweichendes Bild: In der Online-Befragung gaben etwa gleich viele Personen an, Pflegefachkräfte (47,0 %) oder Sozialversicherungsfachangestellte (44,6 %) zu sein. In den Sekundärdaten überwiegt hier die Anzahl der Sozialversicherungsfachangestellten (48,9 % vs. 25,6 %). Da jedoch die Sekundärdaten nicht zwingend belastbar sind (Kapitel 3.1.1), lässt sich schwer abschätzen, ob die Stichprobe der Pflegerinnen und

Pflegerinnen verzerren ist. Bei der Befragung der Pflegerinnen und Pfleger handelt es sich um ein Mehrfachauswahlformat, wonach möglich ist, dass die Befragten mehrere Berufsabschlüsse angeben. Die Angaben der Pflegekassen können zwar auch Mehrfachnennungen beinhalten, diese wurden jedoch von den Pflegekassen möglicherweise nicht immer vollständig wiedergegeben. Die Angaben der Pflegekassen könnten sich überwiegend auf die ihrer Ansicht nach entscheidende Qualifikation für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI konzentrieren.

| Qualifikation | Beraterinnen und Berater angestellt bei | | | |
|---------------------------------------|---|------|---------------|------|
| | Pflegekasse (inkl. PSP) | | Dienstleister | |
| | n | % | n | % |
| Pflegefachkraft | 78 | 47,0 | 60 | 88,2 |
| Sozialversicherungsfachangestellte/-r | 74 | 44,6 | 3 | 4,4 |
| Sozialpädagogin/Sozialpädagoge | 12 | 7,2 | 1 | 1,5 |
| Pflegewissenschaftler/-in | 6 | 3,6 | 4 | 5,9 |
| Sozialarbeiter/-in | 6 | 3,2 | 1 | 1,5 |
| Pflegepädagogin/Pflegepädagoge | 2 | 1,2 | 1 | 1,5 |
| Gesundheitswissenschaftler/-in | 1 | 0,6 | 1 | 1,5 |
| Anderer pflegefachlicher Abschluss | 16 | 9,6 | 10 | 14,7 |
| Anderer sozialrechtlicher Abschluss | 4 | 2,4 | 3 | 4,4 |
| Anderer sozialpädagogischer Abschluss | 1 | 0,6 | 2 | 2,9 |
| Anderer heilpädagogischer Abschluss | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Sonstiges | 20 | 12,0 | 16 | 23,5 |

Angestellt bei Pflegekasse (inkl. PSP): n = 166, n = 5 fehlende Angaben; angestellt bei Dienstleister: n = 68, n = 2 fehlende Angaben; keine Unterscheidung nach Vollzeit- oder Teilzeitstellen; Mehrfachnennungen möglich; PSP = Pflegestützpunkt

Tab. 14: Qualifikationen der bei den Pflegekassen (ggf. im PSP arbeitenden) bzw. bei einem Dienstleister angestellten Pflegerinnen und Pfleger
Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger

Die Pflegerinnen und Pfleger in den PSP weisen ein breiteres Spektrum von beruflichen Abschlüssen auf als ihre Kolleginnen und Kollegen, die nicht im PSP tätig sind: Während unter den Pflegerinnen und Pflegern, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI außerhalb der PSP erbringen, vor allem Pflegefachkräfte (59,6 %) und Sozialversicherungsfachangestellte (32,1 %) tätig waren, arbeiteten im PSP neben Pflegefachkräften (51,4 %) und Sozialversicherungsfachangestellten (21,6 %) u. a. auch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen (16,2 %) sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (13,5 %). Dies könnte in der Arbeitsteilung im PSP begründet sein, wonach dort neben den Beraterinnen und Beratern, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten,

häufig auch Beraterinnen und Berater der Kommune tätig sind, die auch Sozialberatungen durchführen (vgl. Kapitel 3.3.1).

Im Durchschnitt verfügen die befragten Pflegerinnen und Pfleger über 5,0 Jahre Berufserfahrung⁵⁸ in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (n = 246; n = 16 fehlende Angaben; SD = 3,3; Min = 0,0; Max = 11,0).

4.1.4 **Arbeitsaufgaben**

Die Pflegerinnen und Pfleger, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen (n = 262), wurden gebeten, fünf aufgelistete Arbeitsaufgaben im Hinblick auf den Umfang, den die jeweilige Aufgabe einnimmt, einzuschätzen (Abb. 5).

Die Ergebnisse zeigen, dass ein klarer Schwerpunkt auf der Beratungstätigkeit liegt: Insbesondere die ausführliche Beratung wurde dabei als Hauptarbeitsaufgabe gesehen. Fast 80 % sahen in der ausführlichen Beratung und fast zwei Drittel in der Fallbegleitung bei komplexen Bedarfen ihre hauptsächliche Aufgabe oder zumindest einen großen Umfang ihrer Tätigkeit. Im Vergleich dazu wurde sowohl der Arbeitsumfang der aktiven Netzwerkarbeit, im Sinne von Initiierung und Koordinierung, als auch der einfachen Teilnahme an Netzwerktreffen und Veranstaltungen als gering bis mäßig eingeschätzt. Über 20 % berichteten sogar, beide Netzwerkaufgaben nähmen gar keinen Raum in ihrer Tätigkeit ein. Dies passt auch zu den Ergebnissen, dass für die Netzwerkarbeit nur selten ein expliziter Stellenanteil in der Beschreibung der Arbeitsaufgaben der Pflegerinnen und Pfleger festgelegt ist (vgl. Kapitel 6.2).

Beschränkt man die Auswertung auf die Befragten, die als Beraterinnen bzw. Berater im PSP tätig sind, so nahmen auch hier die ausführliche Beratung (94,3 %) sowie die Fallbegleitung (71,5 %) einen großen bis hauptsächlichen Teil der Arbeit ein. Obwohl auch diese Gruppe überwiegend angab, die aktive und teilnehmende Netzwerkarbeit gehöre wenig bis mäßig zu ihren Arbeitsaufgaben (85,7 %), gaben nur 11,4 % an, die Initiierung von Treffen und Vernetzungen würde gar keine Rolle spielen. Nur 2,9 % berichteten, die Teilnahme an Netzwerken würde nicht zu den Arbeitsaufgaben gehören. Diese Angaben decken sich zudem weitestgehend mit den Daten aus der Online-Befragung der 39 Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, wovon 20 auch PSP sind.

⁵⁸ Die Angabe zur Berufserfahrung konnte im Fragebogen mit einer auf- oder abgerundeten Dezimalzahl (x,0 oder x,5 Jahre) angegeben werden. Da Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI frühestens seit 2008 erbracht werden können, wurden acht Werte > 11,0 Jahre Berufserfahrung für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in fehlende Angaben umkodiert.

Perspektive der
Pflegerinnen und
Pfleger

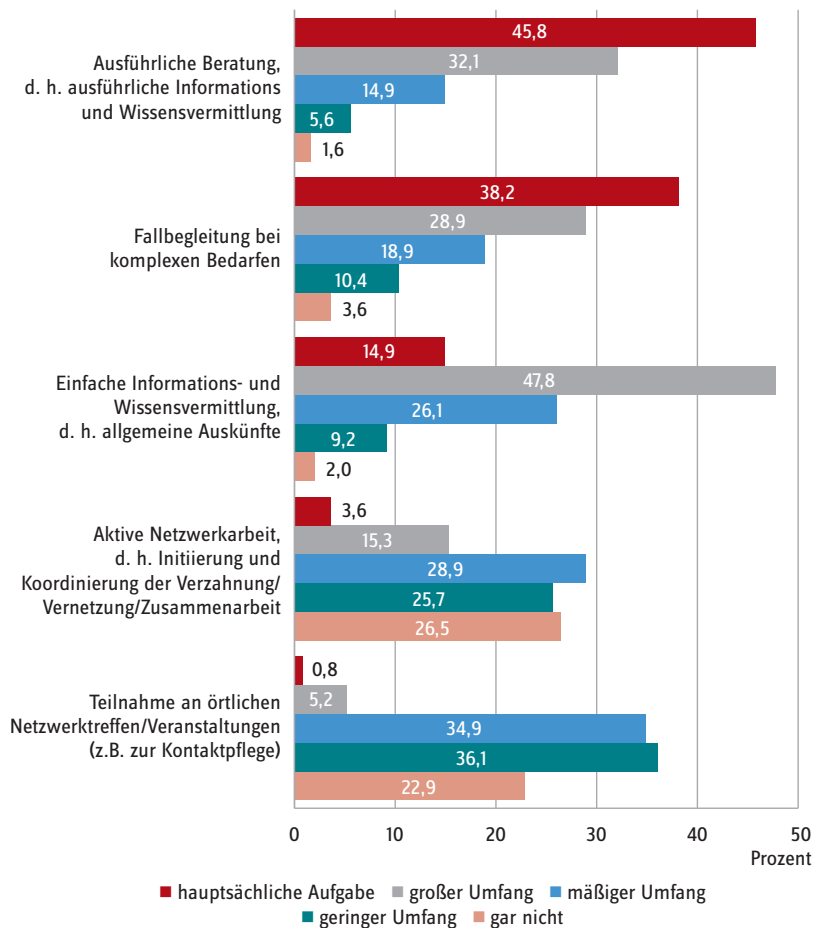


Abb. 5: Umfang der Arbeitsaufgaben der Pflegerinnen und Pfleger, die Pflegeberatung nach § 7a erbringen

Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger

Anmerkungen: n = 249; n = 13 fehlende Angaben

Für die Pflegerinnen und Pfleger, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen, aber nicht im PSP tätig sind, gehörten die ausführliche Beratung (75,3 %) und die Fallbegleitung (66,3 %) ebenfalls zu den großen bis hauptsächlichen Arbeitsaufgaben. Die teilnehmende und die aktive Netzwerkarbeit gehörten mit 69,1 % bzw. 51,4 % wenig bis mäßig zur Beratungstätigkeit. Hier spielte die Initiierung von Netzwerktreffen

allerdings für 29,0 % gar keine Rolle. Selbst die Teilnahme an solchen Treffen gehörte für 26,2 % nicht zu den Arbeitsaufgaben.

Dieser Unterschied zwischen den beiden Beratergruppen hinsichtlich der Relevanz von aktiver und teilnehmender Netzwerkarbeit ist signifikant⁵⁹. Netzwerkarbeit hat für die PSP offenbar ein größeres Gewicht (vgl. Kapitel 1.1.3 und 6.2).

4.2 Beratungsgeschehen

Die Informationen zum Beratungsgeschehen umfassen die allgemeinen Beratungsmodalitäten, die Beratungsdauer und den Beratungsumfang in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Ferner wird berichtet, ob und welche weiteren Personen in den Beratungsprozess einbezogen werden, wie die Terminvergabe erfolgt und welches Material in der Beratung eingesetzt wird. Es werden ausschließlich Daten von Pflegerinnen und Pflegern ausgewertet, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen (n = 262).

4.2.1 Angebotene Beratungsmodalitäten

Zu den angebotenen Beratungsmodalitäten liegen Daten von 253 Pflegerinnen und Pflegern vor (n = 9 fehlende Angaben). Fast alle Pflegerinnen und Pfleger berichteten, dass sie die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI insbesondere in der Häuslichkeit der Ratsuchenden (der Pflegebedürftigen bzw. der pflegenden Angehörigen) anbieten (n = 233; 92,1 %). Die telefonische Beratung (n = 181; 71,5 %) sowie eine persönliche Beratung in den Räumlichkeiten der Organisation (n = 153; 60,5 %) wurden ebenfalls häufig angeboten. Ein anderer Ort für die Beratung wurde von 37,5 % der Befragten (n = 95) angegeben, wobei bspw. das Krankenhaus (n = 35), Reha- oder Pflegeeinrichtungen (n = 23) und die Arbeitsstelle der Ratsuchenden (n = 5) genannt wurden.

Die Pflegerinnen und Pfleger, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen und nicht im PSP arbeiten (n = 217; n = 8 fehlende Angaben), waren zu 55,3 % in institutionellen Räumlichkeiten und zu 90,8 % in der Häuslichkeit tätig. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass etwa 10 % nicht an Beratungen in der Häuslichkeit beteiligt waren. Es kann sein, dass diese Beraterinnen und Berater für Hausbesuche auf örtliche PSP verweisen oder in solchen Fällen von den Pflegekassen ein Dienstleister eingesetzt wird. Obwohl man annehmen könnte, dass es für die angebotenen Beratungsmodali-

59 Chi-Quadrat-Test: Teilnahme an Netzwerktreffen: $\chi^2 = 23,2$; $df = 4$; $p < ,001$; $n = 249$. Aktive Netzwerkarbeit: $\chi^2 = 14,6$; $df = 4$; $p < ,01$; $n = 249$. Nicht alle Zelloberflächen sind größer 5, weshalb die Ergebnisse, bedingt durch die Gruppengrößen (Pflegerinnen und Pfleger außerhalb des PSP: $n = 225$, $n = 11$ fehlende Angaben; Pflegerinnen und Pfleger im PSP: $n = 37$, $n = 2$ fehlende Angaben), mit Vorsicht zu interpretieren sind.

täten eine Rolle spielt, ob eine Beraterin bzw. ein Berater in einem städtischen oder ländlichen Einzugsgebiet tätig ist, zeigten sich keine regionalen Unterschiede.

Beratung in den Räumlichkeiten der Organisation

Diejenigen, die die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI u. a. in den Räumlichkeiten ihrer Organisation durchführen (n = 153), gaben an, dass sich diese Räume vor allem in den Geschäftsstellen bzw. Kunden- oder Servicecentern der Pflegekasse (n = 116; 75,8 %) oder im PSP (n = 36; 23,5 %) befinden. Auch eigene Räumlichkeiten bzw. eine eigene Beratungsstelle wurden genannt (n = 21; 13,7 %).

Für diese Beraterinnen und Berater stand in 34,0 % (n = 52) der Fälle ein Einzelbüro zur Verfügung, 39,9 % (n = 61) gaben an, mit maximal drei Kolleginnen oder Kollegen zu arbeiten, und 26,8 % (n = 41) arbeiteten in einem Büro mit mehr als drei Personen. Ungefähr die Hälfte gab an, dass für die Pflegeberatung mit Ratsuchenden ein separates Beratungszimmer zur Verfügung steht (n = 83; 54,2 %). Darüber hinaus wurde die Beratung entweder am eigenen Arbeitsplatz durchgeführt (n = 52; 34,0 %) oder ein Beratungstisch innerhalb der Büro- bzw. Geschäftsräume genutzt (n = 39; 25,5 %). Nur für 61,0 % (n = 25) der Pflegerinnen und Pfleger, die mit drei oder mehr Kolleginnen und Kollegen in einem Büro arbeiteten (n = 41), steht ein separates Beratungszimmer für die Pflegeberatung zur Verfügung. Bei fast 40 % dieser Pflegerinnen und Pfleger steht demnach kein Beratungsraum zur Verfügung, in dem, ohne dass andere Kolleginnen und Kollegen anwesend sind, ein vertrauliches Beratungsgespräch geführt werden kann.

4.2.2 Beratungsumfang

Von den 262 befragten Beraterinnen und Beratern haben 234 angegeben, in den vergangenen vier Wochen Beratungsgespräche nach § 7a SGB XI geführt zu haben. Zum konkreten Beratungsumfang machten 232 Personen Angaben (Tab. 15). Im Durchschnitt führte eine Beraterin bzw. ein Berater 35,6 Gespräche (SD = 42,4), wovon 66,2 % Erstberatungen waren.

Beratungsmodalität

Der überwiegende Anteil der Beratungsgespräche in den letzten vier Wochen fand in der Häuslichkeit (53,9 %) oder telefonisch (45,5 %) statt (Tab. 15). Etwa 16 % fanden in einer Beratungsstelle statt. Die Beraterinnen und Berater aus dem PSP führten, erwartungsgemäß, signifikant mehr Beratungen in der Beratungsstelle durch (35,3 %) als die Pflege-

beraterinnen und Pflegeberater, die nicht im PSP tätig sind (9,3 %)⁶⁰. Dafür führten die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater außerhalb des PSP signifikant mehr Hausbesuche durch (56,1 % vs. 41,1 %)⁶¹.

Einbezug weiterer Personen

In ungefähr zwei Dritteln der Beratungsgespräche waren pflegende Angehörige entweder dabei oder wurden alleine beraten (Tab. 15). In knapp 7 % der Fälle (n = 64) wurden neben pflegenden Angehörigen weitere Personen in das Beratungsgespräch eingebunden oder alleine beraten. Dabei handelte es sich insbesondere um Verwandte (65,6 %) und Bevollmächtigte (56,3 %) sowie rechtliche Betreuerinnen und Betreuer (56,3 %). Aber auch Personen aus einem Pflegedienst (53,1 %) oder Nachbarinnen bzw. Nachbarn (45,3 %) gehörten zu den Ratsuchenden. Ärztliches oder therapeutisches Personal schien hingegen weniger in die Beratungsgespräche eingebunden zu sein (12,5 % bzw. 10,9 %).

Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater, die nicht im PSP arbeiten, gaben signifikant häufiger an, dass Personen aus einem Pflegedienst (59,3 %)⁶² im Pflegeberatungsgespräch anwesend waren, als es bei den Kolleginnen und Kollegen im PSP der Fall war (20,0 %). Dies könnte darin begründet sein, dass bei Beratungen in der Häuslichkeit Beschäftigte eines Pflegedienstes eher anwesend sein können, wohingegen Ratsuchende, die einen PSP aufsuchen, sich selten von Mitarbeitenden eines Pflegedienstes begleiten lassen.

Fallmanagement und Versorgungsplan

Im Mittel betreute eine Pflegeberaterin bzw. ein Pflegeberater in vier Wochen 13,3 Personen im Rahmen eines Fallmanagements (SD = 20,4; Min = 0,0; Max = 150,0; n = 221; n = 11 fehlende Angaben). Weitere Indizien für eine Fallbegleitung sind die Nachverfolgung der Umsetzung von Maßnahmen und das Anpassen von Versorgungsplänen. Die durchschnittliche Anzahl an Personen, bei denen sich die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den letzten vier Wochen nach dem Gespräch nach der Umsetzung der vorher besprochenen Maßnahmen erkundigt haben, fällt ähnlich hoch wie die durchschnittliche Anzahl an Fallbegleitungen aus (M = 12,3; SD = 17,5).

60 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 99,5$; df = 59; p < ,01; n = 143

61 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 125,5$; df = 94; p < ,05; n = 22

62 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 5,2$; df = 1; p < ,01; n = 64. Nicht alle Zelloberflächen sind größer 5, weshalb das Ergebnis, bedingt durch die Gruppengrößen (Pflegerinnen und Pflegeberater außerhalb von PSP: n = 54; Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im PSP: n = 10), mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Ein im Vorfeld erstellter Versorgungsplan wurde im Mittel bei 5,4 Personen (SD = 11,7; n = 223) aktualisiert oder angepasst - wobei es hier keine nennenswerten Unterschiede zwischen Pflegerinnen und Pflegern, die nicht im PSP arbeiten, und solchen aus PSP gab. Von denjenigen, die Ratsuchende im Rahmen eines Fallmanagements betreut haben (n = 186), haben 71,0 % (n = 132) in den letzten vier Wochen einen vorhandenen Versorgungsplan aktualisiert oder angepasst. Ein Fallmanagement scheint also nicht in allen Fällen mit einer Anpassung der Versorgungspläne einherzugehen.

Terminvergabe

Nach Anfrage durch eine ratsuchende Person konnten die Pflegerinnen und Pfleger im Mittel nach 2,7 Tagen (SD = 2,8; Min = 0,0; Max = 14,0; n = 149) einen telefonischen Beratungstermin anbieten. Nach 3,7 Tagen konnte ein persönliches Beratungsgespräch in den Räumlichkeiten der Organisation (SD = 2,8; Min = 0,0; Max = 14,0; n = 118), nach 6,1 Tagen eine Beratung in der Häuslichkeit (SD = 3,4; Min = 0,0; Max = 14,0; n = 193) und nach 6,5 Tagen ein persönliches Beratungsgespräch an einem anderen Ort angeboten werden (SD = 4,3; Min = 0,0; Max = 14,0; n = 54).

| Aspekte der Beratungsgespräche | Pflegerberatungsgespräche nach § 7a SGB XI innerhalb von vier Wochen | | |
|--|--|-----------------------|----------------------|
| | Gesamt | außerhalb des PSP | im PSP |
| Umfang | | | |
| Durchschnittliche Anzahl (SD) | 35,6 (42,4) | 35,9 (44,7) | 33,7 (24,9) |
| ... davon Erstberatungen bzw. erste Beratungen (SD; n) | 66,2 % (27,2; 227) | 67,3 % (27,2; 195) | 59,9 % (27,9; 32) |
| Modalität | | | |
| ... davon im Mittel u. a. telefonisch (SD; n) | 45,5 % (33,2; 164) | 48,1 % (34,3; 141) | 29,2 % (19,2; 23) |
| ... davon im Mittel u. a. in der Beratungsstelle (SD; n) | 16,2 % (23,9; 143) | 11,5 % (22,2; 113) | 34,1 % (22,2; 30) |
| ... davon im Mittel u. a. in der Häuslichkeit (SD; n) | 53,9 % (38,1; 222) | 56,1 % (11,3; 11) | 41,1 % (30,3; 32) |
| ... davon im Mittel u. a. anderer Ort (SD; n) | 1,0 % (2,8; 99) | 0,9 % (2,7; 86) | 1,6 % (3,8; 13) |
| Ratsuchende | | | |
| ... davon im Mittel u. a. pflegebedürftige Person alleine (SD; n) | 18,8 % (20,0; 172) | 18,4 % (20,0; 143) | 20,7 % (20,3; 29) |
| ... davon im Mittel u. a. pflegebedürftige Person und pflegende Angehörige (SD; n) | 54,9 % (30,0; 203) | 55,5 % (31,0; 172) | 51,4 % (23,6; 31) |
| ... davon im Mittel u. a. pflegende Angehörige alleine (SD; n) | 21,8 % (23,4; 163) | 20,0 % (23,8; 134) | 30,5 % (19,3; 29) |

| Aspekte der Beratungsgespräche | Pflegerberatungsgespräche nach § 7a SGB XI innerhalb von vier Wochen | | |
|--|---|---------------------|--------------------|
| | Gesamt | außerhalb des PSP | im PSP |
| ... davon im Mittel u. a. pflegebedürftige Person und eine weitere Person* (SD; n) | 4,6 % (10,4; 111) | 5,2 % (11,3; 92) | 2,2 % (3,3; 19) |
| ... davon im Mittel u. a. eine weitere Person* alleine (SD; n) | 2,5 % (5,6; 110) | 2,8 % (6,1; 92) | 1,0 % (1,8; 18) |

Gesamt: n = 232 Personen, die in den letzten vier Wochen Beratungsgespräche führten, n = 2 fehlende Angaben; außerhalb von PSP: n = 199, n = 2 fehlende Angaben; im PSP: n = 33, keine fehlenden Angaben; SD = Standardabweichung; * weitere Personen sind z. B. eine Ärztin/ein Arzt oder rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 15: Beratungsumfang, Beratungsmodalitäten und ratsuchende Personen der Pflegerberatung nach § 7a SGB XI

Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger

4.2.3 Daten und Material im Beratungsgespräch

Von den 262 Pflegerinnen und Pflegern, die die Pflegerberatung nach § 7a erbringen, haben 248 Personen die Fragen danach, welches schriftliche Material sie im Beratungsgespräch einsetzen und ob sie Daten der Versicherten nutzen können, beantwortet. Über 70 % der Befragten (n = 194) gaben an, dass sie Flyer, Broschüren und/oder Informationszettel der Pflege- bzw. Krankenkasse unterstützend zur Informationsvermittlung nutzen (Abb. 6). Über 60 % (n = 156) nutzten solches Material von Anbietern aus der Region, z. B. von Leistungserbringern. Über 40 % (n = 104) gaben an, dass sie selbst erstelltes Material im Beratungsgespräch verwenden. Nur zwei Personen (0,8 %) berichteten, gar kein Material zu verwenden.

Erwartungsgemäß zeigte sich, dass die Pflegerinnen und Pfleger, die Pflegerberatung nach § 7a SGB XI außerhalb der PSP erbringen, häufiger schriftliches Material der Pflege- bzw. Krankenkassen verwenden (86,0 %) als diejenigen, die die Pflegerberatung im PSP erbringen (29,4 %). Umgekehrt nutzen die Beraterinnen und Berater im PSP das für den PSP erstellte Material häufiger (85,3 % vs. 16,8 %).

In den Freitextangaben (n = 59; 23,8 %) machten 54 Personen nähere Angaben zu den verwendeten Dokumenten. Es handelt sich überwiegend um schriftliches und/oder elektronisches Informationsmaterial von Bund oder Land, bspw. vom BMG.

Perspektive der
Pflegerinnen und
Pfleger

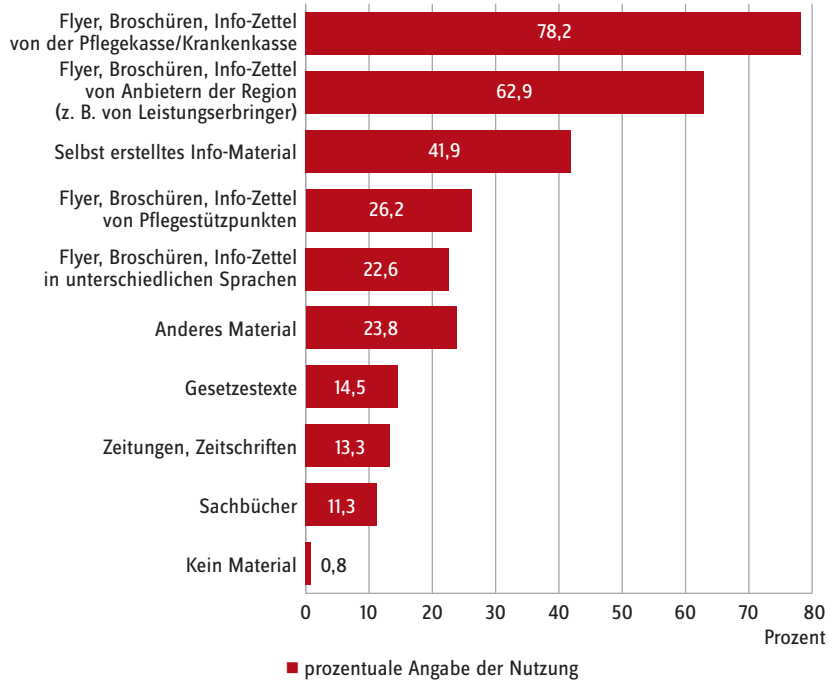


Abb. 6: Nutzung von schriftlichem Material zur Informationsvermittlung im Beratungsgespräch nach § 7a SGB XI

Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger

Anmerkungen: n = 248; n = 14 fehlende Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Insgesamt gaben 80,6 % (n = 200) der Pflegerinnen und Pfleger, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen, an, dass sie im Rahmen der Vor- oder Nachbereitung von Beratungsgesprächen Daten der Pflegekasse über die Versicherten nutzen können (n = 14 fehlende Angaben). Von diesen Personen konnten diejenigen, die bei einer Pflegekasse angestellt sind (n = 171), signifikant häufiger solche Daten für das Beratungsgespräch nutzen (n = 153; 89,5 %) als diejenigen, die nicht für eine Pflegekasse tätig waren⁶³. Aber auch von den Pflegerinnen und Pflegern, die nicht für die Pflegekasse arbeiten, konnten 61,0 % (n = 47) die Daten der Pflegekassen verwenden.

4.3 Beratungsinhalte einer Erstberatung

Neben der allgemeinen Abfrage zu Modalitäten und Umfang von Pflegeberatungen wurden die Pflegerinnen und Pfleger gebeten, Angaben spezifisch zur Erstberatung, sprich zum zuletzt geführten Beratungsgespräch, in dem eine ratsuchende Person erstmalig nach § 7a SGB XI beraten wurde, zu machen.

Nachfolgend werden die Angaben zur Erstberatung nach § 7a SGB XI im Hinblick auf die Beratungsmodalitäten, die Beratungsthemen, die Erstellung eines Versorgungsplans und die Dokumentation berichtet. Ferner wird dargestellt, inwieweit die Ergebnisse aus den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI und aus der Begutachtung zur Feststellung des Pflegegrads in die Erstberatung einbezogen werden. Insgesamt hatten 221 Pflegerinnen und Pfleger zum Zeitpunkt der Befragung mindestens eine Erstberatung nach § 7a SGB XI erbracht, zu der sie Auskunft geben konnten. Folgenden Ausführungen liegen also Daten von 221 Erstberatungen zugrunde.

4.3.1 Beratungsmodalitäten und -themen

Im Mittel lag das zuletzt geführte Erstberatungsgespräch 6,8 Tage zurück (SD = 14,7; Min = 0,0; Max = 120,0) und wurde zu 65,6 % (n = 145) in der Häuslichkeit, zu 21,7 % (n = 48) telefonisch, zu 11,7 % (n = 26) in den Räumlichkeiten der Organisation und zu 0,9 % (n = 2) persönlich an einem anderen Ort durchgeführt.

Inhaltliche Aspekte

Die Pflegerinnen und Pfleger wurden gebeten, anzugeben, wie ausführlich bestimmte Beratungsaspekte in der letzten Erstberatung besprochen wurden. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass insbesondere ambulante Leistungsansprüche (87,3 %), die Entlastung pflegender Angehöriger (84,6 %), die Qualität und Sicherstellung der häuslichen Pflege (73,8 %) sowie Hilfsmittel (79,2 %), Informationen zu Leistungserbringern (79,2 %) und Pflegegeld (76,9 %) einen mittleren bis ausführlichen Umfang in der Erstberatung eingenommen haben (Abb. 7).

Eine eher untergeordnete Rolle spielten in der letzten Erstberatung Themen wie Widersprüche gegen Leistungsbescheide (15,4 % mittlerer oder ausführlicher Umfang), Empfehlungen zur Anpassung des Pflegegrads (28,9 % mittlerer oder ausführlicher Umfang), Erläuterung des Leistungsbescheids (29,4 % mittlerer oder ausführlicher Umfang) und die Hilfe zur Pflege (29,4 % mittlerer oder ausführlicher Umfang).

Die Angaben der Pflegerinnen und Pfleger zu den Inhalten der Erstberatung decken sich weitestgehend mit den Ergebnissen aus der schriftlichen Nutzerbefragung.

Besonders häufig scheint es demnach in den Beratungsgesprächen um die Klärung von Leistungsansprüchen oder die Entlastung pflegender Angehöriger zu gehen (Kapitel 5.3.4). Ähnliche Beratungsthemen wurden auch von Pflegegeldbeziehenden genannt, die von ihren Erfahrungen aus dem letzten Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI berichteten (Kapitel 7.4.3).

Einbezug von Ergebnissen aus Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Im Vorfeld der zuletzt durchgeführten Erstberatung hatte bei 83,7 % keine Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI stattgefunden. Ungefähr 6 % der Pflegerberaterinnen und Pflegerberater konnten nicht beantworten, ob ein solcher Beratungsbesuch vorher stattgefunden hatte oder nicht (n = 14; 6,3 %). Bei 22 der Erstberatungen (10,0 %) hatte im Vorfeld der Erstberatung ein Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI stattgefunden. In neun Fällen (40,9 %) resultierte die Erstberatung nach § 7a SGB XI unmittelbar aus diesem Beratungsbesuch. In zwölf Fällen (54,5 %) war die Erstberatung keine direkte Folge des vorangehenden Beratungsbesuchs. In einem Fall (4,5 %) konnte nicht angegeben werden, ob der Beratungsbesuch zur Erstberatung führte.

Die Ergebnisse des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI lagen in 13 Fällen (59,1 %; n = 1 fehlende Angabe) mit vorangegangenem Beratungsbesuch vor, wobei in vier dieser Fälle die betreffende Beraterin bzw. der betreffende Berater den Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI selbst durchgeführt hatte. Die anderen erhielten die Ergebnisse von der Pflegekasse (n = 7; 53,8 %) oder von den Ratsuchenden (n = 2; 15,4 %).

Einbezug des Gutachtens zur Bestimmung des Pflegegrads

Bei 55,7 % (n = 123) der Erstberatungen lag der Bescheid zur Einstufung des Pflegegrads vor. Bei 39,8 % (n = 88) war dies nicht der Fall. Eine Pflegerberaterin bzw. ein Pflegerberater (0,5 %) wusste nicht, ob der Bescheid vorlag. In Erstberatungsgesprächen, in denen der Leistungsbescheid vorlag, stand in 92,4 % der Fälle (n = 122) auch das Gutachten zur Bestimmung des Pflegegrads zur Verfügung, auf dessen Empfehlung hin bei 31,8 % (n = 42) die Erstberatung stattfand.

Perspektive der
Pflegerinnen und
Pfleger

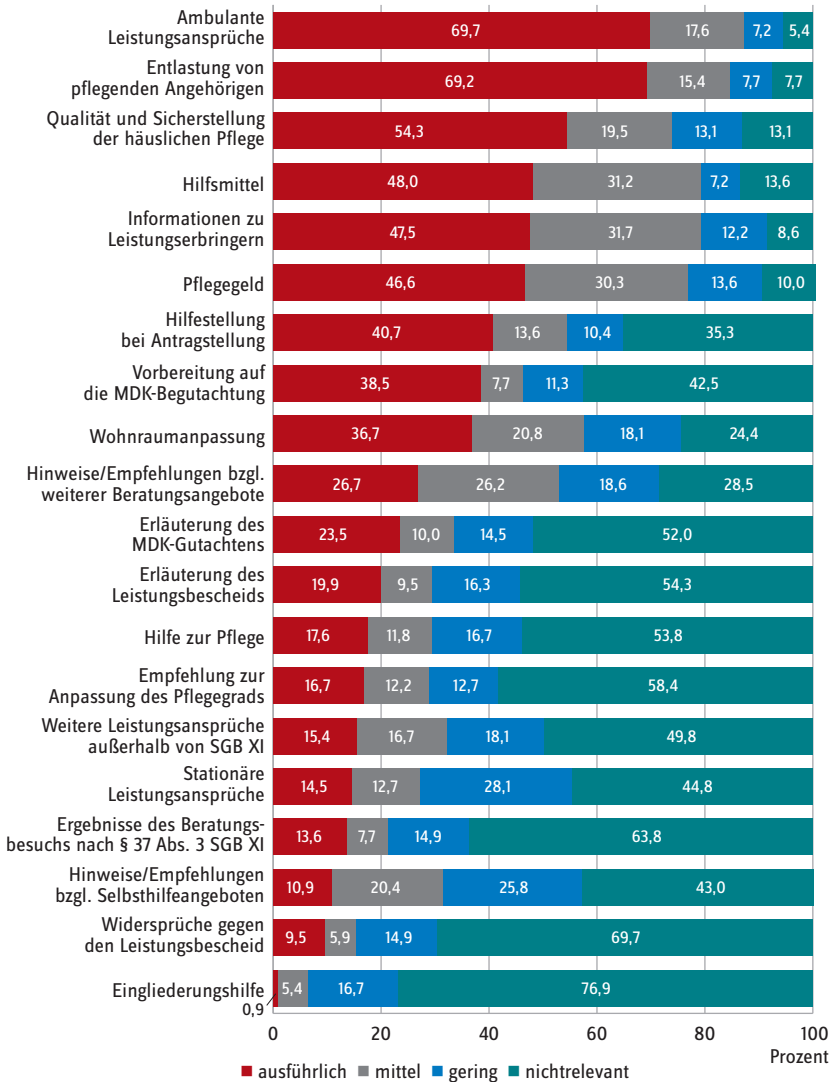


Abb. 7: Umfang bestimmter Beratungsaspekte in der Erstberatung
Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger
Anmerkungen: n = 221; keine fehlenden Angaben. Antwortkategorien: 0 = nur kurz bis 5 = sehr ausführlich und zusätzliche Kategorie: nicht relevant; zusammengefasste Kategorien: 0 + 1 = geringer Beratungsumfang, 2 + 3 = mittlerer Beratungsumfang, 4 + 5 = ausführlicher Beratungsumfang

Insgesamt lag für die Pflegeberatungsgespräche nach § 7a SGB XI in den meisten Fällen das Gutachten vor (sofern es bereits erstellt worden war). Die Ergebnisse eines vorangegangenen Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI lagen dagegen bei ungefähr 40 % der dafür relevanten Gespräche nicht vor, wobei einschränkend beachtet werden muss, dass nur bei wenigen Erstberatungen vorher ein solcher Beratungsbesuch stattgefunden hatte.

4.3.2 Versorgungsplan

Bei 177 der 221 Erstberatungen (80,1 %) haben die Pflegerinnen und Pfleger einen Versorgungsplan ausgearbeitet. In anderen Fällen hatten die Beraterinnen und Berater dies entweder noch geplant (n = 32; 14,5 %) oder sie hatten nicht vor, einen Versorgungsplan zu erstellen (n = 12; 5,4 %). Die Pflegerinnen und Pfleger, die bereits einen Versorgungsplan erstellt hatten (n = 177), taten dies direkt im Anschluss an die Beratung (n = 64; 36,2 %) oder bereits während der Beratung (n = 60; 33,9 %). Einige Pflegerinnen und Pfleger gaben an, den Versorgungsplan ca. ein bis drei Tage nach der Beratung zu erstellen (n = 47; 26,6 %). Nur sechs Personen (3,4 %) erstellten den Versorgungsplan später als drei Tage nach der Erstberatung. Mehrheitlich erfolgte die Erstellung des Versorgungsplans also entweder im oder zeitnah nach dem Beratungsgespräch.

Diejenigen, die Versorgungspläne erstellten oder es geplant hatten (n = 209), gaben an, dass dies zu 99,5 % standardisiert, also mit spezieller Dokumentationssoftware oder anhand eines Leitfadens o. Ä., erfolgte. Dabei wurde der Versorgungsplan von 57,9 % rein elektronisch und von 27,8 % rein papiergestützt erfasst. 13,0 % gaben an, dass sie ihn sowohl elektronisch als auch auf Papier erfassen, und 1,3 % erstellen den Versorgungsplan weder elektronisch noch papiergestützt, sondern anders.

Sofern ein Versorgungsplan erarbeitet wurde, wurde erfragt, wie ausführlich bestimmte Inhalte dokumentiert wurden (Abb. 8). In den meisten Fällen wurden ausführlich die Verantwortlichkeiten zur Umsetzung der besprochenen Hilfen/Maßnahmen (78,5 %), der Unterstützungsbedarf im Alltag (74,6 %), erforderliche pflegerische Hilfen (66,7 %), erforderliche Maßnahmen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen (66,3 %), Zeitpunkte zur Umsetzung der Maßnahmen (64,4 %), die gesundheitliche Situation (63,6 %), die Situation der pflegenden Angehörigen (63,4 %) sowie der Unterstützungsbedarf im Bereich der Mobilität (61,7 %) erfasst.

Gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen, erforderliche soziale Hilfen und Sozialleistungen sowie rehabilitative Maßnahmen wurden weniger ausführlich dokumentiert, was daran liegen dürfte, dass diese Maßnahmen, im Gegensatz zu allgemeinen Unterstützungsbedarfen und der Klärung von Verantwortlichkeiten, seltener

eine Rolle spielen. Diese Maßnahmen hatten in etwa 30 % bis 50 % der Fälle laut den
Pflegerinnen und Pflegern keine Relevanz für den Versorgungsplan.

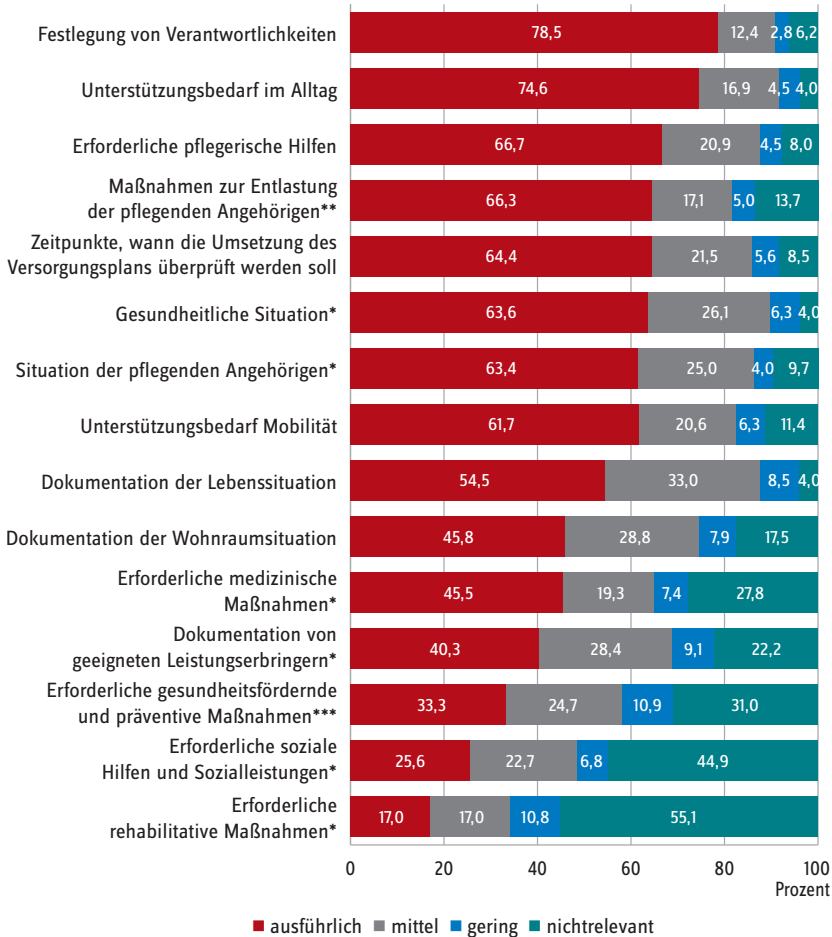


Abb. 8: Umfang der für den Versorgungsplan besprochenen Aspekte in der Erstberatung
Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger
Anmerkungen: n = 177; keine fehlenden Angaben (* n = 176, ** n = 175, *** n = 174);
Antwortkategorien 0 = nur kurz bis 5 = sehr ausführlich, zusammengefasste Kategorien:
0 + 1 = geringer Dokumentationsumfang, 2 + 3 = mittlerer Dokumentationsumfang und
4 + 5 = ausführlicher Dokumentationsumfang, zusätzliche Kategorie nicht notwendig

Etwas weniger als die Hälfte (45,8 %) berichtete, die Wohnraumsituation ausführlich im Versorgungsplan erfasst zu haben. Allerdings werden auch nur bei etwa zwei Dritteln die Erstberatungen in der Häuslichkeit der Ratsuchenden durchgeführt (Kapitel 4.3.1), wodurch den Beraterinnen und Beratern Informationen zum Wohnraum für eine ausführliche Erfassung fehlen könnten.

Etwas über ein Drittel der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (35,6 %; n = 63) gaben an, dass sie der pflegebedürftigen Person bzw. den pflegenden Angehörigen den Versorgungsplan ausgehändigt oder zugeschickt haben, 11,9 % (n = 21) berichteten, sie haben es zu dem Zeitpunkt noch nicht getan, es sei aber geplant, und 45,2 % (n = 80) gaben an, dass sie den Versorgungsplan nicht ausgehändigt haben, da die ratsuchende Person dies nicht wollte. Die verbleibenden 7,3 % (n = 13) berichteten, sie haben den Versorgungsplan aus anderen Gründen nicht ausgehändigt, wie bspw. Schreibschutz des Dokumentes (n = 1), fehlende Notwendigkeit zur Aushändigung (n = 1), anderweitige Verschriftlichung der Maßnahmen (n = 1), nur Versand auf Nachfrage (n = 1), persönliche Absprache reiche aus (n = 1) oder eine Aushändigung sei aktuell nicht vorgesehen (n = 2).

Auch die Ergebnisse der schriftlichen Nutzerbefragung (Kapitel 5.4.3) deuten darauf hin, dass der Versorgungsplan vielen Betroffenen eher wenig relevant erscheint. In fast der Hälfte der Erstberatungen wurde der Versorgungsplan nicht ausgehändigt, da die Betroffenen dies nicht wünschten. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass nur in einem Drittel der Fälle der Versorgungsplan während des Beratungsgesprächs erstellt wurde. Dies deutet darauf hin, dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater den Versorgungsplan zu einem überwiegenden Teil nicht gemeinsam mit den Ratsuchenden erarbeiten. Die Inhalte, insbesondere hinsichtlich der Verantwortlichkeiten und der geplanten Maßnahmen, sprechen allerdings für eine hohe Relevanz für die Betroffenen. Zudem kann es sein, dass viele Ratsuchende nicht auf eine nachträgliche Zusendung des Versorgungsplans bestehen.

4.3.3 Dauer und Dokumentation

Im Mittel hat die Erstberatung 86,5 Minuten in Anspruch genommen (SD = 49,3; Min = 10,0; Max = 360,0; n = 221). Die große Mehrheit der Beraterinnen und Berater (94,1 %; n = 208) sagten, dass diese Zeit ausreichend war, um das Gespräch zu führen. Die Vorbereitungszeit zum Gespräch beanspruchte im Mittel 27,8 Minuten (SD = 20,7; Min = 0,0; Max = 150,0; n = 220) und wurde von 86,9 % (n = 192) der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als ausreichend bewertet.

Fast die Hälfte der Beraterinnen und Berater, die einen Versorgungsplan erstellten oder dies geplant hatten (n = 103; 49,3 %), gaben an, dass sie den Versorgungsplan auch zur

internen Dokumentation nutzen, zusätzlich aber noch weitere Ergebnisse oder Informationen dokumentieren. Bei 45,0 % der Beraterinnen bzw. Berater (n = 94) stellte der Versorgungsplan die alleinige Dokumentation des Beratungsgesprächs dar. Nur 5,7 % (n = 12) gaben an, dass der Versorgungsplan nicht zur internen Dokumentation genutzt wird.

Die (zusätzliche) interne Dokumentation der letzten Erstberatung, die nicht über einen ggf. angefertigten Versorgungsplan erfasst wurde (n = 113; n = 6 fehlende Angaben), wurde zu 74,3 % rein elektronisch, zu 14,2 % rein papiergestützt und zu 10,6 % sowohl elektronisch als auch auf Papier durchgeführt (eine Person gab an, anders zu dokumentieren; 0,9 %). Zu 93,0 % erfolgte die Dokumentation standardisiert, d. h. mit einer speziellen Software oder anhand einer Papiervorlage oder eines Leitfadens.

Die Dokumentation erfolgte bei fast 80 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater entweder direkt im Anschluss der Beratung (n = 49; 43 %) oder ein bis drei Tage nach dem Gespräch (n = 40; 35,1 %). Seltener wurde berichtet, dass die Dokumentation bereits während der Beratung vorgenommen wurde (n = 22; 19,3 %). Zwei Personen dokumentierten die letzte Erstberatung nach mehr als drei Tagen (1,8 %), eine Person erst nach mehr als sieben Tagen (0,9 %).

Im Mittel nahm die Dokumentation der letzten Erstberatung, via Versorgungsplan oder anderweitig, 54,7 Minuten in Anspruch (n = 220; SD = 43,7; Min = 3,0; Max = 325,0). Der überwiegende Anteil war der Ansicht, dass ausreichend Zeit für diese Aufgabe zur Verfügung stand (n = 179; 81,4 %).

Eine Koordination der Versorgung sowie der Kontakt zu Leistungserbringern im Kontext der Erstberatung nahmen laut Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Mittel 59,2 Minuten in Anspruch (n = 126; SD = 61,3; Min = 0,0; Max = 360,0; n = 1 fehlende Angabe). Bei 42,7 % der Beraterinnen und Berater (n = 94) fand keine Koordination nach der Erstberatung statt.

Von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die an dem Tag der Erstberatung einen weiteren Gesprächstermin hatten (n = 116, n = 3 fehlende Angaben), berichteten 56,0 % (n = 65), dass sie zwischen den Gesprächen ausreichend Zeit für die Nachbereitung (Dokumentation, Koordination etc.) zur Verfügung hatten. Die anderen 44,0 % (n = 51) waren der Ansicht, dass die Zeit zu knapp war.

Zusammenfassend scheint sowohl für die Beratung als auch die Dokumentation und ggf. die Koordination ausreichend Zeit zur Verfügung zu stehen, es sei denn, es folgt ein weiterer Beratungstermin am gleichen Tag. Zählt man die Durchschnittswerte der einzelnen Tätigkeiten zusammen, so ergibt sich mit 27,8 Minuten Vorbereitungszeit, 86,5 Minu-

ten Beratungsgespräch und 54,7 Minuten Dokumentation ein Wert von 169,0 Minuten (knapp drei Stunden) für eine Erstberatung. Sofern anschließend eine Koordination der Versorgung stattfinden muss, kommen noch einmal 59,2 Minuten hinzu, was einen durchschnittlichen Erstberatungsumfang von 228,2 Minuten, also fast vier Stunden, pro ratsuchende Person ausmacht. Außen vor bleiben bei diesen Berechnungen jedoch Fahrtzeiten, die je nach Einzugsgebiet der Pflegerinnen und Pfleger auch einen hohen Zeitaufwand erfordern können.

4.4 Beratungsqualität

Zur Bewertung der Qualität der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurden die Pflegerinnen und Pfleger gebeten, eine persönliche Einschätzung zu verschiedenen Qualitätsaspekten vorzunehmen und anzugeben, inwieweit eine Qualitätssicherung stattfindet. Zudem wurden die selbst eingeschätzte Beratungs-kompetenz (über die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung im Beratungskontext), Herausforderungen in der Pflegeberatung und der Einsatz von Techniken zur Problemlösung erhoben. Darüber hinaus wurden Neutralitätsaspekte erfragt. Es werden ausschließlich Daten von Pflegerinnen und Pflegern ausgewertet, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen (n = 262).

4.4.1 Qualitative Aspekte in der Pflegeberatung

Die Pflegerinnen und Pfleger gaben an, dass sie in großer Mehrheit davon ausgehen, dass die Ratsuchenden nach der Beratung wissen, welche Leistungsansprüche sie haben (90,6 %) und was die nächsten Schritte sind, bestehende Bedarfe zu decken (89,9 %; Abb. 9). Diese positive Einschätzung spiegelt sich auch in der schriftlichen Nutzerbefragung. Die Nutzerinnen und Nutzer gaben mit einer deutlichen Mehrheit an, dass sich ihr Wissen über Leistungen der Pflegekasse und sonstige Unterstützungsmöglichkeiten durch die Beratung deutlich verbessert hat (92,8 %) und dass sie genau wussten, was als Nächstes zu tun ist (95,6 %; vgl. Kapitel 5.5.3). Bei diesen Ergebnissen muss jedoch beachtet werden, dass eine positive Selektion sowohl der teilnehmenden Pflegerinnen und Pfleger als auch der Nutzerinnen und Nutzer vorliegen kann (Kapitel 8.3.3).

Kongruent gaben auch die 35 Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen (davon n = 17 PSP; n = 4 fehlende Angaben), mehrheitlich an, dass Ratsuchende nach ihrer Pflegeberatung wissen, welche Leistungsansprüche sie haben (94,3 %) und was die nächsten Schritte sind, um die Bedarfe zu decken (97,1 %). Nur 2,9 % waren der Ansicht, dass ihnen Informationen zu Akteuren fehlen und sie Ratsuchende an andere Stellen verweisen müssten (Online-Befragung der Beratungsstellen).

Weit über die Hälfte der Beraterinnen und Berater (59,8 %) gaben an, dass sich Ratsuchende nach einem Gespräch noch einmal mit Rückfragen an sie wenden würden. Allerdings muss dieser Aspekt nicht zwangsläufig als qualitativ negativ (im Sinne von offengebliebenen Fragen im Rahmen des Gesprächs) eingeordnet werden. Zum einen ergeben sich Nachfragen meist erst im späteren Prozessverlauf. Zum anderen spricht es für die Kompetenz der Beraterinnen und Berater, wenn sich die Ratsuchenden erneut an sie wenden.

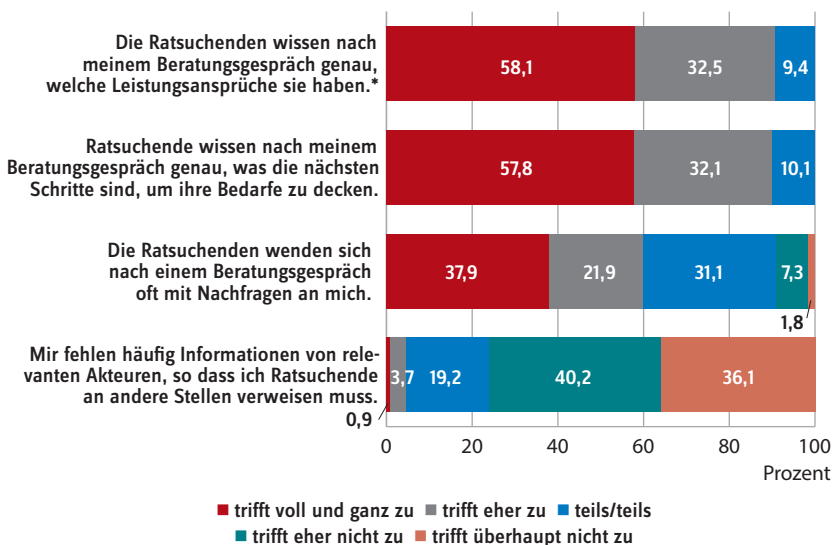


Abb. 9: Qualitätsaspekte in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
Quelle: Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater
Anmerkungen: n = 219; n = 43 fehlende Angaben (* n = 218); (-) = invertiertes Item

Personelle Kontinuität

Nach einem ersten Beratungsgespräch gaben 94,7 % (n = 234; n = 15 fehlende Angaben) der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater an, dass sie erneut persönlich durch die Ratsuchenden kontaktiert werden können. Nur 5,3 % (n = 13) berichteten, dass der ratsuchenden Person nach dem ersten Gespräch keine Kontaktdaten für eine direkte Kontaktaufnahme zur Verfügung stehen. Im Rahmen einer Erstberatung nach § 7a SGB XI gab etwa die Hälfte der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater an, dass sie direkt einen Folgetermin mit der ratsuchenden Person ausmachen (n = 116; 52,5 %; keine fehlenden Angaben).

Im Verlauf eines Beratungsprozesses kann es dazu kommen, dass eine Pflegerin oder ein Pfleger (z. B. aufgrund von Urlaub, Krankheit oder aus organisatorischen Gründen) für die ratsuchende Person nicht erreichbar ist. Von den Beraterinnen und Beratern berichteten 86,2 % (n = 213), dass es in solchen Fällen klare Regelungen zur Vertretung gibt, nur 8,5 % (n = 22) gaben an, dass es hierfür keine konkrete Vertretungslösung gibt. Die verbleibenden 5,3 % (n = 13) berichteten, dass solche Fälle nicht über konkrete Regelungen, sondern anders gelöst werden. Die Ergebnisse deuten auf eine hohe personelle Kontinuität und Erreichbarkeit der Pflegerinnen und Pfleger hin (vgl. Kapitel 5.4.2).

4.4.2 Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterbildung

Die Frage zu Maßnahmen, die in regelmäßigen Abständen zur Qualitätssicherung durchgeführt werden bzw. zur Verfügung stehen, wurde von 220 Pflegerinnen und Pflegern beantwortet (n = 42 fehlende Angaben). Von diesen gaben 43,6 % (n = 96) an, dass die Ergebnisse aus der Beratung ausgewertet werden, 40,5 % (n = 89) erhoben regelmäßig die Kundenzufriedenheit und ebenfalls 40,5 % (n = 89) arbeiteten mit einem Qualitätsmanagement-Handbuch bzw. konkreten Verfahrensanweisungen. Gut ein Drittel (36,8 %; n = 81) berichtete, dass neben den Ergebnissen (auch) die Beratungsinhalte ausgewertet werden, und 36,4 % (n = 80) gaben an, dass (auch) der Beratungsprozess ausgewertet wird. Allerdings gab ein Fünftel der Beraterinnen und Berater (n = 49; 22,3 %) an, gar keine Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen bzw. zur Verfügung zu haben.

Neben den aufgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung spielen auch weitere Aspekte, wie die Gesprächsführung, eine wichtige Rolle für die Qualität der Beratung. Von den Pflegerinnen und Pflegern gaben 45,6 % (n = 113; n = 14 fehlende Angaben) an, sie würden in ihrer Beratung fortwährend Leitfäden einsetzen, um das Gespräch zu strukturieren – 37,1 % (n = 92) berichteten, dass sie dies in manchen Fällen, aber nicht durchgängig tun. Wenn es um die Strukturierung des letzten Erstberatungsgesprächs geht, verwendeten sogar 70,1 % der Beraterinnen und Berater einen Leitfaden (n = 129; n = 37 fehlende Angaben). Fast 20 % der Beraterinnen und Berater (n = 43; 17,3 %) gaben jedoch an, das Gespräch generell nie mit Hilfe eines Leitfadens zu strukturieren.

Trotz der stark standardisierten Dokumentation der Erstberatungsgespräche (Kapitel 4.4.3) zeigt sich hier, dass nicht in allen Fällen Leitfäden und Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Einsatz kommen.

Weiterbildung und Austauschmöglichkeiten

In der Online-Befragung wurden folgende Weiterbildungs- oder Austauschmöglichkeiten abgefragt: organisierte Treffen mit Beraterinnen und Beratern der gleichen Organisa-

tion; organisierte Treffen mit Beraterinnen und Beratern anderer Organisationen; Fallbesprechungen; Supervision; Weiterbildungsmaßnahmen zu pflegfachlichen Inhalten; Weiterbildungsmaßnahmen zu sozialen Kompetenzen; Weiterbildungsmaßnahmen zu sozialrechtlichen Inhalten.

Nur etwa 4 % der befragten Pflegerinnen und Pfleger (n = 11; 4,3 %) gaben an, gar nicht an Maßnahmen zur Weiterbildung oder am Austausch mit anderen Beraterinnen und Beratern teilzunehmen (n = 9 fehlende Angaben). Fast drei Viertel (72,3 %; n = 183) nahmen in regelmäßigen Abständen an organisierten Treffen zum Austausch mit Pflegerinnen und Pflegern der gleichen Organisation teil. Mit 77,8 % (n = 28) nahmen die Pflegerinnen und Pfleger aus dem PSP deutlich häufiger an organisierten Treffen zum Austausch mit Pflegerinnen und Pflegern aus anderen Organisationen teil als ihre Kolleginnen und Kollegen außerhalb des PSP (32,7 %, n = 71)⁶⁴.

Ungefähr zwei Drittel aller Pflegerinnen und Pfleger (68,4 %; n = 173) gaben an, dass sie regelmäßig (kollegiale) Fallbesprechungen durchführen. Die Pflegerinnen und Pfleger im PSP konnten mit 36,1 % (n = 13) deutlich häufiger an Supervisionen teilnehmen als ihre Kolleginnen und Kollegen, die nicht im PSP tätig sind (17,1 %; n = 37)⁶⁵.

Zu 63,2 % (n = 160) nahmen die Pflegerinnen und Pfleger an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu pflegfachlichen Inhalten teil. Fort- und Weiterbildungen zu sozialen Kompetenzen, wie bspw. Gesprächsführung, Mediation und Problemlösen (n = 20; 55,6 %), und zu sozialrechtlichen Inhalten (n = 26; 72,2 %) gingen mit der Beratungstätigkeit im PSP signifikant eher einher als mit der Pflegeberatung außerhalb des PSP (n = 77; 35,5 % bzw. n = 107; 49,3 %)⁶⁶.

Diese Unterschiede zwischen Beraterinnen und Beratern, die außerhalb oder im PSP tätig sind, bestätigen die Ergebnisse aus Kapitel 4.1.4 hinsichtlich der Arbeitsaufgaben. Hier wurde bereits deutlich, dass es einen relevanten Unterschied in der aktiven Netzwerkarbeit und in der Teilnahme an Netzwerktreffen macht, ob die Pflegerinnen und Pfleger in einem PSP arbeiten oder nicht (vgl. auch Kapitel 6.3.1). Es zeigt sich nun zusätzlich, dass dieser Unterschied sich auch auf Fortbildungs- und Austauschmöglichkeiten erstreckt. Aus der Online-Befragung der Pflegekassen (vgl. Kapitel 3.1.4) ging hervor, dass fast allen Pflegerinnen und Pflegern, die bei einer Pflegekasse arbeiten, mindestens eine Fort- oder Weiterbildungsmöglichkeit regelmäßig

64 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 26,3$; df = 1; p < ,001; n = 253; n = 9 fehlende Angaben

65 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 7,1$; df = 1; p < ,01; n = 253; n = 9 fehlende Angaben

66 Chi-Quadrat-Test: Soziale Kompetenzen: $\chi^2 = 5,3$, df = 1, p < ,05; sozialrechtliche Themen: $\chi^2 = 6,5$, df = 1, p < ,05, n = 253; n = 9 fehlende Angaben

(58,6 %) oder nach Bedarf (37,9 %) angeboten wird. Die geringere Inanspruchnahme unter den Pflegerinnen und Pflegern, die nicht im PSP arbeiten, kann daran liegen, dass Angebote nach Bedarf den Pflegerinnen und Pflegern entweder nicht bekannt sind oder keine Zeit bzw. Notwendigkeit gesehen wird, diese Angebote in Anspruch zu nehmen.

4.4.3 Neutralitätsaspekte

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI soll entsprechend den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes neutral und unabhängig durchgeführt werden (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 5). Die Neutralität und Unabhängigkeit wurde in der Befragung der Pflegerinnen und Pfleger über vier Aspekte erfragt: Transparenz bezüglich des Anbieters der Pflegeberatung, Empfehlung von konkreten Anbietern im Beratungsgespräch, die Angabe von Quellen, warum bestimmte Angebote empfohlen wurden, und ob Pflegerinnen und Pfleger auch Leistungen der Pflegekassen bewilligen können.

Für Neutralität und Transparenz spricht das Aufklären der ratsuchenden Personen darüber, für wen die Beraterin oder der Berater die Pflegeberatung durchführt. Im letzten Erstberatungsgespräch haben 65,2 % (n = 144; keine fehlenden Angaben) die Betroffenen darüber aufgeklärt, für wen (d. h. welchen Träger oder welche Organisation) sie die Beratungstätigkeit durchführen. 1,8 % (n = 4) haben die Ratsuchenden nicht aufgeklärt und 33,0 % (n = 73) gaben an, dass sie dies nicht getan haben, da es offensichtlich war, für wen sie die Beratung durchführen. In den meisten Fällen scheint also für die Betroffenen ersichtlich gewesen zu sein, von wem sie beraten wurden.

Sofern in einer Pflegeberatung ein konkreter Anbieter empfohlen wird, sollte, um die Neutralität zu wahren, die Grundlage der Empfehlung (z. B. Pflegenoten) genannt werden. Ansonsten sollte, um unabhängig zu beraten, möglichst kein konkreter Anbieter, sondern eine Auswahl an Möglichkeiten aufgezeigt werden. Die Antworten der in einem PSP tätigen Beraterinnen und Berater unterscheiden sich dabei signifikant von denen der Pflegerinnen und Pfleger, die nicht im PSP tätig sind. Demnach gaben die Beraterinnen und Berater im PSP zu 51,6 % (n = 16) an, eher selten oder sogar nie konkrete Anbieter zu empfehlen. Ihre Kolleginnen und Kollegen außerhalb des PSP berichteten hingegen nur zu 34,5 % (n = 65), dass sie selten oder nie konkrete Anbieter empfehlen⁶⁷. Hervorzuheben ist, dass fast 60 % derjenigen, die konkrete Anbieter empfehlen, immer oder zumindest häufig die Quellen für ihre Entscheidungsfindung nen-

67 „Ich empfehle den Ratsuchenden möglichst ein konkretes Angebot/einen konkreten Anbieter, um ihre Bedarfe zu decken.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Außerhalb PSP: n = 188, n = 37 fehlende Angaben; im PSP: n = 31, n = 6 fehlende Angaben. Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 11,9$; df = 4; p < ,05; n = 219; n = 43 fehlende Angaben

nen (n = 47; 57,3 %; n = 45 fehlende Angaben). Allerdings empfehlen mehr als 20 % der Pflegerinnen und Pfleger konkrete Anbieter oder Angebote, ohne ihre Quellen, wie z. B. Pflegenoten, offenzulegen (n = 19; 23,2 %).⁶⁸

In der schriftlichen Nutzerbefragung hatten die Nutzerinnen und Nutzer mehrheitlich das Gefühl, unabhängig und neutral beraten worden zu sein (95,9 %; vgl. Kapitel 5.5.1) und dass ihnen keine Anbieter nahegelegt worden sind, für die sie sich eigentlich nicht entschieden hätten. Obwohl die Pflegerinnen und Pfleger also relativ häufig konkrete Anbieter empfehlen und nicht immer die Quellen dafür offenlegen, scheint die Beratung als neutral und unabhängig wahrgenommen zu werden.

Von denjenigen, die die Pflegeberatung für eine Pflegekasse durchführen (n = 188), sagten 21,2 % (n = 38; n = 9 fehlende Angaben), dass sie auch Entscheidungen zur Leistungsgewährung ihrer Pflegekasse treffen können. Im Rahmen der letzten Erstberatung berichteten 21,3 % (n = 47), dass sie den Ratsuchenden eine Bewilligung der empfohlenen Hilfsmittel oder der Leistungsansprüche (ggf. unter Vorbehalt einer ärztlichen Verordnung) zugesichert haben. Insgesamt arbeitet der überwiegende Teil der Beraterinnen und Berater demnach unabhängig von der Leistungsgewährung der Pflegekassen.

4.4.4 Beratungskompetenz

Die selbst eingeschätzte Fähigkeit, auch in einer schwierigen Beratungssituation eine ratsuchende Person gut beraten zu können, wurde über die Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem, 1995; Engstler, Alcántara, Luitjens & Klaus, 2019) erhoben. Selbstwirksamkeit bezeichnet dabei die Erwartung, mit den eigenen Fähigkeiten schwierige Situationen bewältigen zu können.

Im Mittel lag die Selbstwirksamkeit der befragten Pflegerinnen und Pfleger für die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit 16,4 in einem sehr hohen Wert (Wertebereich von 5 bis 20; SD = 2,2; Min = 7,0; Max = 20,0; n = 220; n = 42 fehlende Angaben) und lässt somit auf eine hohe Selbstwirksamkeit schließen. Zusätzlich gaben fast alle Beraterinnen und Berater (n = 231; 97,9 %) an, dass sie sich ausreichend für ihre Arbeit qualifiziert fühlen.⁶⁹

68 „Wenn ich Ratsuchenden konkrete Anbieter vorschlage, gebe ich im Beratungsgespräch an, welche Quellen (z. B. Pflegenoten) ich für meine Empfehlung herangezogen habe.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 217; n = 45 fehlende Angaben; Auswertung von n = 82 Pflegerinnen und Pflegern, die angaben, dass sie konkrete Anbieter empfohlen haben (siehe Fußnote 67).

69 „Ich fühle mich hinsichtlich meiner Arbeit als Pfleger/-in ausreichend qualifiziert.“ Antwortkategorien: 1 = stimmt nicht, 2 = stimmt kaum, 3 = stimmt eher, 4 = stimmt genau. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 3 und 4 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 236; n = 44 fehlende Angaben

4.4.5 Herausforderungen in der Pflegeberatung

Die Pflegerinnen und Pfleger wurden gebeten, zu bewerten, wie häufig bestimmte Herausforderungen oder Probleme die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erschweren (Abb. 10).

Fast 90 % der Pflegerinnen und Pfleger (87,2 %) gaben an, dass fehlende Angebote von Leistungserbringern bzw. deren erschöpfte Kapazitäten zumindest manchmal eine Herausforderung in der Pflegeberatung oder im weiteren Verlauf der Koordination der Versorgung darstellen. Zudem erschwerten für 71,5 % zumindest manchmal datenschutzrechtliche Vorschriften die Arbeit und Informationsvermittlung der Pflegerinnen und Pfleger. Fast 40 % der befragten Personen berichteten, dass zumindest manchmal kulturelle Barrieren bestehen (37,4 %), und ein Viertel, dass lange Anfahrtswege Hausbesuchen zumindest manchmal im Wege stehen (26,4 %).

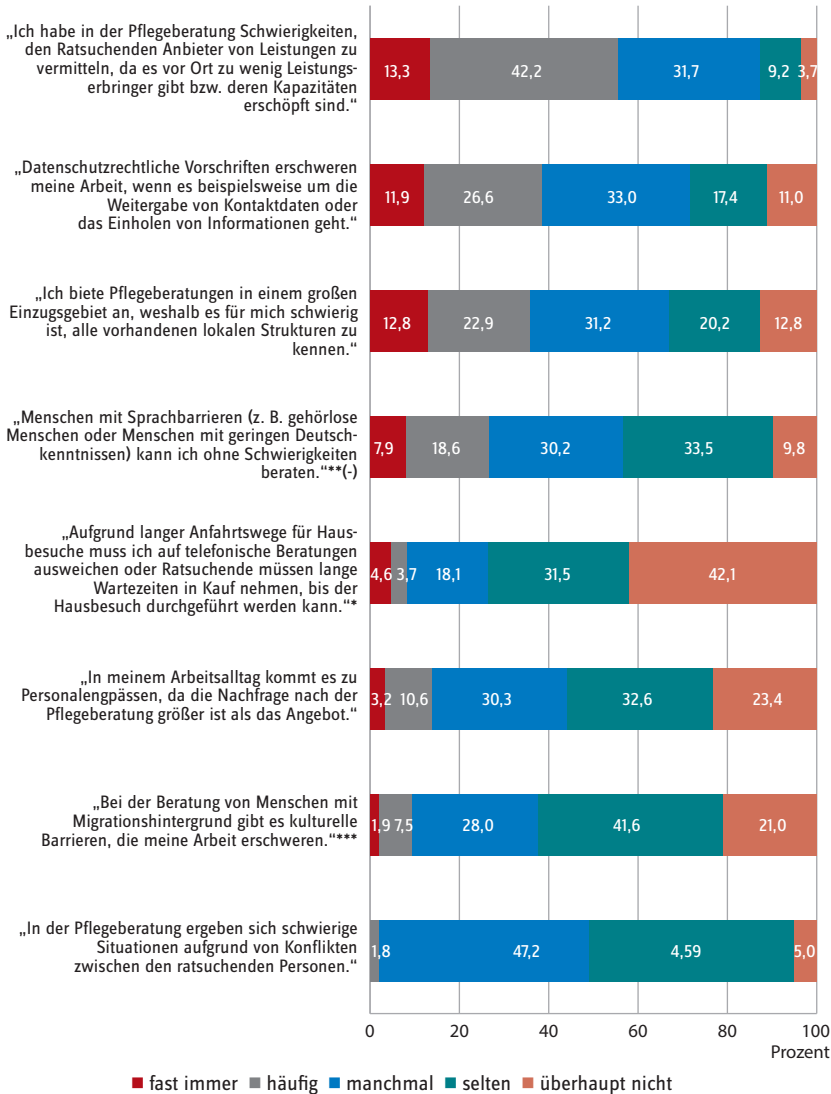


Abb. 10: Herausforderungen in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
 Quelle: Online-Befragung der Pflegerinnen und Pfleger
 Anmerkungen: n = 218; n = 44 fehlende Angaben (* n = 216, ** n = 215, *** n = 214);
 (-) = invertiertes Item

Meist machte es für die erfragten Herausforderungen keinen Unterschied, ob die Pflegerinnen bzw. Pfleger in einem PSP arbeiten oder nicht. Allerdings zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der Frage, ob ein großes Einzugsgebiet der Kenntnis lokaler Strukturen im Wege steht. Hier gaben die Pflegerinnen und Pfleger, die nicht im PSP tätig sind, zu 40,8 % und die Beraterinnen und Berater im PSP nur zu 6,2 % an, dass es häufig oder fast immer für sie ein Problem ist, die lokalen Strukturen zu kennen, da sie hinsichtlich der Pflegeberatungen für ein großes Einzugsgebiet zuständig sind⁷⁰. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen in den Kapiteln 6.3.1 und 6.3.3, wo sich zeigt, dass die Pflegerinnen und Pfleger der Pflegekassen oder von Dienstleistern schlechter in lokale Strukturen eingebunden sind. Für diese Pflegerinnen und Pfleger, die nicht im PSP arbeiten, scheinen datenschutzrechtliche Vorschriften zudem das Ausüben der Pflegeberatungstätigkeit signifikant häufiger zu erschweren (40,3 % vs. 28,2 % im PSP)⁷¹.

4.4.6 Problemlösetechniken zum Umgang mit Herausforderungen

Von den insgesamt 262 Pflegerinnen und Pflegern, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten, haben 219 die Frage danach, ob sie spezielle Techniken zur Problemlösung anwenden, beantwortet. Ungefähr ein Drittel gab an (34,2 %; n = 75), dass sie in Techniken geschult wurden, um Probleme, Konflikte oder Herausforderungen bzw. Missverständnisse zu lösen. Hierbei wurde in offenen Angaben vermerkt, dass es sich bspw. um Techniken der Deeskalation/des Konfliktmanagements (n = 12), der klientenzentrierten Gesprächsführung (n = 6) oder um Kommunikationstrainings handelte. Ferner wurde berichtet, dass sie bspw. im Rahmen des Case-Managements diesbezüglich geschult wurden (n = 5), innerhalb eines Studiums spezielle Techniken erlernt haben (n = 5) oder nach dem PLiP-Modell (Problemlösen in der Pflegeberatung⁷²) geschult wurden (n = 4).

Zudem gaben 11,0 % (n = 24) der Beraterinnen und Berater an, dass sie (zusätzlich) in Mediationstechniken ausgebildet wurden. Leitfäden, Checklisten oder ähnliche Dokumente zum Umgang mit Problemen standen 18,7 % (n = 41) der Pflegerinnen und Pflegern zur Verfügung. Über die Hälfte (n = 113; 51,6 %) der befragten Personen gaben an, dass sie sich (darüber hinaus) selbst Techniken zur Problemlösung angeeignet haben. Ausschließlich selbst erlernte Techniken, ohne zusätzlich in bestimmten Techniken geschult zu sein, setzten 29,2 % der Beraterinnen und Berater (n = 64) ein. Zudem gaben 21,9 % (n = 48) an, dass sie weder eigene noch anderweitige spezielle Techniken

70 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 31,8$; df = 4; p < ,001; n = 218; n = 44 fehlende Angaben; zwei Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5, weshalb das Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren ist.

71 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 10,1$; df = 4; p < ,05; n = 218; n = 44 fehlende Angaben; zwei Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5, weshalb das Ergebnis mit Vorsicht zu interpretieren ist.

72 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_14.pdf [abgerufen am 19.03.2020]

zur Problemlösung einsetzen. In Abb. 10 ist ersichtlich, dass Konfliktsituationen in den Beratungsgesprächen bei ungefähr der Hälfte der Fälle manchmal vorkamen. Insofern erscheint der Anteil der Pflegerinnen und Pfleger, die formell in Problemlösetechniken geschult wurden, ausbaufähig.

Ähnlich den Ergebnissen bezüglich Weiterbildungen und Austauschmöglichkeiten (Kapitel 4.4.2) zeigte sich zudem wieder ein signifikanter Unterschied zwischen Beraterinnen und Beratern im PSP und solchen, die nicht im PSP arbeiten: Pflegerinnen und Pfleger, die im PSP arbeiten, gaben mit 56,3 % (n = 18) signifikant häufiger an, in speziellen Problemlösetechniken geschult worden zu sein, als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Pflegeberatung außerhalb des PSP mit 30,5 % (n = 57)⁷³.

4.5 Zielgruppenspezifische Beratungsangebote

Für einen Überblick zu spezialisierten Beratungsangeboten nach § 7a SGB XI für Menschen mit besonderem Beratungsbedarf wurden die Pflegerinnen und Pfleger befragt, wie sie mit zielgruppenspezifischen Beratungsanfragen umgehen. Zudem wurde der Umfang der Anfragen⁷⁴ in den letzten vier Wochen von diesen Zielgruppen erhoben. Die Abfrage erfolgte für die Zielgruppen: Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, pflegebedürftige Kinder bzw. Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit Behinderungen. Es wurden ausschließlich Daten von Pflegerinnen und Pflegern ausgewertet, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen (n = 262).

Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Ratsuchende, die sich in Bezug auf die Pflege und Versorgung von demenziell erkrankten Menschen beraten lassen wollen, wurden von den Pflegerinnen und Pflegern überwiegend über die reguläre Beratungstätigkeit beraten (n = 186; 75,6 %; n = 246 gültige Angaben; n = 16 fehlende Angaben). Hierbei gaben 72,0 % (n = 177) der Beraterinnen und Berater an, sie würden (zusätzlich) speziell zugeschnittenes Informationsmaterial verwenden. Insgesamt 35,4 % (n = 87) der befragten Personen verwiesen Anfragen aus dieser Zielgruppe an speziell ausgebildete Kolleginnen oder Kollegen bzw. an spezielle Beratungsstellen. Die Ergebnisse zu den Angebotsstrukturen zeigen auch, dass solche Beratungsangebote häufig vorhanden sind (vgl. Kapitel 3.3.3) und damit eine Weitervermittlung an spezielle Beratungsstellen durchaus möglich und sinnvoll sein kann. Von den Pflegerinnen und Pflegern gaben 39,8 % (n = 98)

73 Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 8,1$; df = 1; p < ,01; n = 219; keine fehlenden Angaben

74 n = 234 Personen haben angegeben, in den letzten vier Wochen Beratungsgespräche nach § 7a SGB XI geführt zu haben (keine fehlenden Angaben; Kapitel 4.2.2).

an, dass sie eine spezielle Fort- oder Weiterbildung für die Beratung von Angehörigen demenziell Erkrankter absolviert haben. Ausschließlich in der regulären Beratungstätigkeit ohne zusätzliches Material, Weiterempfehlungen oder eigene Fortbildung berieten 12,6 % der Beraterinnen und Berater (n = 31) diese Zielgruppe.

Über vier Wochen ergab sich aus dieser Zielgruppe eine Beratungsnachfrage von etwa 10,9 Personen pro Pflegerin bzw. Pfleger (SD = 14,2; Min = 0,0; Max = 93,0; n = 214). Knapp ein Drittel (31,6 %) des durchschnittlichen Beratungsaufkommens innerhalb von vier Wochen (35,6 Gespräche; Kapitel 4.2.2) machten somit Beratungsanfragen von dieser Zielgruppe aus. Nur eine Person (0,4 %) gab an, nie Anfragen aus dieser Zielgruppe zu erhalten.

Menschen mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden von den meisten der 246 Beraterinnen und Beratern, die dazu Angaben machten, über die reguläre Pflegeberatung beraten (n = 198; 80,5 %; n = 16 fehlende Angaben). Die Hälfte der Pflegerinnen und Pfleger verwendeten (zusätzlich) speziell auf die Beratungsanfrage ausgerichtete Informationsmaterial (n = 123; 50,0 %). Insgesamt 48,0 % (n = 118) der Beraterinnen und Berater verwiesen an spezielle Beratungsstellen oder entsprechend ausgebildete Kolleginnen oder Kollegen - entweder anstelle oder ergänzend zu der eigenen Beratung. Immerhin knapp ein Viertel der Pflegerinnen und Pfleger (24,8 %; n = 61) gaben an, eine spezielle Fort- oder Weiterbildung absolviert zu haben. Ohne Weitervermittlung, ohne zusätzliches Informationsmaterial oder eigene Fortbildung berieten 19,9 % der Beraterinnen und Berater (n = 49) diese Zielgruppe.

Dass die Hälfte der Beraterinnen und Berater angaben, Personen weiterzuvermitteln, lässt darauf schließen, dass die Pflegeberatung diesen spezifischen Beratungsbedarf nicht vollständig abdecken kann. Eine Weitervermittlung in andere Beratungsstrukturen ist nicht in allen Regionen einfach umzusetzen, da solche speziellen Beratungsstellen nicht überall vorhanden sind (vgl. Kapitel 3.3.3).

Das durchschnittliche Beratungsaufkommen innerhalb von vier Wochen belief sich bei Menschen mit psychischen Erkrankungen auf 2,8 Personen pro Beraterin bzw. Berater (SD = 4,5; Min = 0,0; Max = 30,0; n = 201; 9,6 % des Gesamtumfangs). Allerdings gab auch hier nur eine Person (0,4 %) an, sie würde keine Anfragen aus dieser Zielgruppe erhalten.

Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

Angehörige pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher wurden ebenfalls überwiegend über die reguläre Pflegeberatung beraten (n = 195; 79,6 %; n = 245 gültige Angaben; n = 17 fehlende Angaben). Zusätzlich gaben 47,8 % der Beraterinnen und Berater (n = 117) an, unterstützend spezielles Informationsmaterial verwendet zu haben. Darüber hinaus vermittelte die Hälfte der Beraterinnen und Berater Anfragen der Zielgruppe an speziell ausgebildete Kolleginnen oder Kollegen bzw. an entsprechende Beratungsstellen weiter (n = 127; 51,9 %). Nur 15,5 % (n = 38) der befragten Personen gaben an, dass sie selbst eine entsprechende Fort- und Weiterbildung absolviert haben. Ein Fünftel der Beraterinnen und Berater (n = 53; 21,6 %) gaben an, diese Zielgruppe ausschließlich in der regulären Beratung, ohne Weiterleitung, zusätzliches Material oder eigene Fortbildung, zu beraten.

Durchschnittlich wurden in einem Monat etwa 1,7 Personen aus dieser Zielgruppe pro Beraterin bzw. Berater beraten (SD = 4,6; Min = 0,0; Max = 50,0; n = 190; 5,0 % des Gesamtumfangs). Drei Beraterinnen bzw. Berater (1,2 %) gaben an, sie würden keine Anfragen zur Beratung aus dieser Zielgruppe erhalten.

Die besonderen Herausforderungen in der Beratung von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen wurden bereits in den Ergebnissen zu den Angebotsstrukturen aufgezeigt (vgl. Kapitel 3.3.3). Auf der einen Seite macht diese Zielgruppe nur einen Bruchteil der Pflegebedürftigen aus, auf der anderen Seite wird eine umfangreiche Beratung und Betreuung aufgrund der Komplexität der Versorgung benötigt. Speziell ausgebildete und insbesondere gut vernetzte Beraterinnen und Berater sind wichtig, um dem besonderen Bedarf an Beratung gerecht zu werden.

Menschen mit Behinderungen

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gaben größtenteils an, diese Zielgruppe in der regulären Beratungstätigkeit zu beraten (84,5 %; n = 207; n = 245 gültige Angaben; n = 17 fehlende Angaben). Insgesamt 52,2 % (n = 128) verwendeten in ihrer Beratung von Menschen mit Behinderungen bzw. deren Angehörigen (zusätzlich) spezielles Informationsmaterial. Aber auch diese Zielgruppe wurde von fast der Hälfte der Beraterinnen oder Berater (47,8 %; n = 117) an spezialisierte Beratungsangebote weitervermittelt. Eine solche Vermittlung scheint im Hinblick auf die Ergebnisse zu den Angebotsstrukturen (vgl. Kapitel 3.3.3) zumindest in städtischen Regionen auch möglich zu sein, während das Beratungsangebot für diese Zielgruppe im ländlichen Raum noch ausgebaut werden müsste. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gaben zu 19,2 % (n = 47) an, eine spezielle Fort- oder Weiterbildung für den Beratungsbedarf der Zielgruppe absolviert zu haben. Dennoch gab gut ein Fünftel der Beraterinnen und Berater an, Anfragen aus die-

ser Zielgruppe weder weiterzuvermitteln noch Informationsmaterial zu verwenden noch eine eigene Fortbildung absolviert zu haben, sondern sie ausschließlich über die reguläre Tätigkeit zu beraten (n = 55; 22,4 %).

Im Mittel wurden innerhalb eines Monats 5,2 Personen mit Behinderungen oder deren Angehörige pro Beraterin bzw. Berater beraten (SD = 13,3; Min = 0,0; Max = 150,0; n = 192). Das Beratungsaufkommen liegt damit durchschnittlich bei 16,0 %. Zwei Personen gaben an (0,8 %), dass sie nie Beratungsanfragen für diese Zielgruppe erhalten.

Menschen mit Migrationshintergrund

Der überwiegende Teil (n = 192; 78,7 %; n = 244 gültige Angaben; n = 18 fehlende Angaben) der Pflegerinnen und Pfleger gab an, Menschen mit Migrationshintergrund in ihrer regulären Beratungstätigkeit zu beraten. Nur ein Drittel (34,0 %; n = 83) gab an, speziell zugeschnittenes Informationsmaterial zu verwenden. Einen Verweis an spezielle Beratungsstellen oder speziell ausgebildete Kolleginnen oder Kollegen setzten 27,2 % (n = 64) der Beraterinnen und Berater ein. Eine eigene Fort- oder Weiterbildung wurde von nur 13,9 % (n = 34) der Pflegerinnen und Pfleger angegeben. Bereits in den Angaben zu den Herausforderungen der Beratung zeigte sich, dass sich 56,7 % der Pflegerinnen und Pfleger zumindest manchmal mit Sprachbarrieren konfrontiert sahen, die ihnen die Pflegeberatung erschweren (Kapitel 4.4.5, Abb. 10). Kulturelle Aspekte waren für 37,4 % zumindest manchmal eine Herausforderung in der Pflegeberatung. Externe Übersetzerinnen oder Übersetzer (z. B. von der Kommune) konnten 18,4 % (n = 45) der Beraterinnen und Berater zur Überbrückung von sprachlichen Hürden hinzuziehen und 58,6 % (n = 143) gaben an, bei Bedarf auf die Übersetzung durch Angehörige zurückgreifen zu können. Insgesamt gaben 15,2 % der Beraterinnen und Berater, die Anfragen von Menschen mit Migrationshintergrund erhalten, an, dass sie diese Anfragen ausschließlich selbst über ihre eigene Beratungstätigkeit bearbeiten (n = 37), ohne eine eigene Fortbildung zu haben.

Von den befragten Beraterinnen und Beratern gaben 7,8 % (n = 19) an, dass sie gar keine Beratungsanfragen aus dieser Zielgruppe erhalten. Das durchschnittliche Beratungsaufkommen belief sich auf 3,7 Personen in vier Wochen pro Beraterin bzw. Berater (SD = 15,7; Min = 0,0; Max = 170,0; n = 185; 6,0 % des Gesamtumfangs). Auch wenn die Anfragen demnach selten vorkommen, gilt es zu beachten, dass es aufgrund sprachlicher, aber auch kulturell bedingter Faktoren in dieser Zielgruppe möglicherweise gar nicht zur Inanspruchnahme von einer Pflegeberatung kommt (vgl. Kapitel 3.4.3.3). Da die Zielgruppe sehr heterogen ist, scheint das spezialisierte Beratungsangebot für Menschen mit Migrationshintergrund noch ausbaufähig zu sein (vgl. Kapitel 3.3.3).

5 Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer

Zur Darstellung der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer werden neben den Daten aus der schriftlichen Nutzerbefragung auch die Daten aus der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden betrachtet. Da Versicherte unmittelbar nach der Antragstellung auf die Möglichkeit der Pflegeberatung hingewiesen werden müssen, liefern die Angaben dieser Gruppe wichtige Hinweise zur Bewertung der Pflegeberatung aus der Perspektive potenzieller Nutzerinnen und Nutzer. Darüber hinaus können anhand der Befragung der Erstantragstellenden auch mögliche Barrieren beim Zugang zur Pflegeberatung analysiert werden.

In Vorbereitung der schriftlichen Nutzerbefragung wurden telefonische Interviews mit acht Nutzerinnen und Nutzern durchgeführt. Der Leitfaden für die Interviews enthielt im Wesentlichen dieselben Fragen wie der Fragebogen der schriftlichen Nutzerbefragung. Durch die Interviews wurde im Vorfeld der schriftlichen Nutzerbefragung vor allem sichergestellt, dass der Fragebogen zielgruppengerecht formuliert ist. Insgesamt wurden die Fragen von den Interviewten gut verstanden.

5.1 Zusammensetzung der Stichproben

An der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden beteiligten sich insgesamt $n = 2.486$ Personen. In der schriftlichen Nutzerbefragung wurden insgesamt $n = 299$ Rückantworten erzielt. Im Folgenden wird die Zusammensetzung der beiden Stichproben im Hinblick auf demographische Merkmale sowie die Pflegebedürftigkeit dargestellt.

5.1.1 Demographische Merkmale

Die Stichproben in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden und der schriftlichen Nutzerbefragung setzen sich in Bezug auf Alter und Geschlecht ähnlich zusammen.

Versichertenbefragung Erstantragstellende

Die Teilnehmenden waren durchschnittlich 79 Jahre alt (Alter im Jahr 2019: $M = 78,6$; $SD = 12,8$; $MDN = 81$; $Min = 0,0$; $Max = 113,0$; $n = 50$ fehlende Angaben). Von den Erstantragstellenden waren 25 % 75 Jahre oder jünger (25. Perzentil) und weitere 25 % waren 86 Jahre oder älter (75. Perzentil). Die meisten Erstantragstellenden waren somit zwischen 76 und 85 Jahre alt. Insgesamt 27 Personen (1,1 %) waren minderjährig. Verglichen mit der Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018) der zu Hause versorgten Personen, fällt der Anteil jüngerer Personen (bis unter 60 Jahre) in der Stichprobe geringer aus (18,1 % vs. 6,6 %), während der Anteil der 70- bis unter 90-jährigen

höher ausfällt (59,6 % vs. 72,9 %). Damit haben sich bezogen auf die Altersverteilung in der Population zu Hause versorgter pflegebedürftiger Menschen eher ältere Personen an der Befragung beteiligt.

Die Mehrheit der Erstantragstellenden, die an der Befragung teilnahmen, war weiblich (n = 1.547; 62,8 %; n = 26 fehlende Angaben); 913 Personen (37,1 %) waren männlich. Daneben wurde von einer Person angegeben, einem anderen Geschlecht anzugehören.

Die große Mehrheit der Befragten gab Deutsch als Muttersprache an (n = 2.345; 95,9 %); nur wenige Personen gaben eine andere Sprache an (n = 99; 4,1 %). Für 42 Personen lagen keine Angaben zur Muttersprache vor.

Schriftliche Nutzerbefragung

Die Nutzerinnen und Nutzer waren durchschnittlich 80 Jahre alt (Alter im Jahr 2019: M = 79,8; SD = 11,6; MDN = 82; Min = 3,0; Max = 97,0; n = 11 fehlende Angaben). Von den Befragten waren 25 % 77 Jahre oder jünger (25. Perzentil) und weitere 25 % waren 86 Jahre oder älter (75. Perzentil). Die meisten Nutzerinnen und Nutzer waren somit zwischen 78 und 85 Jahre alt. Drei Personen waren minderjährig (1 %). Die Mehrheit der Befragten war weiblich (n = 166; 56,8 %); 126 Personen (43,2 %) waren männlich (n = 7 fehlende Angaben).

Auch in der schriftlichen Nutzerbefragung wurde von der großen Mehrheit Deutsch als Muttersprache angegeben (n = 281; 96,2 %; n = 7 fehlende Angaben). Anteilig gaben in etwa so viele Personen wie in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden eine andere Muttersprache an (n = 11; 3,8 %).

5.1.2 Pflegebedürftigkeit

In Bezug auf die Pflegebedürftigkeit ergeben sich kleinere Unterschiede zwischen der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden und der schriftlichen Nutzerbefragung. Insgesamt deuten die Angaben zum Pflegegrad und zur Art der Beeinträchtigung auf eine etwas stärker beeinträchtigte Stichprobe pflegebedürftiger Personen in der schriftlichen Nutzerbefragung hin.

Versichertenbefragung Erstantragstellende

Der Antrag auf Pflegeleistungen wurde in der Mehrheit der Fälle bewilligt (n = 2.186; 89,3 %; n = 38 fehlende Angaben); bei einer Minderheit wurde er abgelehnt (n = 229; 9,4 %). Nur ein sehr geringer Anteil hat noch keine Rückmeldung von der Pflegekasse erhalten (n = 33; 1,3 %). Die Mehrheit der Versicherten mit Pflegegrad (n = 2.134;

n = 90 fehlende Angaben) hatte Pflegegrad 2 (n = 1.366; 64,0 %). Insgesamt ein Drittel der Befragten verteilten sich auf Pflegegrad 1 (n = 291; 13,6 %), Pflegegrad 3 (n = 390; 18,3 %), Pflegegrad 4 (n = 73; 3,4 %) und Pflegegrad 5 (n = 14; 0,7 %). Im Vergleich zur Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018) der zu Hause versorgten Personen befinden sich in der Stichprobe anteilig mehr Personen mit Pflegegrad 1 (1,4 % vs. 13,6 %) und 2 (53,7 % vs. 64,0 %) und weniger Personen mit Pflegegrad 3 (29,5 % vs. 18,3 %) und 4 (11,9 % vs. 3,4 %). Demnach haben sich, bezogen auf die Verteilung der Pflegegrade in der Population pflegebedürftiger Menschen, verstärkt Personen mit niedrigeren Pflegegraden an der Befragung beteiligt.

Die große Mehrheit der befragten Erstantragstellenden gab an, aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung bzw. Erkrankung pflegebedürftig zu sein (n = 2.283; 94,1 %). Etwas weniger als ein Drittel gab an, aufgrund einer Seh- oder Hörbeeinträchtigung pflegebedürftig zu sein (n = 712; 29,4 %). Andere Formen der Beeinträchtigung wurden nur vergleichsweise selten genannt (psychische Erkrankungen: n = 323, 13,3 %; geistige Beeinträchtigung: n = 375, 15,5 %; andere Art der Beeinträchtigung/Erkrankung: n = 88, 3,6 %; n = 61 fehlende Angaben).

Schriftliche Nutzerbefragung

Nur 11 % der Befragten gaben an, dass noch kein Pflegegrad vorliegt (n = 31; 10,5 %). Davon gab die Mehrheit an, bereits einen Antrag bei der Pflegekasse gestellt zu haben (Ja: n = 26; Nein: n = 5). Von den Personen mit einem Pflegegrad (n = 263; n = 5 fehlende Angaben) wurde am häufigsten Pflegegrad 2 angegeben (n = 108; 41,1 %), gefolgt von Pflegegrad 3 (n = 88; 33,5 %). Insgesamt ein Viertel verteilte sich auf Pflegegrad 1 (n = 39; 14,8 %), Pflegegrad 4 (n = 22; 8,4 %) und Pflegegrad 5 (n = 6; 2,3 %). Im Vergleich zur Versichertenbefragung der Erstantragstellenden waren in der schriftlichen Nutzerbefragung anteilig weniger Personen mit Pflegegrad 2 (41,1 % vs. 64 %), dafür mehr Personen mit Pflegegrad 3 vertreten (33,5 % vs. 18,3 %).

Auch in der schriftlichen Nutzerbefragung gab die große Mehrheit an, aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung bzw. Erkrankung pflegebedürftig zu sein (n = 265; 89,8 %). Wieder gab etwas weniger als ein Drittel an, aufgrund einer Seh- oder Hörbeeinträchtigung pflegebedürftig zu sein (n = 92; 31,2 %). In der schriftlichen Nutzerbefragung wurden aber auch geistige Beeinträchtigungen von fast einem Drittel genannt (n = 95; 32,2 %) - diese Angabe trat in der schriftlichen Nutzerbefragung häufiger auf als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (15,5 %). Andere Formen der Beeinträchtigung wurden auch in der schriftlichen Nutzerbefragung vergleichsweise selten genannt (psychische Erkrankungen: n = 50, 16,9 %; andere Art der Beeinträchtigung/Erkrankung: n = 11, 3,7 %; n = 4 fehlende Angaben).

Der Unterschied zwischen der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden und der schriftlichen Nutzerbefragung steht in Einklang mit früheren Befunden, nach denen sich Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeberatung vermehrt aus Personengruppen höherer Pflegestufen und mit demenziellen Erkrankungen zusammensetzen (Klie et al., 2012).

5.1.3 Beantwortung des Fragebogens

Pflegebedürftige Personen in der schriftlichen Nutzerbefragung waren seltener an der Beantwortung des Fragebogens beteiligt: Während in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden die meisten Fragebögen von den Pflegebedürftigen mit Unterstützung durch eine weitere Person ausgefüllt wurden (n = 1054; 46,6 %; n = 222 fehlende Angaben), wurden in der schriftlichen Nutzerbefragung die meisten Fragebögen von einer anderen Person ausgefüllt (n = 152; 53,0 %; n = 12 fehlende Angaben). Dies hängt wahrscheinlich mit der stärker beeinträchtigten Stichprobe in der schriftlichen Nutzerbefragung zusammen.

5.2 Zugänglichkeit der Pflegeberatung

Die Zugänglichkeit der Pflegeberatung wurde sowohl in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden als auch in der schriftlichen Nutzerbefragung anhand der Kenntnis der Beratungsangebote, der bisherigen Inanspruchnahme und der Erreichbarkeit (Terminvereinbarung und Kontaktaufnahme) erhoben. Während die schriftliche Nutzerbefragung ausschließlich Angaben von Personen enthält, die bereits einen Zugang zur Pflegeberatung gefunden haben, umfasst die Versichertenbefragung der Erstantragstellenden auch Personen, die bislang keine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben. Damit können Barrieren auf Seiten beratungsbedürftiger Personen, die bislang keinen Zugang zur Pflegeberatung gefunden haben, besser analysiert werden.

5.2.1 Information über das Angebot

Tab. 16 fasst die Angaben zu den Informationsquellen über die Pflegeberatung sowohl aus Sicht der Erstantragstellenden als auch der Nutzerinnen und Nutzer zusammen.

Versichertenbefragung Erstantragstellende

Die große Mehrheit der Erstantragstellenden gab an, von der Pflegekasse über die Möglichkeit der Pflegeberatung erfahren zu haben (Ja: n = 1.704, 83,1 %; Nein: n = 347, 16,9 %; n = 435 fehlende Angaben; Tab. 16), wobei zwischen den Befragten einzelner Pflegekassen teilweise deutliche und statistisch signifikante Unterschiede bestanden (M = 84,6 %; Min = 74,7 %; Max = 100,0 %; $\chi^2 = 20,1$; p < ,05; df = 10; n = 2.050).

Die meisten Erstantragstellenden wussten, dass sie das Angebot der Pflegeberatung jederzeit in Anspruch nehmen können (n = 1.436; 63,8 %). Etwas mehr als einem Drittel der Befragten war diese Möglichkeit somit nicht bekannt (n = 814; 36,2 %; n = 236 fehlende Angaben). Dieser Anteil liegt nah an dem in früheren Arbeiten ermittelten Wert von 43 % der Befragten (mit Pflegeerfahrung), die nicht von dem gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung wussten (Eggert & Vähjunker, 2015, S. 9).

Die meisten wurden von der Pflegekasse mit einem Anschreiben bzw. den Antragsunterlagen über die Möglichkeit der Pflegeberatung in Kenntnis gesetzt (n = 991; 60,3 % von 1.643 Personen mit gültigen Angaben, die von der Pflegekasse informiert wurden). Etwas mehr als ein Drittel wurde in einem persönlichen Gespräch informiert (n = 595; 36,2 %). Jeweils ca. 10 % wurden telefonisch (n = 177; 10,8 %) oder mit einem Flyer bzw. Informationsmaterialien informiert (n = 172; 10,5 %). In nur wenigen Fällen wurde angegeben, durch eine Mitgliederzeitung (n = 30; 1,8 %) oder im Rahmen einer Informationsveranstaltung von der Pflegeberatung erfahren zu haben (n = 9; 0,5 %). Sonstige Informationswege der Pflegekasse wurden von 32 Personen angegeben, allerdings wird in keinem der Fälle erläutert, auf welche Weise genau die Information erfolgt ist.

Knapp 40 % der Befragten gaben an, von anderen Stellen als der Pflegekasse von der Möglichkeit der Pflegeberatung erfahren zu haben (n = 834; 39,4 %); mehr als die Hälfte der Befragten verneinten dies (n = 1.284; 60,6 %; n = 368 fehlende Angaben). Am häufigsten wurde angegeben, dass man aus dem eigenen sozialen Umfeld davon erfahren habe (n = 405; 49,3 % der 821 Fälle mit gültigen Angaben, die von anderen Stellen von der Pflegeberatung erfahren haben; Tab. 16), gefolgt von Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten (n = 270; 32,9 %), der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK (n = 248; 30,2 %) oder Krankenhäusern (n = 228; 27,8 %).

Dabei gaben Personen, die nach eigenen Angaben nicht durch die Pflegekasse informiert worden sind, signifikant häufiger an, auch durch andere Stellen nicht von dieser Möglichkeit erfahren zu haben, als Personen, die angaben, von der Pflegekasse informiert worden zu sein (n = 247; 80,2 % vs. n = 803; 54 %; $\chi^2 = 71,9$; $p < ,001$; $df = 1$; n = 1.794). Dieses Antwortmuster deutet auf eine insgesamt weniger informierte Gruppe in der Stichprobe der Erstantragstellenden.

Schriftliche Nutzerbefragung

In der schriftlichen Nutzerbefragung wurde ebenfalls erhoben, woher man von der Möglichkeit der Pflegeberatung wusste. Auch hier gaben die meisten an, von der Pflegekasse darüber informiert worden zu sein; allerdings fiel dieser Anteil in der schriftlichen Nutzerbefragung deutlich geringer aus (n = 192; 66,4 %; n = 10 fehlende Angaben;

Tab. 16) als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (83,1 %). Der Anteil in der schriftlichen Nutzerbefragung liegt jedoch nah an dem in früheren Berichten, in denen 60 % der beratenen Personen die Pflegekasse als Informationsquelle angaben (Klie et al., 2012).

In der schriftlichen Nutzerbefragung haben anteilig mehr Personen aus einer anderen Quelle von der Pflegeberatung erfahren (n = 147; 49,2 %) als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (39,4 %). Davon gaben die meisten an, aus dem sozialen Umfeld von der Pflegeberatung erfahren zu haben (n = 45; 30,6 % der insgesamt 147 Fälle mit gültigen Angaben; Tab. 16). Ebenso traten die Angaben, durch eine Pflegeeinrichtung oder einen ambulanten Pflegedienst (n = 18; 12,2 %), durch den MDK im Rahmen der Begutachtung (n = 26; 17,7 %) oder durch Werbung/Medien (n = 6; 4,1 %) von der Möglichkeit der Pflegeberatung erfahren zu haben, in der schriftlichen Nutzerbefragung seltener auf als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (in dieser Reihenfolge: 32,4 %; 29,7 %; 14 %). Lediglich PSP wurden in der schriftlichen Nutzerbefragung häufiger genannt (n = 34; 23,1 %) als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (14,4 %).

Die Unterschiede zwischen der schriftlichen Nutzerbefragung und der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden reflektieren sehr wahrscheinlich die unterschiedlichen Stichprobenzugänge: In der schriftlichen Nutzerbefragung wurden die Fragebögen durch Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater im Rahmen einer Beratung nach § 7a SGB XI ausgehändigt. Die höhere Bedeutung von PSP als Informationsquelle in der Nutzerbefragung könnte damit zusammenhängen, dass ein nennenswerter Anteil der Fragebögen in PSP ausgeteilt wurde.

| Informationsquelle | Erstantragstellende | | Nutzerinnen und Nutzer | |
|--|---------------------|-------|------------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Durch die Kranken- oder Pflegekasse* | 1.704* | 83,1* | 192* | 66,4* |
| Aus unserem sozialen Umfeld (z. B. durch Angehörige, Freundinnen/Freunde, Nachbarschaft) | 405 | 49,3 | 45 | 30,6 |
| Durch einen Pflegestützpunkt | 120 | 14,6 | 34 | 23,1 |
| Durch eine Beratungsstelle (nicht Pflegestützpunkt) | 48 | 5,8 | 9 | 6,1 |
| Durch eine Pflegeeinrichtung oder einen Pflegedienst zur ambulanten Pflege | 270 | 32,9 | 18 | 12,2 |
| Durch das Krankenhaus oder eine Klinik | 228 | 27,8 | 33 | 22,4 |
| Durch meine Haus- oder Fachärztin/meinen Haus- oder Facharzt | 115 | 14,0 | 16 | 10,9 |

| Informationsquelle | Erstantragstellende | | Nutzerinnen und Nutzer | |
|---|---------------------|------|------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| Durch einen Arbeitgeber oder eine Veranstaltung im Unternehmen | 9 | 1,1 | 3 | 2,0 |
| Aus den Medien (z. B. Fernsehen, Zeitung, Internet) | 117 | 14,3 | 6 | 4,1 |
| Durch die Gutachterin/den Gutachter, die/der den Pflegegrad ermittelt hat (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, MDK) | 248 | 30,2 | 26 | 17,7 |
| Sonstiges | 15 | 1,8 | 3 | 2,1 |

Versichertenbefragung Erstantragstellende: n = 821 Personen, die Angaben zu anderen Informationsquellen machten (n = 13 fehlende Angaben). * n = 2.051 Personen, die Angaben dazu machten, ob sie von der Kranken-/Pflegekasse über die Möglichkeit der Pflegeberatung informiert worden sind (n = 435 fehlende Angaben). Schriftliche Nutzerbefragung: n = 147 Personen, die Angaben zu anderen Informationsquellen machten (n = 10 fehlende Angaben). * n = 289 Personen, die Angaben dazu machten, woher sie von dem Angebot der Pflegeberatung wussten (n = 10 fehlende Angaben).

Tab. 16: Informationsquellen über das Beratungsangebot nach § 7a SGB XI (Erstantragstellende und Nutzerinnen bzw. Nutzer)

Quelle: Versichertenbefragung Erstantragstellende; schriftliche Nutzerbefragung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

5.2.2 Kenntnis und Inanspruchnahme der Pflegeberatung

Ob die Pflegeberatung bereits in Anspruch genommen wurde, wurde ausschließlich in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden erhoben, da dies in der schriftlichen Nutzerbefragung ohnehin Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war.

Etwas mehr als die Hälfte der befragten Erstantragstellenden hatte bereits eine Pflegeberatung in Anspruch genommen (n = 1.319; 53,1 %; keine fehlenden Angaben), wobei sich der Anteil signifikant zwischen Pflegekassen unterschied (M = 53,3 %; Min = 39,8 %; Max = 73,1 %; $\chi^2 = 40,0$; $p < ,001$; $df = 10$; n = 2.484). Diese selbstberichtete Inanspruchnahme von einer Pflegeberatung überschätzt die wahre Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, da die Befragten vermutlich nicht zwischen dieser und anderen Beratungen (z. B. Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder MDK-Begutachtung) unterscheiden können (zur Inanspruchnahme siehe Kapitel 3.1.2). Sie entspricht der selbstberichteten Inanspruchnahme von Beratungen in anderen Befragungen von Pflegebedürftigen (Geiss et al., 2019; Kapitel 1.2.1).

Nach eigenen Angaben wurden die Personen mit Inanspruchnahme einer Pflegeberatung in der großen Mehrheit der Fälle durch die Pflegekasse über die Möglichkeit der Pflegeberatung informiert (n = 1.013; 93,7 % von 1.081 Fällen mit gültigen Angaben; n = 238 fehlende Angaben).

Etwas weniger als die Hälfte der Erstantragstellenden hatte hingegen noch keine Pflegeberatung der Pflegekasse in Anspruch genommen (n = 1.167 Personen; 46,9 %). Zwar wurde diese Gruppe ebenfalls mehrheitlich durch die Pflegekasse über die Möglichkeit der Pflegeberatung informiert (n = 691; 71,2 % von 970 Fällen mit gültigen Angaben; n = 197 fehlende Angaben); allerdings wurde dies von ihnen signifikant seltener angegeben als von Personen, die eine Pflegeberatung genutzt haben (71,2 % vs. 93,7 %; $\chi^2 = 183,7$; $p < ,001$; $df = 1$; $n = 2.051$). Während es bei den Fällen mit Pflegeberatung nur 6 % waren (n = 68; 6,3 %), die angaben, nicht von der Pflegekasse informiert worden zu sein, waren es bei denen, die bislang keine Pflegeberatung genutzt haben, fast 30 % (n = 270; 28,8 %). Dies könnte darauf hindeuten, dass die Pflegebedürftigen ohne Inanspruchnahme der Pflegeberatung in geringerem Maße über dieses Angebot informiert wurden. Für diese Interpretation müssen jedoch zuerst die Gründe der fehlenden Inanspruchnahme betrachtet werden. So wäre z. B. auch denkbar, dass die Information zur Möglichkeit der Pflegeberatung von Personen ohne Beratungsbedarf schlicht nicht zur Kenntnis genommen (übersehen) wird und folglich häufiger angegeben wird, nicht informiert worden zu sein.

Tatsächlich wurde als häufigster Grund für den Verzicht auf die Inanspruchnahme ein fehlender Beratungsbedarf angegeben (n = 443; 41,4 % von n = 1.070 Fällen mit gültigen Angaben ohne Pflegeberatung; n = 97 fehlende Angaben). Bereits als zweithäufiger Grund wurde aber angegeben, dass man nicht gewusst habe, dass es das Angebot der Pflegeberatung überhaupt gibt (n = 282; 26,4 %). Dieser Anteil liegt allerdings deutlich unter dem in früheren Berichten, in denen 40 % der Personen ohne Inanspruchnahme nicht von ihrem Anspruch auf Pflegeberatung wussten (Böttcher & Buchwald, 2016). Als dritthäufigster Grund wurde angegeben, dass man bereits ein anderes Beratungsangebot genutzt habe, in dem alle Fragen beantwortet wurden (n = 247; 23,1 %). In den meisten Fällen mit Nutzung eines anderen Beratungsangebots wurde angegeben, dass die Beratung durch einen Pflegedienst bzw. eine Pflegeeinrichtung erfolgt ist (n = 135), gefolgt von Sozialdiensten der Krankenhäuser (n = 31); vereinzelt entfielen auch Nennungen auf den MDK (n = 9), PSP (n = 6) oder andere Informationsangebote der Pflegekassen (n = 10). Weitere Gründe der Nichtnutzung, die jeweils in etwas mehr als 10 % der Fälle genannt wurden, waren, nicht gewusst zu haben, wofür die Pflegeberatung nützlich sei (n = 133; 12,4 %) und wohin man sich zwecks Beratung hätte wenden sollen (n = 113; 10,6 %). Jeweils unter 10 % der Nennungen fielen auf 10 weitere Antwortoptionen⁷⁵.

75 „Wir wussten nicht, was bei einer Pflegeberatung auf uns zukommt.“ (9,3 %) / „Wir fanden die angebotenen Möglichkeiten, wie oder wo wir die Pflegeberatung erhalten können, zu umständlich.“ (3,3 %) / „Wir hatten die Sorge, dass wir von der Pflegekasse nicht neutral beraten werden.“ (3,2 %) / „Als wir telefonisch einen Termin für eine Pflegeberatung ausmachen wollten, haben wir die zuständige Person nicht direkt erreicht (z. B. Callcenter/Warteschleife).“ (2,1 %) / „Uns wurde von der Pflegeberatung abgeraten (z. B. durch einen Pflegedienst, Bekannte oder eine Beratungsstelle).“ (1,9 %) / „Wir hatten die Sorge, dass die Pflegeberatung etwas kosten würde.“ (1,7 %) / „Wir haben unter den angegebenen Kontaktmöglichkeiten niemanden erreicht.“ (1,3 %) / „Der angebotene Termin für die Pflegeberatung hat uns zeitlich nicht gepasst.“ (1,3 %) / „Nach schlechten Erfahrungen bei anderen bisherigen Beratungen möchten wir keine Pflegeberatung in Anspruch nehmen.“ (1,2 %) / „Andere/Weitere Gründe“ (5,3 %)

Dabei gaben Personen ohne Information seitens der Pflegekasse signifikant seltener an, dass sie keinen Bedarf an einer Pflegeberatung haben ($n = 38$; 14,1 % vs. $n = 335$; 53,8 %; $\chi^2 = 121,4$; $p < ,001$; $df = 1$; $n = 892$) und dass sie bereits ein anderes Beratungsangebot genutzt haben ($n = 33$; 12,3 % vs. $n = 184$; 29,4 %; $\chi^2 = 30,4$; $p < ,001$; $df = 1$; $n = 892$). Hingegen gaben Personen ohne Information mehrheitlich an, nicht vom Beratungsangebot gewusst zu haben ($n = 206$; 76,6 %). Diese Personen berichteten ferner signifikant häufiger als Personen mit Information von der Pflegekasse, dass sie nicht wussten, wohin sie sich zwecks Pflegeberatung wenden sollen ($n = 41$; 15,2 % vs. $n = 49$; 7,9 %; $\chi^2 = 11,3$; $p < ,001$; $df = 1$; $n = 892$).

Insgesamt weist dieses Antwortmuster darauf hin, dass Personen, die - nach eigenen Angaben - durch die Pflegekasse nicht über die Möglichkeit der Pflegeberatung informiert wurden, häufiger einen ungedeckten Beratungsbedarf aufweisen. Wenn Personen das Pflegeberatungsangebot nicht kennen, finden sie folglich seltener Zugang zur Beratung und können ihren Beratungsbedarf schwieriger decken. Allerdings kann die fehlende Kenntnis der Erstantragstellenden nicht mit einer faktisch fehlenden Information zum Angebot durch die Pflegekasse begründet werden. Es ist durchaus anzunehmen, dass die Pflegekassen regelhaft über das Pflegeberatungsangebot informieren (vgl. Kapitel 3.4.1); diese größtenteils schriftliche Information (siehe Kapitel 5.2.1) wird aber offenbar von einem Teil der Erstantragstellenden übersehen oder wurde bei der Befragung nicht erinnert.

In der Stichprobe der Erstantragstellenden waren es insgesamt 208 Personen (8,4 % von insgesamt $n = 2.486$), die zum Befragungszeitpunkt keine Pflegeberatung genutzt hatten und nach eigenen Angaben weder von der Pflegekasse noch aus anderen Informationsquellen von der Möglichkeit der Pflegeberatung erfahren hatten (obwohl häufig ein Beratungsbedarf angegeben wurde; siehe Kapitel 5.3.2).

In der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden wurde auch erfasst, ob aktuell ein Beratungsbedarf vorliegt. Immerhin 17 % der Erstantragstellenden gaben an, dass sie aktuell einen Beratungsbedarf bei sich sehen ($n = 390$; 17,3 %; $n = 237$ fehlende Angaben). Ein etwa genauso hoher Anteil war sich diesbezüglich nicht sicher ($n = 383$; 17 %). Die Mehrheit sieht aktuell bei sich keinen Beratungsbedarf ($n = 1.476$; 65,5 %).

Betrachtet man die Teilgruppe, die bisher keine Pflegeberatung genutzt hat und meint, weder durch die Pflegekasse noch aus anderen Informationsquellen von der Möglichkeit der Pflegeberatung erfahren zu haben, so zeigte sich anteilig häufiger ein aktueller Beratungsbedarf (ja: $n = 68$, 34 %; nicht sicher: $n = 46$, 23 %) als bei den übrigen Personen in der Stichprobe (ja: $n = 322$, 15,7 %; nicht sicher: $n = 337$, 16,4 %).

Resümierend ist festzuhalten, dass etwas weniger als 10 % der Erstantragstellenden einen ungedeckten Beratungsbedarf angeben und gleichzeitig nicht von der Möglichkeit der Pflegeberatung wissen.

5.2.3 Erreichbarkeit: Terminvergabe und Kontaktaufnahme

Die Erreichbarkeit der Pflegeberatung wurde anhand der zeitnahen und problemlosen Terminvergabe bzw. Kontaktaufnahme operationalisiert und zu unterschiedlichen Anteilen sowohl in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden als auch in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben.

Versichertenbefragung Erstantragstellende

In der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden fand für die große Mehrheit der 1.319 Personen, die bereits eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, das Beratungsgespräch im Jahr 2018 statt (n = 745; 83,4 %); nur wenige Beratungsgespräche fanden im Jahr 2019 statt (n = 148; 16,6 %; n = 426 fehlende Angaben). Setzt man den Zeitpunkt der Antragstellung zum Zeitpunkt der Pflegeberatung in Beziehung, zeigt sich, dass viele bereits im Monat der Antragstellung beraten wurden (n = 308; 40,7 % von 756 Personen mit Pflegeberatung und Angaben zum Zeitpunkt der Antragstellung und Pflegeberatung; n = 563 fehlende Angaben). In weniger als einem Viertel der Fälle wurde die Pflegeberatung später als zwei Monate nach Antragstellung genutzt (n = 173; 22,9 %). Nur ein geringer Anteil hat die Pflegeberatung bereits vor Antragstellung erhalten (n = 60; 7,9 %). Da allerdings nur Erstantragstellende befragt wurden, kann auf dieser Grundlage keine Aussage darüber getroffen werden, wie sich die Inanspruchnahme bei längerem Leistungsbezug gestaltet, z. B. bei Antrag auf Höherstufung des Pflegegrads.

Darüber hinaus wurde in der großen Mehrheit der Fälle, in denen eine Pflegeberatung genutzt wurde, angegeben, dass es einfach war, einen Termin für ein Pflegeberatungsgespräch auszumachen (n = 781; 87,7 %)⁷⁶. Dies legt die Vermutung nahe, dass Beratungsgespräche, die nicht in unmittelbarer zeitlicher Nähe der Antragstellung stattgefunden haben, wahrscheinlich erst zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart wurden und keine Wartezeit auf den Termin widerspiegeln. Nach Einschätzung der meisten beratenen Personen bestand demnach ein zeitnaher und relativ problemloser Zugang zur Pflegeberatung.

Doch selbst bei Personen, die Zugang zur Pflegeberatung finden, scheinen im Vorfeld häufig nur wenig konkrete Informationen über die Pflegeberatung vorzuliegen: Nur ca.

76 „Es war ganz einfach, einen Termin für ein Pflegeberatungsgespräch auszumachen.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Versichertenbefragung Erstantragstellende: n = 891; n = 428 fehlende Angaben

40 % der Erstantragstellenden, die eine Beratung erhalten haben, gaben an, dass sie bereits vor dem Beratungsgespräch wussten, was sie erwartet (n = 367; 39,3 %)77. Etwas mehr als ein Drittel gab an, dass sie nur teilweise eine genaue Vorstellung davon hatten (n = 340; 36,4 %); ein Viertel meinte, nicht genau gewusst zu haben, was sie erwartet (n = 228; 24,4 %). Vor dem Hintergrund des sehr hohen Anteils der beratenen Erstantragstellenden, die von der Pflegekasse über die Möglichkeit der Pflegeberatung informiert wurden (93,7 %; siehe Kapitel 5.2.2), erscheint der Anteil der Fälle, die im Vorfeld genau wussten, was sie erwartet, vergleichsweise gering.

Schriftliche Nutzerbefragung

Da die Verteilung der Fragebögen der schriftlichen Nutzerbefragung im August 2019 startete, wird darin in der Regel angegeben, dass die bewerteten Beratungsgespräche im August (n = 84; 30,9 %), September (n = 96; 35,3 %) oder Oktober 2019 stattfanden (n = 46; 16,9 %; n = 27 fehlende Angaben). Einige Angaben entfielen allerdings auf einen Zeitpunkt zwischen Januar und Juli 2019 (n = 46; 16,9 %). Diese Angaben lassen sich wahrscheinlich durch wiederholte Beratungskontakte erklären, wonach die Frage („Wann hat das letzte Beratungsgespräch stattgefunden?“) auf ein Beratungsgespräch vor dem aktuellen Beratungsgespräch, in dem der Fragebogen ausgeteilt wurde, bezogen wurde.

Am häufigsten wurde angegeben, dass der Kontakt zur Pflegeberatung hergestellt wurde, indem die Nutzerinnen und Nutzer selbst den Kontakt zur Kranken- bzw. Pflegekasse aufnahmen (n = 154; 52,6 %; n = 6 fehlende Angaben). Etwa ein Drittel der Befragten gaben an, den Kontakt über einen PSP aufgenommen zu haben (n = 94; 32,1 %), während nur 2,0 % (n = 6) angaben, den Kontakt über eine andere Beratungsstelle als den PSP aufgenommen zu haben. Etwas weniger als ein Viertel gab an, dass die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater die Beratung direkt angeboten habe (n = 65; 22,2 %). In manchen Fällen erfolgte das Angebot auch durch weitere Mitarbeitende der Kranken- bzw. Pflegekasse, die selbst keine Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater sind (n = 53; 18,1 %). Nur eine Person (0,3 %) gab an, den Kontakt über kommunale Stellen (z. B. Sozialhilfe, Eingliederungshilfe) hergestellt zu haben. In seltenen Fällen wurden auch andere Wege der Kontaktaufnahme genannt (n = 23; 7,8 %), bei denen der Kontakt durch eine andere außenstehende Person oder Institution hergestellt wurde, z. B. durch den Sozialdienst des Krankenhauses oder eine Sozialstation.

77 „Wir wussten vor dem Pflegeberatungsgespräch genau, was uns erwartet.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Versichertenbefragung Erstantragstellende: n = 935; n = 384 fehlende Angaben

Auch in der schriftlichen Nutzerbefragung wurde mehrheitlich angegeben, dass es einfach war, einen Termin für die Pflegeberatung zu vereinbaren ($n = 267$; $89,3\%$)⁷⁸ - wie bereits in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden ($87,7\%$). Dabei gelten für diese Angaben zur Zugänglichkeit in der schriftlichen Nutzerbefragung dieselben Einschränkungen wie in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden: Die Angaben stammen ausschließlich von Personen, die bereits eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben.

5.3 Form und Inhalt der Pflegeberatung

Form und Inhalt der Pflegeberatung werden anhand von Informationen zum Anbieter, zum Ort der Pflegeberatung, der Beratungsbedarfe und Gründe der Inanspruchnahme, der Beratungsintensität (Umfang und Dauer) sowie der konkreten Themen der Beratung beschrieben. In der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden erfolgte die Erhebung ausschließlich in Bezug auf die erste Beratung („Bitte denken Sie an das erste Pflegeberatungsgespräch zurück“). In der schriftlichen Nutzerbefragung erfolgte eine detailliertere Erhebung bezüglich des gesamten bisherigen Beratungsgeschehens, das neben Erstberatungen auch Wiederholungsberatungen bzw. wiederholte Beratungskontakte umfasst.

5.3.1 Durchführung der Beratung

Informationen zur Durchführung der Beratung liegen vorwiegend aus der schriftlichen Nutzerbefragung vor, aber auch die Erstantragstellenden machten Angaben zum Ort der Beratung.

Versichertenbefragung Erstantragstellende

Die meisten Beratungsgespräche (erste Beratungen) fanden in der Häuslichkeit der Erstantragstellenden statt ($n = 863$; $86,2\%$ von 1.319 Fällen, die eine Pflegeberatung genutzt haben; $n = 318$ fehlende Angaben). Nur wenige Beratungsgespräche fanden telefonisch ($n = 48$; $4,8\%$), im PSP ($n = 34$; $3,4\%$), in einer Geschäftsstelle der Pflegekasse ($n = 22$; $2,2\%$) oder einer anderen Beratungsstelle statt ($n = 12$; $1,2\%$). Ein geringer Anteil der Befragten nannte weitere Orte, an denen die Pflegeberatung stattgefunden hat ($n = 22$, $2,2\%$); hier wurden Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen genannt.

78 „Es war ganz einfach, einen Termin für ein Pflegeberatungsgespräch auszumachen.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Nutzerbefragung: $n = 280$; $n = 19$ fehlende Angaben

Schriftliche Nutzerbefragung

Auch in der schriftlichen Nutzerbefragung fanden die meisten der (zuletzt stattgefundenen) Pflegeberatungen in der Häuslichkeit der Ratsuchenden statt (n = 160; 57,8 % der 277 Fälle mit gültigen Angaben; n = 22 fehlende Angaben). Allerdings fiel dieser Anteil verglichen mit der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (86,2 %) deutlich geringer aus. Stattdessen fanden in der schriftlichen Nutzerbefragung anteilig mehr Beratungsgespräche telefonisch (n = 64; 23,1 %), in PSP (n = 32; 11,6) oder in Geschäftsstellen der Pflegekasse statt (n = 21; 7,6 %) als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (in dieser Reihenfolge: 4,8 %; 3,4 %; 2,2 %). Andere Orte werden in der schriftlichen Nutzerbefragung nicht genannt.

Die deutlich geringere Bedeutung von Hausbesuchen und weitaus größere Bedeutung telefonischer Beratungen in der schriftlichen Nutzerbefragung könnten damit zusammenhängen, dass in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden nach dem ersten und in der schriftlichen Nutzerbefragung nach dem letzten Pflegeberatungsgespräch gefragt wurde. Erste Beratungsgespräche werden demnach häufiger als wiederholte Beratungskontakte im Rahmen von Hausbesuchen umgesetzt. Um den Ort der Pflegeberatungen genauer zu quantifizieren, sollten sämtliche Beratungskontakte im Verlauf der Beratungen betrachtet werden. Eine solche umfanglichere Quantifizierung erfolgt in Kapitel 5.3.3.

Darüber hinaus sind - wie bereits im Zusammenhang der Ergebnisse zur Kenntnis des Beratungsangebots erläutert (Kapitel 5.2.1) - die Unterschiede zwischen der schriftlichen Nutzerbefragung und der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden sehr wahrscheinlich auch auf unterschiedliche Stichprobenzugänge zurückzuführen. In der schriftlichen Nutzerbefragung wurden die Fragebögen im Rahmen einer Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI verteilt, so dass die Antworten besser zu dieser konkreten Beratungsform in Bezug gesetzt werden können. Wahrscheinlich deshalb sind Beratungen in PSP oder Geschäftsstellen der Pflegekasse in der schriftlichen Nutzerbefragung prominenter vertreten als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden.

Zudem kann in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden nicht in gleichem Maße wie in der schriftlichen Nutzerbefragung angenommen werden, dass die Betroffenen leicht zwischen Pflegeberatungen im Sinne des § 7a SGB XI und anderen Beratungen, bspw. der Information im Rahmen der Begutachtung des MDK, unterscheiden können, was ebenfalls zur häufigeren Angabe von Hausbesuchen beigetragen haben könnte. Die Unterscheidung der verschiedenen Beratungsformen sollte in der schriftlichen Nutzerbefragung einfacher fallen, da die Befragten besser wissen, in welcher Situation sie den Fragebogen erhalten haben und auf welche konkrete Beratung sich die Fragen beziehen.

Die meisten der (letzten) Beratungsgespräche in der schriftlichen Nutzerbefragung wurden von Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberatern der Pflegekasse durchgeführt (n = 187; 64,3 %; n = 8 fehlende Angaben), gefolgt von solchen der PSP (n = 93; 32,0 %). Somit wurden in der großen Mehrheit der Fälle in der schriftlichen Nutzerbefragung die Beratungsgespräche nach § 7a SGB XI von Beraterinnen und Beratern der Pflegekasse oder aus PSP geführt (n = 269; 92,4 %; in elf Fällen war die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater sowohl der Pflegekasse als auch einem PSP zugeordnet).

Beraterinnen und Berater aus anderen Beratungsstellen (n = 4; 1,4 %), kommunalen Anlaufstellen (n = 1; 0,3 %) und Pflegediensten (n = 2; 0,7 %) wurden vergleichsweise selten genannt. Vier Personen ordnen die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater falsch zu, indem sie angeben, dass sie bzw. er ausschließlich für ein Krankenhaus oder den MDK arbeitet (n = 4; 1,4 %). Insgesamt 13 Personen (4,5 %) gaben an, nicht (mehr) zu wissen, wo bzw. für wen die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater arbeitet.

5.3.2 Beratungsbedarfe und Gründe der Inanspruchnahme

In der schriftlichen Nutzerbefragung wurden die Gründe der Inanspruchnahme der Pflegeberatung detailliert erhoben. In der Mehrheit der Fälle wurde angegeben, dass man allgemeine Fragen zu Leistungen der Pflegekasse (n = 219; 74,4 %; n = 6 fehlende Angaben) oder zur Pflegesituation hatte (n = 190; 64,8 %). Ebenfalls relativ häufig wird angegeben, dass sich die Pflegesituation insgesamt verschlechtert hatte (n = 116; 39,6 %) oder dass Hilfe bei Formularen/Anträgen der Pflegekasse (n = 112; 38,2 %), bei der Suche nach einem Pflegedienst/einer Pflegeeinrichtung (n = 105; 35,8 %) bzw. der Auswahl von Hilfsmitteln benötigt wurde (n = 81; 27,6 %). Weitere nennenswerte Anteile entfielen auf Fragen zum MDK-Gutachten (n = 69; 23,5 %), die Unterstützung pflegender Angehöriger (n = 62; 21,2 %), den Eintritt einer plötzlichen Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit (n = 59; 20,1 %), Fragen zur Organisation der Pflege für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz; n = 54; 18,4 %) oder die Entlassung aus dem Krankenhaus (n = 50; 17,1 %). Andere Gründe wurden nur selten genannt⁷⁹.

5.3.3 Beratungsumfang

Angaben zum Beratungsumfang der Beratung wurden vorwiegend in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben, bei der durch den Stichprobenzugang sichergestellt ist, dass die Angaben sich tatsächlich auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beziehen.

79 „Wir/Ich wollte/n Widerspruch gegen den Pflegegrad-Bescheid einlegen.“ (8,9 %) / „Wir/Ich hatte/n Fragen, da uns Leistungen der Pflegekasse nicht bewilligt wurden.“ (8,5 %) / „Wir/Ich hatte/n Fragen zur Organisation der Pflege für Menschen mit psychischen Erkrankungen.“ (5,5 %) / „Wir/Ich hatte/n Fragen zur Organisation der Pflege für pflegebedürftige Kinder“. (0,7 %) / „Anderer Grund“ (4,1 %)

Versichertenbefragung Erstantragstellende

In der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden wurde lediglich erhoben, ob man nach der ersten Beratung weiterhin mit der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater in Kontakt gestanden habe. Die Mehrheit der Erstantragstellenden, die eine Pflegeberatung genutzt haben (n = 1.039), verneinte dies (n = 636; 61,2 %; n = 403, d.h. 38,8 % standen weiterhin in Kontakt; n = 280 fehlende Angaben).

Schriftliche Nutzerbefragung

In der schriftlichen Nutzerbefragung wurden die Beratungsumfänge detaillierter erhoben, indem die Häufigkeit der Beratungskontakte (mit den Kategorien 1-mal, 2- bis 5-mal, 6- bis 10-mal und mehr als 10-mal) getrennt nach dem Ort der Kontakte erfragt wurde (in der eigenen Häuslichkeit, in einer Filiale der Pflege-/Krankenkasse, in einem PSP, telefonisch).

Bei Betrachtung der aggregierten Kontakthäufigkeiten zeigt sich, dass nur wenige Personen angaben, insgesamt nur einen Beratungskontakt gehabt zu haben (Aggregation von Fällen mit 1-maliger Beratung an irgendeinem Ort: n = 29; 10 % der 294 Fälle mit gültigen Angaben; n = 5 fehlende Angaben). Die große Mehrheit gab mindestens zwei Beratungskontakte an (Aggregation von Fällen mit mindestens 2-maliger Beratung an irgendeinem Ort: n = 265; 90,1 %). Die Stichprobe der schriftlichen Nutzerbefragung unterscheidet sich damit deutlich von der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden, in der mehrheitlich angegeben wurde, dass man nach dem ersten Beratungsgespräch nicht weiter in Kontakt gestanden habe (61,2 %). Dies könnte auf eine Selektion aufwändigerer Beratungsfälle in der schriftlichen Nutzerbefragung hindeuten. Das wäre auch mit der unterschiedlichen Zusammensetzung der Stichproben kompatibel, wonach sich die schriftliche Nutzerbefragung von der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden durch etwas stärker beeinträchtigte pflegebedürftige Personen unterscheidet (siehe Kapitel 5.1.2). Die Selektion aufwändiger Beratungsfälle könnte letztlich auch damit zusammenhängen, dass in der schriftlichen Nutzerbefragung ausschließlich Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI beurteilt wurden, während in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden, zumindest teilweise, auch andere Beratungsformen betrachtet worden sein könnten.

Betrachtet man die Häufigkeit der Beratungskontakte in der schriftlichen Nutzerbefragung getrennt nach Ort (Abb. 11), zeigt sich, dass Beratungen in der eigenen Häuslichkeit zumeist 1-malig erfolgt sind (n = 148; 50,3 % der 294 Fälle mit gültigen Angaben; n = 5 fehlende Angaben). In nur einem Drittel der Fälle wurde angegeben, dass Beratungskontakte in der eigenen Häuslichkeit mit einer Häufigkeit von 2- bis 5-mal stattgefunden haben (n = 97; 33 %). Nur sehr wenige Personen gaben noch häufi-

gere Beratungskontakte in der Häuslichkeit an (≥ 6 -mal: $n = 14$; 4,8 %). Demgegenüber erfolgten telefonische Beratungskontakte häufiger, mit zumeist 2- bis 5-maligen Kontakten ($n = 126$; 42,9 %). Auch in den oberen Häufigkeitskategorien wurden telefonische Kontakte häufiger genannt (≥ 6 -mal: $n = 57$; 19,4 %) als Beratungen in der Häuslichkeit (4,8 %). Beratungen in der Filiale der Pflegekasse oder im PSP wurden vergleichsweise selten angegeben. Nur jeweils zwischen 13 % und 18 % der Befragten gaben 1-malige oder 2- bis 5-malige Kontakte in der Filiale bzw. im PSP an.

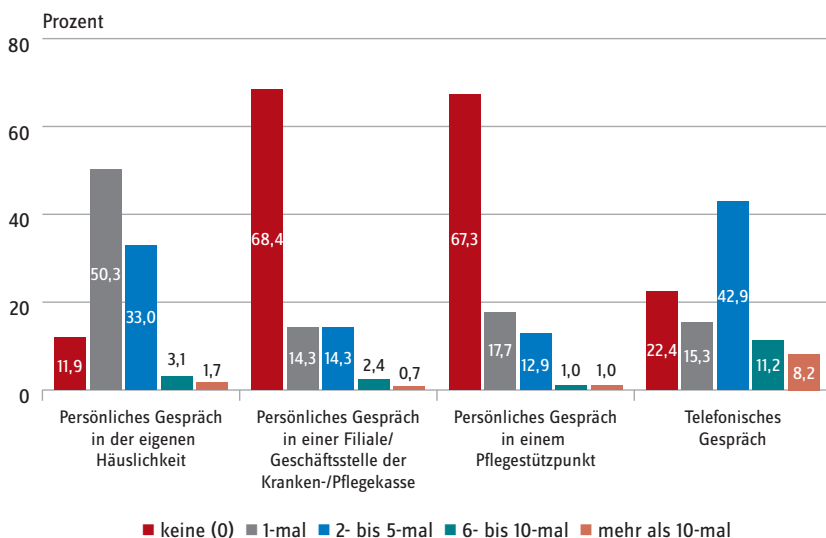


Abb. 11: Anzahl der Beratungskontakte nach Ort des Kontaktes (Nutzerinnen und Nutzer)
 Quelle: Schriftliche Nutzerbefragung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
 Anmerkungen: $n = 294$; $n = 5$ fehlende Angaben

Aus den Angaben zur Kontakthäufigkeit an den verschiedenen Orten ergibt sich, dass die meisten Beratungen auf telephonischem Wege stattfanden, gefolgt von Besuchen in der eigenen Häuslichkeit. Zwar fiel der Anteil der Befragten, die bereits eine Beratung in der Häuslichkeit erhalten haben (Aggregation von Fällen mit 1-maliger, 2- bis 5-maliger, 6- bis 10-maliger oder mehr als 10-maliger Beratung in der eigenen Häuslichkeit: $n = 259$; 88,1 %), etwas höher aus als der Anteil, der bereits telephonisch beraten wurde (aggregiert: $n = 228$; 77,6 %); allerdings fanden telephonische Beratungen pro Person im Durchschnitt häufiger statt als Hausbesuche.

Betrachtet man zudem die Personen mit Hausbesuchen oder telephonischem Kontakt in Abhängigkeit der Zugehörigkeit der Pflegeberaterin bzw. des Pflegeberaters zu einem

PSP (vgl. Kapitel 5.3.1), hatten ca. 30 % der Personen mit Hausbesuch (n = 75; 29 % der n = 259 Fälle) oder telefonischem Kontakt (n = 70; 31 % der n = 228 Fälle) ihr letztes Gespräch mit einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater aus einem PSP geführt. Unter der Annahme, dass der Anbieter der Pflegeberatung zwischenzeitlich nicht gewechselt wurde (dies ist in der Regel der Fall, vgl. Kapitel 5.4.2), entfiel in der schriftlichen Nutzerbefragung wahrscheinlich etwa ein Drittel der Beratungskontakte im Rahmen von Hausbesuchen und Telefonaten auf Pflegeberaterinnen und Pflegeberater aus PSP⁸⁰.

5.3.4 Beratungsinhalte

Die genauen Beratungsinhalte wurden ausschließlich in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben. Nutzerinnen und Nutzer wurden gebeten, die fünf wichtigsten Themen anzugeben, die bislang in der Pflegeberatung besprochen wurden. Dazu wurde ihnen eine Liste möglicher Beratungsthemen vorgelegt, die auch um eigene Themen ergänzt werden konnte.

Am häufigsten wurde angegeben, dass es um Informationen zum Entlastungsbetrag ging (n = 185; 62,5 %; n = 3 fehlende Angaben), gefolgt von Informationen zum Pflegegeld (n = 174; 58,8 %) oder zu Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen (n = 167; 56,4 %). Etwa die Hälfte der Befragten gaben an, dass es um Informationen zu Hilfsmitteln (n = 154; 52 %) oder Informationen zur Kurzzeitpflege ging (n = 139; 47 %). Im Vordergrund der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI stand aus Nutzerperspektive so vorrangig die Informationsvermittlung zu Leistungen der Pflegeversicherung. Weitere nennenswerte Anteile entfielen auf Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds (n = 113; 38,2 %), Hilfen bei der Antragstellung (n = 108; 36,5 %), Informationen zu spezifischen Pflegesituationen (n = 73; 24,7 %), die Anpassung des Pflegegrads (n = 68; 23,0 %) und die Vorbereitung auf die MDK-Begutachtung (n = 62; 20,9 %). Andere Inhalte wurden vergleichsweise selten genannt (Tab. 17). In nur 14 Fällen wurden weitere Beratungsthemen ergänzt (4,7 %); hier wurden vorrangig Fragen im Zusammenhang mit der Krankenversicherung (SGB V; n = 6) und weiteren Entlastungsmöglichkeiten pflegender Angehöriger genannt (n = 3). Die Angaben stimmen auch weitestgehend mit denen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater überein (vgl. Kapitel 4.3.1).

80 Auch Personen, die an Beratungen in Filialen bzw. Geschäftsstellen der Pflegekasse teilgenommen haben, geben mehrheitlich an, bereits Hausbesuche erhalten zu haben (n = 79; 84,9 %) oder telefonisch beraten worden zu sein (n = 71; 76,3 %). Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekasse werden jedoch nicht danach unterschieden, ob sie in Filialen der Pflegekasse Beratung anbieten oder nicht. Daher ist die gesonderte Betrachtung des Anteils von Hausbesuchen und Telefonaten bezogen auf Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in Filialen - so wie sie hier für PSP vorgenommen wird - nicht angezeigt.

| Was sind die fünf wichtigsten Themen, die in der Beratung besprochen wurden? | Nutzerinnen und Nutzer | |
|--|------------------------|------|
| | n | % |
| Informationen zum Entlastungsbeitrag (125,- Euro) | 185 | 62,5 |
| Informationen zu Pflegegeld | 174 | 58,8 |
| Informationen zu Pflegediensten/Pflegeeinrichtungen | 167 | 56,4 |
| Informationen zu Hilfsmitteln (z. B. Rollator, Hörgerät, Brille) | 154 | 52,0 |
| Informationen zu Kurzzeitpflege, Tagespflege, Nachtpflege | 139 | 47,0 |
| Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds (z. B. Umbau des Bads) | 113 | 38,2 |
| Hilfe bei der Antragstellung | 108 | 36,5 |
| Informationen zu spezifischen Pflegesituationen (z. B. Menschen mit Demenz, pflegebedürftige Kinder) | 73 | 24,7 |
| Empfehlungen zur Anpassung des Pflegegrads | 68 | 23,0 |
| Vorbereitung auf die (MDK-)Begutachtung | 62 | 20,9 |
| Rücksprache zum Pflegegrad-Bescheid oder (MDK-)Gutachten | 55 | 18,6 |
| Informationen zu weiteren Beratungsangeboten | 53 | 17,9 |
| Informationen zu Angehörigen-Schulungen | 37 | 12,5 |
| Hilfe bei Widerspruch zum Pflegegrad-Bescheid | 30 | 10,1 |
| Informationen zu kommunalen Anlaufstellen (z. B. Sozialhilfe, Eingliederungshilfe) | 28 | 9,5 |
| Informationen zu Selbsthilfegruppen | 14 | 4,7 |
| Informationen zur Rentenversicherung | 14 | 4,7 |
| Sonstiges | 14 | 4,7 |

n = 296; n = 3 fehlende Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 17: Themen der Pflegeberatung (Nutzerinnen und Nutzer)

Quelle: Schriftliche Nutzerbefragung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Betrachtet man die Häufigkeit der Beratungsthemen in Abhängigkeit der Zuordnung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, ergeben sich signifikante Unterschiede in Bezug auf mehrere Themen für die beiden hauptsächlichen Anbieter der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI: Pflegekasse und PSP (vgl. Kapitel 5.3.1: 92,4 % der Beratungen sind Pflegekassen oder PSP zugeordnet)⁸¹. Abb. 12 verdeutlicht diese Unterschiede.

⁸¹ Beratungen von Beraterinnen bzw. Beratern aus anderen Beratungsstellen (n = 4), kommunalen Anlaufstellen (n = 1) oder von Pflegediensten (n = 2) werden aufgrund der geringen Häufigkeiten nicht separat betrachtet. Bei der Zuordnung von Krankenhaus/Klinik oder MDK handelt es sich um falsche Zuordnungen (n = 4), die hier ebenfalls nicht separat betrachtet werden. Zudem können sich n = 13 Personen nicht (mehr) an die Zuordnung erinnern. Sämtliche dieser Fälle fließen jedoch als „alle anderen Fälle“ in den statistischen Vergleich mit Pflegekassen bzw. Pflegestützpunkten ein.

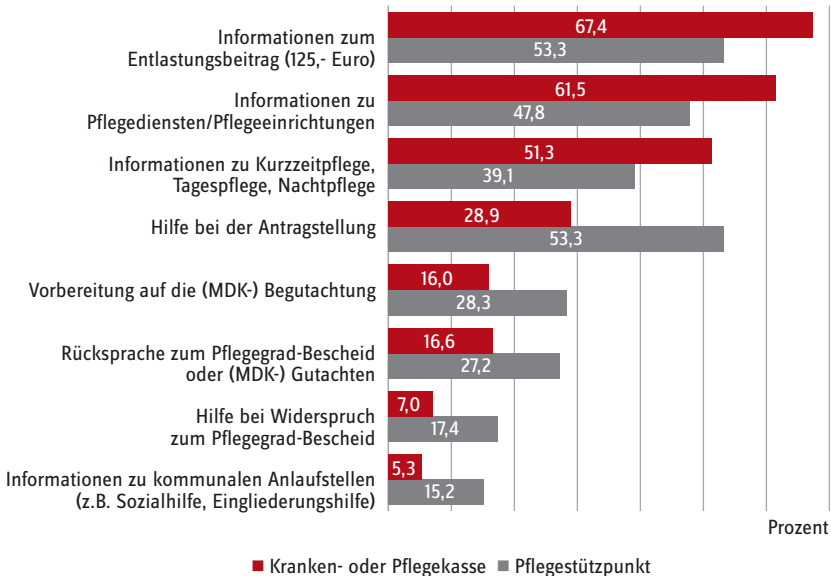


Abb. 12: Beratungsthemen nach Anbieter (Nutzerinnen und Nutzer)

Quelle: Schriftliche Nutzerbefragung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Anmerkungen: n = 294; n = 5 fehlende Angaben. * Signifikante Unterschiede für

Beraterinnen bzw. Berater der PK bzw. des PSP vs. jeweils alle anderen Anbieter (alle χ^2 -Tests mit n = 296; df = 1). Entlastungsbetrag: PK: $\chi^2 = 5,2$, p < ,05; PSP: $\chi^2 = 4,9$, p < ,05; Pflegedienste/-einrichtungen: PK: $\chi^2 = 5,3$, p < ,05; PSP: $\chi^2 = 4,0$, p < ,05; Kurzzeitpflege/Tagespflege/Nachtpflege: PK: $\chi^2 = 3,9$, p < ,05; Antragstellung: PK: $\chi^2 = 12,7$, p < ,001; PSP: $\chi^2 = 16,2$, p < ,001; (MDK-)Begutachtung: PK: $\chi^2 = 7,4$, p < ,01; PSP: $\chi^2 = 4,3$, p < ,05; Pflegegradbescheid/(MDK-)Gutachten: PSP: $\chi^2 = 6,5$, p < ,05; Widerspruch: PK: $\chi^2 = 5,7$, p < ,05; PSP: $\chi^2 = 7,7$, p < ,01; kommunale Anlaufstellen: PK: $\chi^2 = 10,0$, p < ,01; PSP: $\chi^2 = 5,2$, p < ,05. PK = Pflegekasse; PSP = Pflegestützpunkt

Demnach wurde zwar für beide Anbieter mit am häufigsten angegeben, dass es in der Beratung um Informationen zum Entlastungsbetrag oder zu Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen ging - allerdings ging es bei Beratungen durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekasse häufiger um diese Informationsvermittlung zu bestehenden Leistungsansprüchen. Dafür bezogen sich bei Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern aus PSP die Beratungen häufiger auf Hilfen bei der Antragstellung, Vorbereitung auf die MDK-Begutachtung, Rücksprache zum Pflegegrad-Bescheid bzw. MDK-Gutachten oder Hilfe beim Widerspruch zum Pflegegrad-Bescheid. Damit ging es bei Beratungen durch PSP offenbar häufiger um Aspekte im Vorfeld des Erwerbs von Leistungsansprüchen. Zudem fand sich für Beratungen durch den PSP häufiger die Angabe, dass es um die Weitervermittlung an andere zuständige Stellen in der Region

ging (Information zu kommunalen Anlaufstellen). Offenbar spielt so auch die Vernetzung mit regionalen Anlaufstellen in PSP eine etwas größere Rolle als bei der Pflegeberatung der Pflegekassen (vgl. Kapitel 6.2).

5.4 Koordination der Pflegeberatung

Die Koordination der Pflegeberatung umfasst die Einbindung weiterer Personen – wie z. B. pflegender Angehöriger – in die Beratung sowie die Qualität der Beratungsbeziehung im Sinne personeller Kontinuität, Absprachen zu weiteren Kontaktaufnahmen, Fallmanagement und die Bedeutung eines Versorgungsplans. Diese Aspekte wurden zu unterschiedlichen Anteilen sowohl in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden als auch in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben.

5.4.1 Einbindung weiterer Personen

In beiden Befragungen wurde erfragt, mit welchen Personen die Beratungsgespräche geführt wurden.

Versichertenbefragung Erstantragstellende

In der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden haben in den meisten Fällen die pflegebedürftigen Personen selbst an dem Beratungsgespräch teilgenommen (n = 785; 77,2 %; n = 302 fehlende Angaben von n = 1.319, die eine Pflegeberatung genutzt haben). Insgesamt wurde jedoch nur in 16 % der Fälle das Beratungsgespräch allein mit einer pflegebedürftigen Person geführt (n = 160; 15,7 %); mehrheitlich wurde mindestens eine weitere Person hinzugezogen (n = 625; 61,5 %) und in manchen Fällen wurde das Gespräch ohne die pflegebedürftige Person geführt (n = 232; 22,8 %). In mehr als der Hälfte der Fälle nahmen pflegende Angehörige an dem Beratungsgespräch teil (n = 601; 59,1 %); in jeweils etwas mehr als 15 % der Fälle nahmen andere Pflegepersonen (n = 155; 15,2 %) oder andere Verwandte (nicht pflegende Angehörige) an der Pflegeberatung teil (n = 165; 16,2 %); wenige Nennungen entfielen auf rechtlich Betreuende (n = 44; 4,3 %) oder sonstige Personen (n = 40; 3,9 %; z. B.: „Freunde“, „Nachbarn“, „Sozialarbeiter“, „Sozialdienst“).

Schriftliche Nutzerbefragung

Wie in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden nahmen auch in der schriftlichen Nutzerbefragung an den meisten Beratungsgesprächen die pflegebedürftigen Personen selbst teil (n = 189; 67,5 %; n = 19 fehlende Angaben). Der Anteil der Fälle, in denen das Pflegeberatungsgespräch allein mit der pflegebedürftigen Person geführt

wurde (n = 49; 17,5 %), fiel in etwa so hoch aus wie in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (15,7 %). Hingegen fiel der Anteil der Fälle, bei denen weitere Personen hinzugezogen wurden (n = 140; 50 %), etwas geringer aus als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (61,5 %). Dafür lag der Anteil der Fälle, bei denen das Beratungsgespräch mit anderen Personen und ohne die pflegebedürftige Person geführt wurde, in der schriftlichen Nutzerbefragung höher (n = 91; 32,5 %) als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (22,8 %).

In der schriftlichen Nutzerbefragung nahmen an den meisten Beratungsgesprächen Verwandte der pflegebedürftigen Person teil (n = 217; 77,5 %); dies entspricht ziemlich genau dem Anteil verwandter Personen in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (dort Summe aus pflegenden Angehörigen und anderen Verwandten). Andere Personen wie rechtlich Betreuende (n = 18; 6,4 %), nicht verwandte Personen wie Freundinnen bzw. Freunde, Bekannte oder Nachbarinnen bzw. Nachbarn (n = 9; 3,2 %) bzw. sonstige Personen (n = 3; 1,1 %) wurden vergleichsweise selten genannt, wie auch in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden.

Der Befund, dass in der schriftlichen Nutzerbefragung mehr Beratungsgespräche ohne pflegebedürftige Person als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden geführt wurden, deckt sich mit der Beobachtung, dass die Stichprobe in der schriftlichen Nutzerbefragung insgesamt etwas schwerer beeinträchtigt ist als in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden (höherer Pflegegrad; höherer Anteil von Personen mit geistiger Beeinträchtigung; siehe Kapitel 5.1.2).

5.4.2 Beratungsbeziehung

Angaben zur Beratungsbeziehung wurden in beiden Befragungen beantwortet, wobei aus der schriftlichen Nutzerbefragung ausführlichere Informationen vorliegen.

Versichertenbefragung Erstantragstellende

Wie bereits in Kapitel 5.3.3 dargestellt, stand die Mehrheit der Erstantragstellenden, die eine Pflegeberatung genutzt haben, nach dem Beratungsgespräch nicht weiter mit der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater in Kontakt (61,2 %). Die meisten Personen ohne weiteren Kontakt (n = 636) gaben an, dass dies auch nicht weiter erforderlich war (n = 390; 67,1 %; n = 55 fehlende Angaben). Ein Drittel der Erstantragstellenden, die nach dem Beratungsgespräch nicht weiter in Kontakt standen, hätten sich dies allerdings gewünscht (n = 191; 32,9 %). Die Angaben der Erstantragstellenden deuten so darauf hin, dass dem Bedürfnis der Ratsuchenden nach weiteren Beratungskontakten nicht immer entsprochen wurde.

Von der Mehrheit der Erstantragstellenden, die eine Pflegeberatung genutzt haben (n = 1.319), wurde angegeben, dass die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater bei einigen Aufgaben (z. B. Antragstellung, Kontakt zu Pflegediensten) unterstützt hat (n = 612; 65,7 %; n = 387 fehlende Angaben)⁸². Etwa 15 % stimmten dem nur teilweise (n = 137; 14,7 %), fast ein Fünftel nicht zu (n = 183; 19,6 %).

Schriftliche Nutzerbefragung

Die Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer, die bereits mehrere Gespräche geführt haben (siehe Kapitel 5.3.3; n = 265; 90,1 %), gab an, immer mit derselben Person Kontakt gehabt zu haben (n = 189; 79,1 %; n = 26 fehlende Angaben). Jeder Fünfte gab an, dass der Kontakt mit unterschiedlichen Personen bestand (n = 50; 20,9 %). In der Mehrheit der Fälle kann so von einer hohen personellen Kontinuität in Einklang mit den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes ausgegangen werden (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 6).

Dass es nach dem Pflegeberatungsgespräch keine weiteren Absprachen gab, wurde nur sehr selten angegeben (n = 11; 3,9 %). In der Mehrheit der Fälle wurde angegeben, dass man nach dem letzten Beratungsgespräch so verblieben sei, dass man sich bei Bedarf wieder bei der Pflegeberaterin oder dem Pflegeberater meldet (n = 195; 69,1 %; n = 17 fehlende Angaben). In etwas mehr als einem Viertel der Fälle wurde angegeben, dass vereinbart wurde, dass die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater sich wieder meldet (n = 79; 28 %). In nur wenigen Fällen wurde angegeben, dass ein neuer Termin vereinbart wurde (n = 33; 11,7 %). Andere Absprachen (z. B. die Übersendung weiterer Informationsmaterialien) wurden nur sehr selten genannt (n = 4; 1,4 %).

Die schriftliche Nutzerbefragung zeigt, dass in der Regel mehrere Beratungskontakte mit derselben Pflegeberaterin bzw. demselben Pflegeberater bestanden und konkrete Absprachen zur zukünftigen Kontaktaufnahme getroffen wurden. Dies steht in deutlichem Kontrast zur Versichertenbefragung der Erstantragstellenden, in der die Mehrheit der Fälle nach der ersten Beratung keinen weiteren Kontakt mit der Pflegeberaterin bzw. dem Pflegeberater hatte (61,2 %) - den sich immerhin 30 % gewünscht hätten.

Die Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer gab an, dass die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater bei Entscheidungen, die hinsichtlich bestimmter Maßnahmen nicht allein getroffen werden konnten, aktiv unterstützt hat (n = 203; 90,2 %) und dafür gesorgt hat, dass besprochene Maßnahmen (z. B. Pflegedienst finden, Tagespflege organisieren)

82 „Der/Die Pflegeberater/-in hat uns bei einigen Aufgaben (z. B. Antragstellung, Kontakt zu Pflegediensten oder Ärzten/-innen) unterstützt.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Versichertenbefragung Erstantragstellende: n = 1.319; n = 387 fehlende Angaben

umgesetzt werden (n = 180; 84,5 %) sowie Kontakte zu den relevanten Akteuren hergestellt werden (n = 173; 81,6 %). Zudem hat sich die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater meistens erkundigt, ob die Umsetzung der besprochenen Maßnahmen funktioniert hat (n = 195; 87,8 %)⁸³. Die Angaben in der schriftlichen Nutzerbefragung sprechen insgesamt für die Durchführung der Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements in der Mehrheit der Fälle.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die berichteten gültigen Prozente bisher keine Fälle einbeziehen, in denen angegeben wurde, dass die abgefragten Aspekte nicht notwendig waren oder dass das Item für die Befragten nicht zutreffend war; diese wurden daher nicht bewertet. Insbesondere bei den vier Items zum Fallmanagement fällt der Anteil mit dieser Angabe (nicht notwendig/nicht zutreffend) vergleichsweise hoch aus (zwischen 19 % und 24 %). Berücksichtigt man auch diese Angaben, so fallen die Zustimmungswerte für die vier Items deutlich geringer aus (62,5 % bis 72,0 %). Diese Angaben deuten darauf hin, dass in der schriftlichen Nutzerbefragung in ca. 30 % bis 40 % der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI kein Fallmanagement stattgefunden hat, wobei nach Angaben der Nutzerinnen und Nutzer offenbar zumeist auch keine entsprechende Notwendigkeit bestand.

5.4.3 Versorgungsplan

Die Bedeutung eines Versorgungsplans in der Beratung wurde ausschließlich in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben. Die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer gab an, dass ein Versorgungsplan erstellt wurde (n = 134; 51,7 %; n = 40 fehlende Angaben). Die andere Hälfte war der Meinung, dass kein Versorgungsplan erstellt wurde (n = 125; 48,3 %). Zwei Drittel der Nutzerinnen und Nutzer, bei denen ein Versorgungsplan erstellt wurde, gaben an, dass sie diesen auch erhalten haben (n = 88; 65,7 %). Bei dem Rest wurde ein Versorgungsplan erstellt, aber nicht übergeben (n = 46; 34,4 %).

Die Personen, die den Versorgungsplan erhalten haben, wurden auch gefragt, wofür sie den Plan verwendet haben. Hier wurde am häufigsten angegeben, dass sie den Plan bei den Unterlagen der Pflegekasse abgelegt haben (n = 35; 41,2 % der n = 85 Fälle mit gültigen Angaben; n = 3 fehlende Angaben), wobei die meisten dieser Personen darü-

83 „Bei Entscheidungen, die wir hinsichtlich bestimmter Maßnahmen nicht treffen konnten, wurden wir durch den Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin aktiv unterstützt.“ / „Der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin sorgt dafür, dass die besprochenen Maßnahmen (z. B. Pflegedienst finden, Tagespflege organisieren) umgesetzt werden.“ / „Der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin hat den Kontakt zu den Akteuren/Stellen hergestellt, die bei der Umsetzung der besprochenen Maßnahmen wichtig sind.“ / „Der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin hat sich bei mir/uns erkundigt, ob die Umsetzung der besprochenen Maßnahmen funktioniert hat oder ob es Probleme gab.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Schriftliche Nutzerbefragung: n = 212-225; n = 17-26 fehlende Angaben; n = 51-67 nicht notwendig/nicht zutreffend

ber hinaus keine weiteren Angaben zur Verwendung machten (n = 27; 77,1 %). Nur etwa ein Drittel der Personen mit Versorgungsplan gab an, dass der Plan ihnen helfe, sich zu erinnern, was in der Pflegeberatung vereinbart wurde (n = 30; 35,3 %), und zu strukturieren, was als Nächstes zu tun ist (n = 26; 30,6 %). Ähnlich häufig wurde angegeben, den Plan für die Erstellung eigener Notizen zum weiteren Vorgehen zu nutzen (n = 25; 29,4 %). Dass die Pflegeberaterin bzw. der Pflegeberater den Versorgungsplan nutzen, um ihn kontinuierlich zu aktualisieren, wurde vergleichsweise selten angegeben (n = 8; 9,4 %).

Der geringe Anteil an Befragten, denen bekannt war, dass ein Versorgungsplan erstellt wurde, ist insofern unerwartet, als Versorgungspläne eigentlich bei jeder Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu erstellen sind. Zudem lieferten die Angaben in der schriftlichen Nutzerbefragung in der Mehrheit der Fälle Hinweise auf ein ausgeprägtes Fallmanagement (siehe Kapitel 5.4.2), bei dem nur schwer vollstellbar ist, dass es ohne Versorgungsplan umgesetzt wird. Der Versorgungsplan wird entsprechend diesen Ergebnissen entweder nicht an die Betroffenen ausgehändigt oder von diesen nicht wahrgenommen. In den telefonischen Interviews mit Nutzerinnen und Nutzern entstand auch bei vier von acht Teilnehmenden der Eindruck, dass ihnen nicht klar war, um was genau es sich bei dem Versorgungsplan eigentlich handelt.

Die Angaben in der schriftlichen Nutzerbefragung deuten zudem darauf hin, dass Versorgungspläne für Ratsuchende in vielen Fällen weniger relevant sind - nur von ungefähr 30 % wurden sie für die Organisation der Versorgung und die Umsetzung der Maßnahmen genutzt. Möglicherweise nutzen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater den Versorgungsplan zwar selbst für die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI - aber es wird nicht gemeinsam mit den Betroffenen an dem Versorgungsplan gearbeitet (vgl. auch Kapitel 4.3.2).

5.5 Bewertung der Pflegeberatung

Um die Qualität der Pflegeberatung aus Nutzerperspektive abzubilden, wurden entsprechende Aussageitems in Anlehnung an die Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2020) entwickelt. Die Items kamen, in unterschiedlichen Umfängen, sowohl in der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden als auch in der schriftlichen Nutzerbefragung zur Anwendung. Einige der Items wurden bereits im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit (Kapitel 5.2.3) und der Beratungsbeziehung (Kapitel 5.4.2) berichtet.

5.5.1 Neutralität und Unabhängigkeit

Gemäß den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes soll die Beratung nach § 7a SGB XI „neutral und unabhängig“ erfolgen (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 5). Dies wurde ausschließlich in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben. Von der großen Mehrheit der Befragten wurde die Beratung als unabhängig und neutral bewertet (n = 282; 95,9 %) ⁸⁴. Zudem verneinte die große Mehrheit, dass die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater bestimmte Anbieter nahegelegt hätte, obwohl man selber andere Anbieter bevorzugt habe (n = 202; 85,2 %) ⁸⁵. Aus Nutzerperspektive kann die Pflegeberatung so als weitestgehend neutral und unabhängig betrachtet werden, während die Ergebnisse hierzu in der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater etwas differenzierter sind (vgl. Kapitel 4.4.3).

5.5.2 Soziale Kompetenz

Die soziale Kompetenz der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wurde anhand von Items zur Verständlichkeit der in der Beratung mitgeteilten Information, zum empfundenen Zeitdruck und zur Berücksichtigung der persönlichen Bedarfe und Wünsche der Ratsuchenden erhoben. Dadurch wird in Anlehnung an die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes erfasst, inwiefern die Pflegeberatung aus Nutzerperspektive „bedürfnis- und ressourcenorientiert, [...] verständlich [und] angepasst an den biographischen und kulturellen Hintergrund“ erfolgt (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 5-6).

Versichertenbefragung Erstantragstellende

In der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden wurde nur das Item zum Zeitdruck erhoben. Die große Mehrheit der Erstantragstellenden, die bereits eine Pflegeberatung genutzt haben, sind der Ansicht, dass für das Beratungsgespräch genügend Zeit zur Verfügung stand (n = 886; 90,6 %) ⁸⁶.

84 „Die Pflegeberatung war neutral und unabhängig - es wurde nicht in eine bestimmte Richtung beraten.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Schriftliche Nutzerbefragung: n = 294; n = 5 fehlende Angaben

85 „Der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin hat uns/mir bestimmte Anbieter nahegelegt (z. B. Pflegedienste oder -einrichtungen), obwohl wir/ich andere Anbieter bevorzugt hätte/n.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Schriftliche Nutzerbefragung: n = 237; n = 62 fehlende Angaben

86 „Für die Pflegeberatung stand ausreichend Zeit zur Verfügung.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Versichertenbefragung Erst-antragstellende: n = 978; n = 341 fehlende Angaben

Schriftliche Nutzerbefragung

Die große Mehrheit der befragten Nutzerinnen und Nutzer gab an, dass sie der Beratung gut folgen konnten und alles verstanden haben, was durch die Pflegeberaterin oder den Pflegeberater erklärt wurde (n = 283; 95,6 %). Auch stand nach Auffassung der meisten Nutzerinnen und Nutzer ausreichend Zeit für die Pflegeberatung zur Verfügung (n = 283; 97,3 %) und es wurde ausreichend auf die Bedarfe und Wünsche der Ratsuchenden eingegangen (n = 273; 95,5 %) ⁸⁷. Die Angaben in der schriftlichen Nutzerbefragung deuten so insgesamt auf eine ausgeprägte soziale Kompetenz der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bzw. einen den Informationsbedürfnissen der Ratsuchenden angemessenen.

5.5.3 Wirksamkeit

Die Wirksamkeit der Pflegeberatung aus Nutzerperspektive wird in den Befragungen vor allem daran bemessen, inwiefern die Beratung zu einer Klärung der Anliegen, einer Mehrung des Wissens und einer Stärkung der Handlungsfähigkeit der Ratsuchenden sowie zu einer Besserung der (Pflege-)Situation beigetragen hat. Dies zielt in Anlehnung an die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes auf eine „bedarfsgerechte“ und auf die „Berücksichtigung und Stärkung der Selbstbestimmung“ angelegte Beratung (GKV-Spitzenverband, 2020, S. 5-6).

Die Klärung von Anliegen wurde in beiden Befragungen erhoben; die Wirksamkeit in Hinblick auf Wissensmehrung, Stärkung der Handlungsfähigkeit und Besserung der (Pflege-)Situation wurde ausschließlich in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben. Einschränkung muss bei diesen Befunden beachtet werden, dass sie nur aus querschnittlichen und nicht aus längsschnittlichen Datenerhebungen resultieren (Kapitel 8.3.1).

Versichertenbefragung Erstantragstellende

Von der großen Mehrheit der Erstantragstellenden, die eine Pflegeberatung genutzt haben, wurde angegeben, dass die meisten ihrer Fragen durch die Beratung beantwortet werden konnten (n = 792; 82,2 %); etwa 15 % stimmten dieser Aussage zumindest teilweise zu (n = 139; 14,4 %) ⁸⁸. In nur sehr wenigen Fällen wurde angegeben, dass die meisten Fragen nicht beantwortet wurden (n = 32; 3,3 %).

87 „Ich/Wir konnte/n den Gesprächen gut folgen und habe/n alles verstanden, was der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin erklärt hat.“ / „Für die Pflegeberatung stand ausreichend Zeit zur Verfügung.“ / „Der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin ist auf alle unsere Bedarfe und Wünsche eingegangen.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Schriftliche Nutzerbefragung: n = 286-296; n = 3-13 fehlende Angaben

88 „In der Pflegeberatung konnten die meisten unserer/meiner Fragen beantwortet werden.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Versichertenbefragung Erstantragstellende: n = 963; n = 356 fehlende Angaben

Schriftliche Nutzerbefragung

Fragen zur Wirksamkeit wurden auch in der schriftlichen Nutzerbefragung beantwortet⁸⁹. Auch hier wurde von der großen Mehrheit angegeben, dass die meisten Fragen durch die Pflegeberatung beantwortet wurden (n = 284; 95,9 %) - verglichen mit der Versichertenbefragung der Erstantragstellenden fielen die Zustimmungswerte hier sogar noch etwas höher aus (82 %).

Darüber hinaus wurde in der schriftlichen Nutzerbefragung mehrheitlich angegeben, dass die Pflegesituation infolge der Pflegeberatung besser organisiert sei (n = 234; 89 %), dass die Pflegeberaterin oder der Pflegeberater direkt die richtigen Anlaufstellen für weitere Fragen und Anliegen hat nennen können (n = 245; 94,2 %), dass sich durch die Pflegeberatung das Wissen über Leistungen der Pflegekasse und sonstige Unterstützungsmöglichkeiten deutlich verbessert hat (n = 259; 92,8 %) und man genau wisse, was als Nächstes zu tun sei (n = 258; 95,6 %).

Diese Angaben zeigen, dass die Pflegeberatung aus Nutzerperspektive in der großen Mehrheit der Fälle zu einer Klärung der Anliegen, einer Wissensmehrung und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Ratsuchenden sowie zu einer Besserung der (Pflege-)Situation beigetragen hat. Die Einschätzungen der Nutzerinnen und Nutzer deuten so insgesamt auf eine hohe Wirksamkeit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Sinne einer bedarfsgerechten und auf die Stärkung der Selbstbestimmung angelegten Beratung hin.

5.5.4 Allgemeine Zufriedenheit

Die allgemeine Zufriedenheit mit der Pflegeberatung wurde ausschließlich in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben. Die große Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer gab an, dass sie mit der Pflegeberatung insgesamt voll und ganz zufrieden sind (n = 238; 84,4 %; n = 17 fehlende Angaben). Zusammen mit weiteren 11 %, die mit der Pflegeberatung eher zufrieden sind (n = 32; 11,3 %), bewerteten in der schriftlichen Nutzerbefragung insgesamt 96 % (95,7 %) ihre Zufriedenheit positiv. Lediglich ein sehr geringer Anteil gab an, nur teilweise mit der Pflegeberatung zufrieden zu sein (n = 8; 2,8 %); die Angaben, mit der Pflegeberatung eher nicht (n = 3; 1,1 %) oder überhaupt nicht (n = 1; 0,4 %) zufrieden zu sein, fanden sich nur äußerst selten.

89 „In der Pflegeberatung konnten die meisten unserer/meiner Fragen beantwortet werden.“ / „Durch die Pflegeberatung ist die Pflegesituation besser organisiert.“ / „Der Pflegeberater bzw. die Pflegeberaterin konnte uns/mir direkt die richtigen Anlaufstellen für unsere/meine Fragen und Anliegen nennen.“ / „Durch die Pflegeberatung hat sich unser/mein Wissen über Leistungen der Pflegekasse und sonstige Unterstützungsmöglichkeiten deutlich verbessert.“ / „Ich/Wir wusste/n nach dem Beratungsgespräch genau, was als Nächstes zu tun ist.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Schriftliche Nutzerbefragung: n = 260-296; n = 3-39 fehlende Angaben

5.5.5 Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge

Direkte Verbesserungsvorschläge wurden ausschließlich in der schriftlichen Nutzerbefragung erhoben. Die Nutzerinnen und Nutzer wurden zum einen gebeten, anzugeben, welche Akteursgruppen idealerweise über die Pflegeberatung informieren bzw. an diese verweisen sollten (in Ergänzung zur Akteursgruppe, von der sie von der Pflegeberatung erfahren haben; siehe Kapitel 5.2.1). Zum anderen wurde eine konkrete Liste von Verbesserungsvorschlägen im Hinblick auf Zugänglichkeit, Beratungsinhalte, Qualifikation der Beraterinnen und Berater und Kommunikation abgefragt. Hier hatten die Nutzerinnen und Nutzer zudem die Möglichkeit, auch eigene Verbesserungsvorschläge zu formulieren.

Abb. 13 zeigt die Angaben zu den Akteursgruppen, die nach Ansicht der Nutzerinnen und Nutzer an die Pflegeberatung verweisen sollten. In der Regel wurden sämtliche Akteure der Liste häufiger als wünschenswerte Verweispartner genannt, als dass sie bereits an die Pflegeberatung verwiesen haben. Allerdings unterscheidet sich dieser Abstand für die verschiedenen Akteursgruppen. Am größten war der Abstand zwischen gewünschten und tatsächlichen Verweisen für Ärztinnen und Ärzte: Insgesamt gaben nur 11 % an, durch diesen Akteur von der Pflegeberatung erfahren zu haben (n = 16; 10,9 %), aber mehr als die Hälfte der Stichprobe würde sich diese Akteursgruppe als Verweispartner der Pflegeberatung wünschen (n = 145; 63,9 %; vgl. Kapitel 6.3.2). Ähnlich hoch fiel die Divergenz zwischen gewünschten und tatsächlichen Verweisen für Krankenhäuser aus (n = 130; 57,3 % wünschten sich diese Akteursgruppe als Verweispartner, aber nur n = 33; 22,4 % wurden durch diesen Akteur an die Pflegeberatung verwiesen). Weitere relativ große Abstände fanden sich darüber hinaus für Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste (n = 87; 38,3 % wünschten sich diese Akteursgruppe als Verweispartner, aber nur n = 18; 12,2 % wurden durch diesen Akteur an die Pflegeberatung verwiesen) sowie Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (n = 91; 40,1 % wünschten sich diese Akteursgruppe als Verweispartner, aber nur n = 26; 17,7 % wurden durch diesen Akteur an die Pflegeberatung verwiesen).

Die Angaben zur Liste der konkreten Verbesserungsvorschläge bezüglich Zugänglichkeit, Beratungsinhalten, Qualifikation der Beraterinnen und Berater und Kommunikation zeigen Folgendes: Am häufigsten wurde angegeben, dass es nichts zu verbessern gebe (n = 116; 41,3 %; n = 18 fehlende Angaben). Etwa ein Drittel der Befragten sah Verbesserungsbedarf bezüglich der personellen Kontinuität („es sollte immer dieselbe Pflegeberaterin bzw. derselbe Pflegeberater zuständig sein“: n = 91; 32,4 %) und der Information zum Angebot im Vorfeld der Beratung („mehr Information, dass es das Angebot einer Pflegeberatung gibt“: n = 82; 29,2 %). Letzteres unterstreicht nochmals, dass bei einem erheblichen Anteil der Ratsuchenden im Vorfeld nur wenig Information über die Pflegeberatung vorliegt, was auch in der Versichertenbefragung der Erstantrag-

stellenden zu beobachten war. Weitere nennenswerte Angaben entfielen außerdem auf den Vorschlag, dass mehr Hausbesuche angeboten werden sollten (n = 43; 15,3 %). Weitere konkrete Verbesserungsvorschläge wurden nur von wenigen Befragten (maximal 9 %) angegeben (Tab. 18).

| Was könnte Ihrer Meinung nach bei der Pflegeberatung verbessert werden? | Nutzerinnen und Nutzer | |
|---|------------------------|------|
| | n | % |
| Es muss nichts verbessert werden. | 116 | 41,3 |
| Es sollte immer derselbe/dieselbe Pflegeberater/-in für mich zuständig sein. | 91 | 32,4 |
| Mehr Information, dass es das Angebot einer Pflegeberatung gibt. | 82 | 29,2 |
| Es sollten mehr Hausbesuche angeboten werden. | 43 | 15,3 |
| Der/die Pflegeberater/-in sollte besser über lokale Angebote informiert sein (z. B. Angebote für pflegende Angehörige, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Anlaufstellen für spezielle Gruppen wie pflegebedürftige Kinder, Demenz etc.). | 25 | 8,9 |
| Der/die Pflegeberater/-in sollte besser über die Sozialversicherung und sozialrechtliche Fragen informiert sein (z. B. über weitere Leistungen der Kranken- und Pflegekasse oder der Rentenversicherung, Sozialhilfe). | 23 | 8,2 |
| Bessere Erreichbarkeit der Pflegeberatung (z. B. Anbindung mit ÖPNV, Parkplätze, Barrierefreiheit). | 18 | 6,4 |
| Klarere Strukturierung des Beratungsgesprächs (z. B. Benennung von Verantwortlichkeiten [Wer macht was?] und Prioritäten setzen [Was muss zuerst gemacht werden?]). | 17 | 6,0 |
| Der/die Pflegeberater/-in sollte mehr Pflege- und medizinische Fachkenntnisse haben (z. B. mehr Erfahrung in der praktischen Pflege, Wissen über spezifische Krankheiten und Medikamente). | 15 | 5,3 |
| Bessere Erreichbarkeit des/der Pflegeberaters/-beraterin (z. B. Terminvereinbarung, telefonische Erreichbarkeit). | 13 | 4,6 |
| Bessere Erklärungen im Pflegeberatungsgespräch (z. B. verständliche Sprache, wenig Fachbegriffe). | 11 | 3,9 |
| Bessere Kommunikation mit dem/der Pflegeberater/-in (z. B. mehr auf Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen, eine angenehmere Atmosphäre schaffen, sich mehr Zeit nehmen). | 10 | 3,6 |
| Pflegeberatungsangebot sollte in anderen/mehreren Sprachen vorhanden sein. | 3 | 1,1 |
| Etwas anderes sollte verbessert werden, und zwar: | 7 | 2,5 |

n = 281; n = 18 fehlende Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Tab. 18: Verbesserungsvorschläge für die Pflegeberatung (Nutzerinnen und Nutzer)
Quelle: Schriftliche Nutzerbefragung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer

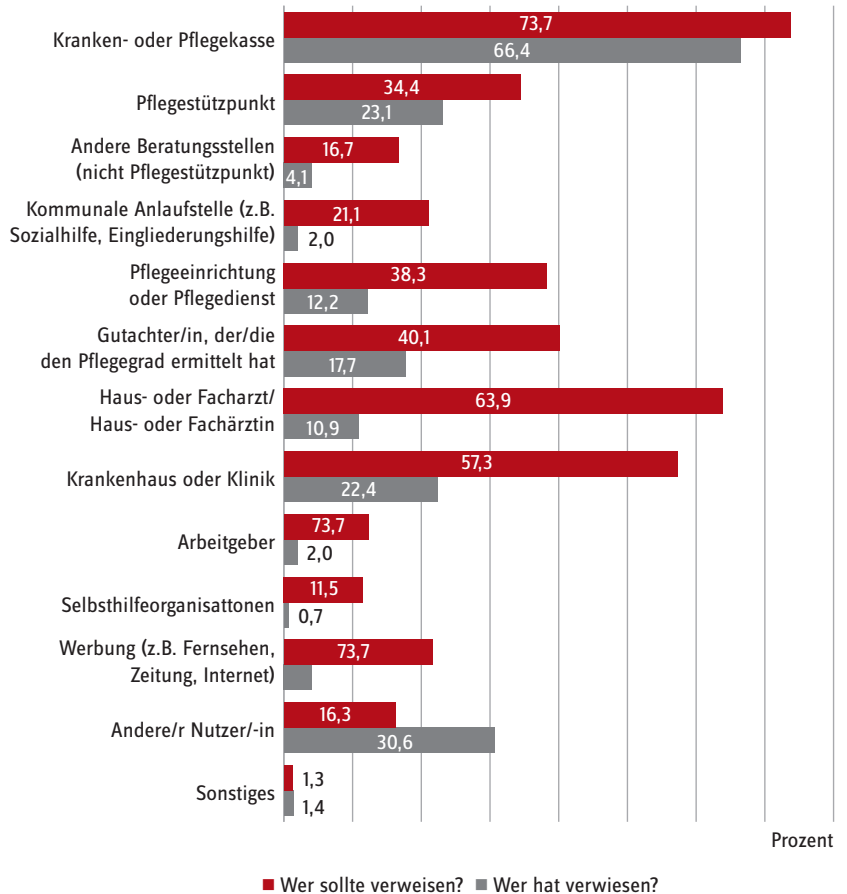


Abb. 13: Gewünschte und stattgefundene Verweise durch Akteursgruppen (Nutzerinnen und Nutzer)

Quelle: Schriftliche Nutzerbefragung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Anmerkungen: rote Balken: Kranken-/Pflegekasse: n = 274, n = 25 fehlende Angaben; andere Akteursgruppen: n = 227, n = 72 fehlende Angaben; grüne Balken: n = 289, n = 10 fehlende Angaben

6 Vernetzung bei der Pflegeberatung

Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den lokalen Akteuren im Bereich Pflege essenziell (Klie et al., 2012; Michell-Auli et al., 2017; Braeseke et al., 2018; Kapitel 1.2.1). So weist auch die Richtlinie zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI des GKV-Spitzenverbandes (2020) explizit darauf hin, dass zur Umsetzung der Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements eine Kenntnis der lokalen Akteure und Vernetzung mit diesen wichtig ist (vgl. Kapitel 1.1.1.1). Für die PSP ist sogar im Gesetzestext verankert, dass die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote zu den Arbeitsaufgaben der PSP gehört (vgl. Kapitel 1.1.3).

Für die Auswertungen zur Vernetzung und Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurden in diesem Abschnitt Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und aus den Daten der Online-Befragungen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, der Beratungsstellen zum Thema Pflege mit und ohne Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (vgl. Kapitel 2.2.3 für Details zu den teilnehmenden Beratungsstellen) und der Pflegekassen zusammengetragen. Dabei wird eingangs die Vorstellung einer gelungenen Vernetzung, die sich aus den Diskussionen der Fokusgruppenteilnehmenden ergab, zusammengefasst, um im Folgenden die Ergebnisse aus den anderen Datenquellen dazu zu kontrastieren. Die Ergebnisse in Kapitel 6.3.2 enthalten aus den Fokusgruppen generierte quantifizierte Ergebnisse, die sich größtenteils mit den Angaben in den Online-Befragungen decken und daher als belastbar eingeschätzt werden.

6.1 Verständnis von gelungener Vernetzung

Um sich der Thematik der Vernetzung im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu nähern, wurden die Fokusgruppenteilnehmenden gebeten, ihr Verständnis von einer gelungenen Vernetzung bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu erläutern. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse ermöglichen somit einen fokusgruppenübergreifenden Überblick, was verschiedene Akteure sowohl unter Netzwerkarbeit und Vernetzung als auch unter den Ergebnissen einer gelungenen Vernetzung verstehen. Die genannten Aspekte werden mit den Ergebnissen der tatsächlichen Netzwerkarbeit vor Ort, die in Kapitel 6.3 berichtet werden, in Bezug gesetzt.

Koordination und Strukturen

Zum Aufbau und Fortbestehen eines Netzwerks sei aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmenden eine koordinierende Stelle erforderlich, die die Verantwortung trägt und gleichermaßen die Zuständigkeiten innerhalb des Netzwerks regelt. Ein einheitliches Verständnis sowie die Definition von Zielen würden darüber hinaus für klare Strukturen sorgen und dazu beitragen, dass Verbindlichkeiten entstehen. Des Weiteren seien

Zuverlässigkeit, Respekt und Vertrauen sowie eine offene und ehrliche Kommunikations- und Streitkultur wichtige Voraussetzungen, um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu gewährleisten. Als Organisationsform würden regelmäßige Netzwerktreffen eine notwendige Basis für ein funktionierendes Netzwerk darstellen.

Regelmäßiger Informationsaustausch und Kontaktpflege

Der regelmäßige (Informations-)Austausch und die Kontaktpflege zu den verschiedenen Akteuren, darunter der (interprofessionelle) Austausch von Erfahrungen, der Transfer von Wissen sowie der Informationsaustausch über die Angebote vor Ort, seien nach Aussage der Fokusgruppenteilnehmenden wichtige Inhalte der Netzwerkarbeit. Dieser gemeinsame Austausch würde gleichzeitig zum Abbau von Konkurrenzdenken beitragen, die eigene Tätigkeit entlasten und durch die Bündelung von Akteuren Doppelstrukturen vermeiden und bestenfalls Synergien fördern.

Zusammenarbeit und Kooperation

Über den reinen Informationsaustausch hinaus beinhalte Netzwerkarbeit für die Teilnehmenden auch Zusammenarbeit bzw. Kooperation. Diese solle sich im Rahmen des Netzwerks niedrigschwellig und unbürokratisch gestalten mit dem Ziel, über kurze (Kommunikations-)Wege zu schnellen Lösungen im Sinne der betroffenen Person zu finden.

In diesem Zuge sollten die unterschiedlichen Kompetenzen der einzelnen Netzwerkpartner für eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit genutzt werden. Lösungsorientierung, gegenseitige Unterstützung und Hilfestellung bei komplexen Fällen sowie die Einnahme anderer Perspektiven stünden dabei im Zentrum der Zusammenarbeit. Vielfach betont wurde in diesem Zusammenhang auch die Unterstützung auf Fallebene. Den Teilnehmenden wäre dies im Rahmen der Netzwerkarbeit sehr wichtig, sei es in Form von Fallkonferenzen oder bei Bedarf sogar durch die Übergabe von Fällen.

Ein weiteres Ziel der Zusammenarbeit und Kooperation sei die Überwindung von Schnittstellen. Die Fokusgruppenteilnehmenden waren sich einig, dass eine gute Zusammenarbeit bzw. der Aufbau von Kooperationen, einschließlich Kooperationsverträgen, dazu beitrage, Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen zu lösen.

Bekanntheit der Angebote und Strukturen vor Ort

Zum Kern der Netzwerkarbeit gehöre aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmenden insbesondere das Wissen über die regionalen Versorgungsstrukturen. Dies beinhalte ein gegenseitiges Kennenlernen der pflegerelevanten Akteure vor Ort, wie z. B. speziali-

sierte Beratungsstellen und Leistungserbringer, einschließlich deren Profil und Kernkompetenzen. Die verschiedenen Ansprechpersonen seien den einzelnen Akteuren des Netzwerks bestenfalls (persönlich) bekannt, so dass eine schnelle Organisation und Sicherstellung der Versorgung bzw. eine gezielte Vermittlung der betroffenen Person entsprechend ihrer Bedarfe erfolgen könne.

Das Netzwerk ermögliche den pflegerelevanten Akteuren somit einen Gesamtüberblick über das Portfolio an Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten in einer Region zu erhalten, um eine optimale Versorgung für die pflegebedürftige Person und deren Angehörige zu organisieren und zu koordinieren. Gleichzeitig ermögliche es die (bedarfsgerechte) Entwicklung und Sicherstellung ausreichender Versorgungsangebote und -strukturen vor Ort, indem Lücken und Bedarfe aufgedeckt und ggf. durch neue Angebote oder Kooperationen geschlossen werden.

Öffentlichkeitsarbeit

Nicht nur das Netzwerk selbst solle aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmenden von der Diversität seiner Akteure profitieren. Vielmehr stünden im Mittelpunkt die transparente Gestaltung und das Bekanntmachen der Angebote und Versorgungsstrukturen für betroffene Personen und Ratsuchende in einer Region. Dies könne einerseits über die verschiedenen Akteure des Netzwerks, die selbst als Multiplikatoren fungieren, geschehen und andererseits über öffentlichkeitswirksame Maßnahmen des Netzwerks wie z. B. Informationsmaterialien und Publikationen (in einfacher/leichter Sprache) oder den Aufbau von Datenbanken mit relevanten Informationen und Kontaktdaten erfolgen. Ebenfalls wichtig wären gemeinsam von den Netzwerkpartnern initiierte und durchgeführte Veranstaltungen wie z. B. Informationsveranstaltungen, Konferenzen, Arbeitskreise, aber auch Fort- und Weiterbildungen bzw. Schulungen. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, die Strukturen und Angebote bekannter und transparenter zu machen, was sich sowohl auf die Qualität der Beratung (umfassende Beratung) als auch auf die Kenntnisse der Ansprüche bei den Betroffenen positiv auswirken könne.

6.2 Formelle Rahmenbedingungen der Vernetzung

Für eine gelungene und nachhaltige Vernetzung vor Ort spielen nicht nur die regional gelebte Zusammenarbeit, sondern auch die Rahmenbedingungen, die eine solche Zusammenarbeit ermöglichen, eine entscheidende Rolle. Dazu gehört die Frage, inwiefern die Vernetzung explizit als Teil der Arbeitsaufgaben von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erbringen, vorgesehen ist. Dabei sollten insbesondere die Arbeitsbedingungen von Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberatern der Pflegekassen und von denjenigen in PSP betrachtet werden.

Um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure (hier vor allem Kommune und Pflegekassen) zu fördern, wird in den gesetzlichen Vorgaben der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen aufgegriffen, bspw. im Hinblick auf die Errichtung von PSP (Kapitel 1.1.3) oder für die Zusammenarbeit vor Ort (Kapitel 1.1.1.2). Geschlossene Verträge und Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stellen eine Grundlage dar, um die Zusammenarbeit nicht nur informell, sondern auch formell und nachhaltig zwischen den Akteuren vor Ort zu regeln.

Netzwerkarbeit als Arbeitsaufgabe der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Ob Netzwerkarbeit formell Teil der Arbeitsaufgaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist, kann auf Basis der durchgeführten Befragungen aus der Perspektive der Pflegekassen als Arbeitgeber einerseits und der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater andererseits beantwortet werden.

In der Online-Befragung wurden die Pflegekassen, die angegeben haben, eigene Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater zu beschäftigen (n = 29), gefragt, ob Netzwerkarbeit verbindlich in Aufgaben- oder Prozessbeschreibungen der angestellten Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater vorgesehen ist. Bei den meisten Pflegekassen war Netzwerkarbeit als Arbeitsaufgabe beschrieben (n = 21, 72,4 %). Von diesen 21 Pflegekassen gaben jedoch lediglich drei (14,3 %) an, dass zusätzlich zur Erwähnung der Netzwerkarbeit ein bestimmter Prozentsatz der Stelle dafür vorgesehen ist. Acht Pflegekassen (27,6 %) gaben an, dass Netzwerkarbeit gar nicht als Arbeitsaufgabe vorgesehen ist.

Dieselbe Frage wurde aus der Perspektive der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die angegeben haben, als Angestellte zu arbeiten (n = 230; n = 8 fehlende Angaben), in deren Online-Befragung beantwortet. Dabei besteht die Möglichkeit, zwischen Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberatern, die im PSP arbeiten, und solchen, die eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI außerhalb des PSP erbringen, zu unterscheiden⁹⁰:

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die außerhalb eines PSP arbeiten (n = 177), gaben zu drei Vierteln (75,1 %; n = 133) an, dass Netzwerkarbeit explizit in ihren Arbeitsaufgaben vorgesehen ist. Von diesen 133 berichteten aber nur 9,0 % (n = 12), dass ein gewisser Prozentsatz der Stelle dafür bestimmt ist. Zehn der Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater machten eine Angabe über die Höhe des Prozentsatzes, der im Mittel bei 13,7 % lag (SD = 9,4; Min = 4,0; Max = 30,0).

90 Der Unterschied zwischen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die im PSP arbeiten, und solchen, die außerhalb des PSP arbeiten, in der Verteilung der Antworten auf die Frage des Stellenwerts der Netzwerkarbeit in den Aufgabenbeschreibungen ist statistisch signifikant ($\chi^2 = 20,9$; df = 2; $p < ,001$). Außerhalb des PSP: n = 121, 68,4 % Netzwerkarbeit erwähnt; n = 12, 6,8 % Netzwerkarbeit erwähnt und Prozentsatz vorgesehen; n = 44, 24,9 % Netzwerkarbeit nicht erwähnt; im PSP: n = 33, 62,3 % Netzwerkarbeit erwähnt; n = 15, 28,3 % Netzwerkarbeit erwähnt und Prozentsatz vorgesehen; n = 5, 9,4 % Netzwerkarbeit nicht erwähnt

Bei den Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberatern aus den PSP (n = 53) ergab sich eine andere Verteilung. Netzwerkarbeit war bei fast allen Befragten als Arbeitsaufgabe explizit vorgesehen (n = 48; 90,6 %). Unter diesen 48 Beraterinnen und Beratern gab es zudem einen deutlich höheren Anteil, der angab, dass ein konkreter Prozentsatz der Stelle für Netzwerkarbeit bestimmt ist (n = 15; 31,3 %). Angaben zur Höhe des Prozentsatzes machten 13 dieser Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der PSP. Im Mittel betrug dieser 33,1 % (SD = 7,2; Min = 10,0; Max = 40,0).

Zusammenfassend ist Netzwerkarbeit bereits häufig, aber nicht in allen Fällen explizit Teil der Arbeitsaufgaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Dies kann dazu führen, dass Netzwerkarbeit im Arbeitsalltag zu wenig Gewicht bekommt. Oder die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Netzwerkarbeit betreiben, haben möglicherweise Schwierigkeiten, die darauf verwendete Arbeitszeit vor ihren Arbeitgebern zu rechtfertigen. Dies wurde bspw. auch von verschiedenen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in den Fokusgruppen berichtet und wird auch in den von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in der Online-Befragung berichteten Arbeitsaufgaben deutlich (vgl. Kapitel 4.1.4). Klare Fixierungen der Aufgabe im Arbeitsvertrag oder in der Aufgabenbeschreibung können die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater dabei unterstützen, Netzwerktätigkeiten auch im Arbeitsalltag umzusetzen.

Für PSP ist die Netzwerkarbeit im Sinne eines Care-Managements auch gesetzlich vorgegeben (vgl. Kapitel 1.1.3). Daher ist es erwartungskonform, dass die Arbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den PSP auch formell stärker auf Netzwerkarbeit ausgerichtet ist. Betrachtet man jedoch die Ergebnisse, wie wichtig die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichsten Akteuren bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist (Kapitel 6.1 und 6.3) und wie konkret die Arbeitsaufgaben einer gelungenen Vernetzung von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in den Fokusgruppen beschrieben wurden (vgl. Kapitel 6.1), sollte es auch für die Beraterinnen und Berater, die außerhalb eines PSP arbeiten, möglich sein, ausreichend Zeit für Vernetzung aufzubringen.

Vertragliche Vereinbarungen

Zu vertraglichen Vereinbarungen über die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder die Zusammenarbeit bei der Beratung liegen Daten aus der Online-Befragung der Pflegekassen und der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, vor.

Verträge zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI werden häufig zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und kommunalen Stellen oder weiteren Beteiligten, z. B. bei Rahmenverträgen zur Errichtung von PSP (vgl. Kapitel 3.3.1), geschlossen. Da in der Online-Befragung Pflegekassen und nicht deren Landesverbände befragt wurden, kön-

nen diese Verträge an dieser Stelle nicht abgebildet werden. Entsprechend wurden nur folgende Verträge, die die Pflegekassen ohne Beteiligung der Landesverbände schließen können, erfragt: Kooperationsvereinbarungen nach § 7c Abs. 3 SGB XI (d. h. Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung im Einzugsgebiet der PSP); Verträge mit anderen Pflegekassen zur Übernahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI⁹¹. Angaben zu diesen Verträgen liegen von 35 der 37 teilnehmenden Pflegekassen vor. Davon hat ungefähr die Hälfte (n = 17; 48,6 %) angegeben – ggf. zusätzlich zu Verträgen auf Landesebene –, keine weiteren Kooperationsverträge geschlossen zu haben. Vier Pflegekassen (11,4 %) gaben an, Verträge nach § 7c Abs. 3 SGB XI zur wohnortnahen integrierten Versorgung geschlossen zu haben. Sieben Pflegekassen (20,0 %) hatten Verträge zur Übernahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit anderen Pflegekassen geschlossen.

Von den online befragten Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten (n = 39), haben 24 die Fragen dazu beantwortet, ob vertragliche Vereinbarungen zur Zusammenarbeit bei der Beratung geschlossen wurden (davon n = 11 PSP). Von diesen gab ein Drittel (n = 8; 33,3 %) an, dass solche Verträge vorliegen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen von Braeseke et al. (2018, S. 140, 154). Auch hier zeigte sich, dass Vernetzung und Kooperation der PSP mit externen Akteuren seltener auf schriftlichen Vereinbarungen, sondern vielmehr auf informellen Absprachen beruht.

Die von den Fokusgruppenteilnehmenden beschriebene gelungene Vernetzung (Kapitel 6.1) beinhaltet auch niedrigschwellige und unbürokratische Kooperationen und kurze Kommunikationswege. Auf den ersten Blick mag dies eine eher informelle Zusammenarbeit – ohne vertragliche Vereinbarungen – implizieren. Allerdings können vertragliche Vereinbarungen häufig nachhaltiger sein, da informelle Netzwerke eher an einzelnen Personen hängen, die bspw. bei einer Neubesetzung einer Stelle verloren gehen können. Auch können schriftliche Vereinbarungen helfen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu klären und Schnittstellenprobleme an den Sektorengrenzen zu lösen – was auch von den Fokusgruppenteilnehmenden im Rahmen der gelungenen Vernetzung so beschrieben wurde (Kapitel 6.1).

6.3 Regionale Netzwerkarbeit

Trotz der eher selten anzutreffenden vertraglichen Vereinbarungen findet (meist informell) eine Zusammenarbeit bei der Beratung zum Thema Pflege und Pflegeberatung

91 Weiterhin bestand die Möglichkeit, sonstige Verträge mit kommunalen Stellen oder andere Verträge anzugeben. Diese wurden von zwölf Pflegekassen (34,3 %) angegeben. Bei diesen beiden Antwortmöglichkeiten konnten Freitextangaben gemacht werden. Diese lassen darauf schließen, dass darunter vorwiegend Rahmenverträge zur Errichtung von PSP subsumiert wurden, die hier nicht erfasst werden sollen, da diese von den Landesverbänden der Pflegekassen geschlossen werden. Daher wurden diese beiden Kategorien nicht näher ausgewertet.

nach § 7a SGB XI mit unterschiedlichen Akteuren statt. Zu bereits vorhandenen regionalen Netzwerken, die auch für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI genutzt werden können, wurden Ergebnisse aus den Fokusgruppen zusammengefasst. Weiterhin wurden in den Fokusgruppen mit den Teilnehmenden Darstellungen der regional existierenden Netzwerke für die Zuweisung zur und für die Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erarbeitet. Zusätzlich liegen zur regionalen Netzwerkarbeit Daten der online befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die in einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen überwiegend aktiv sind (n = 139), und der online befragten Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (n = 39) oder Beratungen zum Thema Pflege anbieten (n = 60), vor.

6.3.1 Vorhandene Netzwerkstrukturen

Aus den Fokusgruppen kristallisierte sich heraus, dass es in der Regel kein kassen- bzw. arbeitgeberübergreifendes Beratungsnetzwerk für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gebe. Es zeichnete sich ab, dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater verschiedener Pflegekassen untereinander eher gering, teils aber informell miteinander vernetzt seien. Das Ziel der Organisation bzw. Etablierung eines formalisierten, träger- bzw. kassenübergreifenden Austauschs der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (auf regionaler Ebene) wurde jedoch von verschiedenen Akteuren befürwortet. Innerhalb einzelner Pflegekassen, aber auch bei externen Dienstleistern, gebe es dagegen bereits teilweise regelmäßig organisierte Austauschmöglichkeiten bspw. in Form von Informationsveranstaltungen, Konferenzen oder kollegialen Fallbesprechungen. Diese Ergebnisse zeigten sich auch in der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Ungefähr die Hälfte der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (n = 60; 50,4 %) gab an, dass es keine regelmäßigen Treffen zum Austausch über die Pflegeberatung in der Region gibt (vgl. auch Kapitel 4.1.4 und 4.4.2).⁹²

Da ein eigenständiges Netzwerk für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vielerorts fehle, wären die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen sowie von Dienstleistern darauf angewiesen, über andere pflegerelevante lokale Netzwerke Kontakt zu anderen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern oder auch (spezialisierten) Beratungsstellen aufzubauen bzw. Zugang zu den Akteuren vor Ort zu erhalten.

In den Fokusgruppen zeigte sich jedoch, dass insbesondere Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von Pflegekassen sowie Dienstleistern selten in diese lokalen Netzwerke

92 „In der Region xxx finden regelmäßige Treffen statt, bei denen sich die regionalen Akteure zur Pflegeberatung austauschen können.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 sowie Kategorien 4 und 5 wurden zu Ablehnung bzw. Zustimmung zusammengefasst. n = 119 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die in einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen überwiegend aktiv sind; n = 20 fehlende Angaben

eingebunden seien, was sich auch mit den Angaben der online befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege mit und ohne Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI deckt (Kapitel 6.3.3). Dies betreffe überwiegend Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die nur begrenzte Kapazitäten für Vernetzungstätigkeiten hätten (Kapitel 6.2), aber auch häufig in großen Einzugsgebieten und überregional tätig wären (Ähnliches berichten die online befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater; Kapitel 4.4.5). Ein weiteres Problem stelle aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der erschwerte Zugang zu den lokalen Netzwerken dar, da es selten zentrale Ansprechpersonen bzw. Koordinierungsstellen vor Ort gebe, die für die lokale Vernetzung zuständig wären. In diesem Zusammenhang wurde bspw. auch deutlich, dass die PSP, sofern vorhanden, selten als solch eine Koordinierungsstelle wahrgenommen würden. Die Teilnehmenden äußerten daher häufiger den Wunsch, eine zentrale Anlaufstelle vor Ort zu etablieren, wie dies bspw. bereits in Sachsen durch eine bei der Kommunalverwaltung angegliederte Pflegekoordinatorin praktiziert werde.

Ein weiterer Grund für die geringe Einbindung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen in lokale Netzwerke sei die häufig geringe Kenntnis von PSP und Kommunen über die Strukturen und Angebote der Pflegekassen, die keine Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in den PSP vorhielten. Diese meist unbekannteren Beratungsstrukturen würden von den PSP daher häufig nicht mitbedacht und die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in die Netzwerkarbeit der PSP vor Ort nicht mit eingebunden. Die Teilnehmenden signalisierten, dass hier zukünftig eine deutliche Verbesserung eintreten müsse. Ausnahmen würden die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die entweder im PSP vor Ort und/oder für regional geöffnete Pflegekassen tätig sind, darstellen. Diese wären deutlich häufiger in lokalen Netzwerken vertreten und mit den pflegerelevanten Akteuren vor Ort vernetzt.

Gleiches gelte auch für die PSP, die in der Regel vor Ort gut vernetzt wären. Allerdings wurde in den Fokusgruppen auch deutlich, dass PSP eher selten eigenständig (Beratungs-)Netzwerke vor Ort initiieren würden. Vielmehr seien die PSP zumeist Teil von bereits vor Ort etablierten, formellen Netzwerken, wie z. B. Runden Tischen (Pflege), Pflegestammtischen, Regionalen Pflegekonferenzen, Demenz-Netzwerken, Geriatrie-Treffen, Gerontopsychiatrischen Verbänden oder Arbeitskreisen. In Bezug auf die Beratung würden die PSP jedoch, in Abhängigkeit der landesgesetzlichen Bestimmungen, zumindest auf regionaler Ebene einen regelmäßigen Austausch untereinander pflegen.

Insgesamt zeichnete sich in den Fokusgruppen ab, dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sich eher fallbezogen vernetzen bzw. sich, aufgrund jahrelanger Tätigkeiten in einer Region, bereits eigene Netzwerke aufgebaut hätten. Die entstandenen Netzwerke ergeben sich somit meist zufällig und individuell je nach Fall und basieren daher

eher auf informellen Strukturen, was sich auch in den Daten der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zeigt (Kapitel 6.3.2).

6.3.2 Netzwerke zur Zuweisung und Zusammenarbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Um die Netzwerke der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu untersuchen, wurden Daten aus den Fokusgruppen genutzt, in denen gemeinsam mit den Teilnehmenden ein Schaubild zur Zusammenarbeit erstellt wurde. Dabei wurden einerseits die Akteure erfragt, die auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verweisen sollten. Andererseits wurden die Akteure, mit denen bei der Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zusammengearbeitet wird, zusammengetragen. Zusätzlich wurde in beiden so entstandenen Netzwerken die Qualität der Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Akteur bewertet.

Aus den genannten Akteuren wurden 21 Akteursgruppen und eine Kategorie „Sonstige“ gebildet (vgl. Kapitel 2.3.3): Kranken- oder Pflegekassen, MDK/SMD, Beratungsangebot nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste, (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize, Pflegewohngemeinschaften), Heil- und Hilfsmittel (z. B. Sanitätshäuser, Apotheken, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten), niedrigschwellige Angebote (z. B. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Betreuungsdienste, haushaltsnahe Dienstleister, Essen auf Rädern), Kommune-Ämter (z. B. Sozialamt, Sozialpsychiatrischer Dienst), Kommune-Beratung (z. B. Bürger- oder Seniorenbüros, Sozialdienst Erwachsene), Kommune-Sonstiges (vor allem unspezifische Nennungen, z. B. Kommune, Gemeinde), rechtliche Betreuung (z. B. Betreuungsbehörden, -vereine, rechtliche Betreuer), Demenz (z. B. Anlaufstellen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Alzheimer Gesellschaft), Kinder/Jugendliche (z. B. Schulen, Jugendämter, SPZ), Migrationshintergrund (z. B. Migrationsvereine oder -beratungsstellen), Menschen mit Behinderungen (z. B. Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Integrationsdienste, EUTB), lokale Beratungsstellen (z. B. Verbraucherzentrale, Lotsenprojekte, Pflegenotruf), Selbsthilfe (z. B. Selbsthilfegruppen oder -vereine), Kirche (z. B. Seelsorge), Ehrenamt (z. B. Ehrenamtsbörsen, Freiwilligenagenturen), soziales Umfeld (z. B. Angehörige oder Nachbarinnen bzw. Nachbarn), Ärztinnen und Ärzte (z. B. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, Medizinische Fachangestellte) und Krankenhaus (z. B. Entlassmanagement, Rehabilitationseinrichtungen).

Die Ergebnisse der mit den 21 Akteursgruppen durchgeführten Netzwerkanalysen können Abb. 14 und Abb. 15 entnommen werden. Abgebildet ist die relative Häufigkeit der Nennung der Akteursgruppe über alle Fokusgruppen (Größe der Kreise), die Qualität der Zusammenarbeit (Farbe der Kreise) und die Sicherheit der Angaben (Art der Linie).

Das Netzwerk zur Zuweisung der Beratungsfälle zu den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern (Abb. 14) zeigt relativ viele Akteure, bei denen die Qualität dieser Form der Zusammenarbeit noch verbessert werden könnte. Gut funktionierte laut dieser Darstellung nur die Zuweisung durch die Akteursgruppen Kranken- oder Pflegekassen, MDK/SMD, Demenz oder Menschen mit Behinderungen. Aus den für die Evaluation vom MDS bereitgestellten Daten geht hervor, dass bei 7,5 % (n = 138.754) der 2018 erstellten Gutachten des MDK (n = 1.848.523)⁹³ eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI empfohlen wurde. Ungefähr 30 % der Erstberatungen kamen aufgrund einer Empfehlung des MDK zustande (Kapitel 4.3.1). Diese Zuweisung scheint entsprechend relativ gut zu funktionieren.

Hervorzuheben ist noch, dass der Verweis von kommunalen Stellen, von Krankenhäusern, durch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI und durch die Akteursgruppe Leistungserbringer, d. h. bspw. durch ambulante Pflegedienste, nur mittelmäßig bewertet wurde. Krankenhäuser, viele kommunale Anlaufstellen (insbesondere Kommune-Ämter und Kommune-Sonstiges) sowie die Akteursgruppen Leistungserbringer und Hilfsmittel wurden besonders häufig als potenzielle Zuweiser zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI genannt, setzten dies aber noch nicht zufriedenstellend um. In den Fokusgruppen wurden zudem insbesondere Krankenhäuser als wichtige Schnittstelle zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eingeschätzt. Besonders kritisch wurde die Zuweisung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bewertet, obwohl diese auch häufig als potenzielle Akteure, die verweisen sollten, genannt wurden.

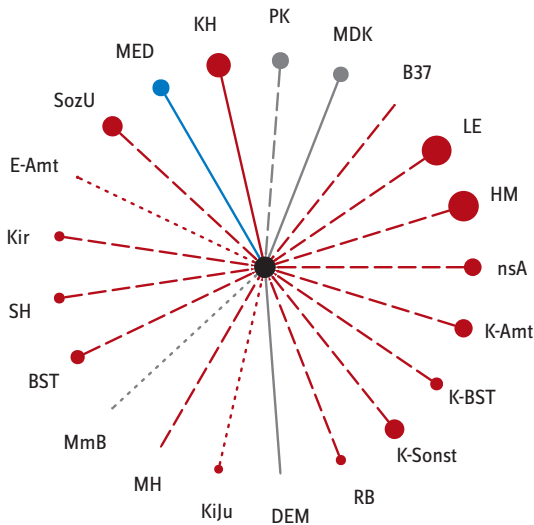


Abb. 14: Netzwerk der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur Zuweisung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Quelle: Fokusgruppen

Anmerkungen: Größe der Kreise: relative Häufigkeiten der Nennungen von Akteuren einer Akteursgruppe; Farbe der Kreise: Qualität der Zuweisung⁹⁴; Art der Linie: Unsicherheit der Qualitätseinschätzung⁹⁵; Akteursgruppen: PK = Kranken- oder Pflegekassen, MDK = MDK/SMD, B37 = Beratungsangebot nach § 37 Abs. 3 SGB XI, LE = Leistungserbringer, HM = Heil- und Hilfsmittel, nsA = niedrigschwellige Angebote, K-Amt = Kommune-Ämter, K-BST = Kommune-Beratung, K-Sonst = Kommune-Sonstiges, RB = rechtliche Betreuung, DEM = Demenz, Kiju = Kinder/Jugendliche, MH = Migrationshintergrund, MmB = Menschen mit Behinderungen, BST = lokale Beratungsstellen, SH = Selbsthilfe, Kir = Kirche, E-Amt = Ehrenamt, SozU = soziales Umfeld, MED = Ärztinnen und Ärzte, KH = Krankenhaus

Ein Potenzial zu mehr Verweisen auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurde auch von den online befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, die in mindestens einer der 29 in der Stichprobe gezogenen Regionen überwiegend aktiv waren ($n = 139$), berichtet. Von den 125 Personen, die die Frage, ob die meisten Akteure in der jeweiligen Region auf die Möglichkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hinweisen wür-

94 Gute Zuweisung = 3, mittelmäßige Zuweisung = 2, schlechte Zuweisung = 1. Werte wurden gemittelt über alle genannten Akteure aller Fokusgruppen und kategorisiert: 1-1,33 = geringe Qualität (blau), 1,34-2,66 = mittlere Qualität (rot), 2,67-3 = hohe Qualität (grau)

95 Unsicherheit der Einschätzung der Qualität als Anteil der Akteure in der Akteursgruppe, bei denen die Qualität nicht beurteilt werden konnte. Werte wurden gemittelt über alle Fokusgruppen und kategorisiert: 0-0,1 = kaum Unsicherheit (durchgezogen), 0,11-0,33 = etwas Unsicherheit (gestrichelt), 0,34-1 = große Unsicherheit (gepunktet)

den, beantwortet haben, gaben fast 30 % an, dass dem nicht so sei (n = 35; 28,0 %). Die Mehrheit meinte, ein Verweisen auf diese Beratungsmöglichkeit sei teilweise gegeben (n = 52; 41,6 %), und 30,4 % der Beraterinnen und Berater (n = 38) gaben an, dass die relevanten Akteure auf das Angebot hinweisen.⁹⁶

Abb. 15 zeigt das Netzwerk für die Zusammenarbeit bei Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Dieser Aspekt wurde deutlich positiver bewertet als die Zuweisungsbeziehungen. Wie zu erwarten war, wurde die Akteursgruppe Leistungserbringer sehr häufig für die Zusammenarbeit genannt – wobei diese auch als qualitativ gut eingeschätzt wird. Auch mit der Akteursgruppe niedrigschwellige Angebote (z. B. AUA, Betreuungsdienste) wurde häufig und gut zusammengearbeitet. Hervorzuheben ist noch die gute Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, der Kranken- oder Pflegekasse und einigen kommunalen Stellen (vor allem mit kommunalen Beratungsstellen, z. B. Bürgerbüro, Allgemeiner Sozialer Dienst und sonstige kommunale Stellen). Die Akteursgruppe Kommune-Ämter wurde zwar häufig genannt, die Zusammenarbeit funktionierte allerdings nicht immer gut. Als gut wurde die Zusammenarbeit dagegen noch mit eher spezialisierten Angeboten vor Ort bewertet (z. B. mit Anlaufstellen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder für Kinder und Jugendliche und der Akteursgruppe Selbsthilfe). Auch die Akteursgruppe Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wurde zwar selten genannt, aber die Zusammenarbeit funktionierte in diesen Fällen gut. Akteursgruppen, die auch noch häufig genannt wurden, waren Hilfsmittel, Ärztinnen und Ärzte und rechtliche Betreuung – für diese wurde die Zusammenarbeit jedoch eher mittelmäßig beurteilt.

Wenn man beide Netzwerke synergetisch betrachtet, bietet die bereits häufig gute Zusammenarbeit im Beratungsprozess die Möglichkeit, Multiplikatoren zu gewinnen und so die Zuweisung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stärker zu fördern. Der bestehende Kontakt aus der Zusammenarbeit, der qualitativ häufig als gut eingeschätzt wurde, kann genutzt werden, um die Akteure für das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu sensibilisieren. Dies sollte insbesondere bei kommunalen Beratungsstellen, der Akteursgruppe Leistungserbringer und Krankenhäusern genutzt werden. Die Akteursgruppe Ärztinnen und Ärzte war dagegen in beiden Netzwerken häufig vertreten und die Qualität der Zusammenarbeit wurde auch in beiden Netzwerken nicht durchweg positiv bewertet.

96 „In der Region werden die Betroffenen von den meisten anderen Stellen (z. B. Selbsthilfe, Krankenhaus, Kommune, andere Beratungsstelle) auf die Möglichkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hingewiesen.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 125 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die in einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen überwiegend aktiv sind; n = 14 fehlende Angaben; kein signifikanter Unterschied zwischen ländlichen (n = 37) und städtischen (n = 102) Regionen (t-Test: t = -1,7; df = 57,5; p > ,05)

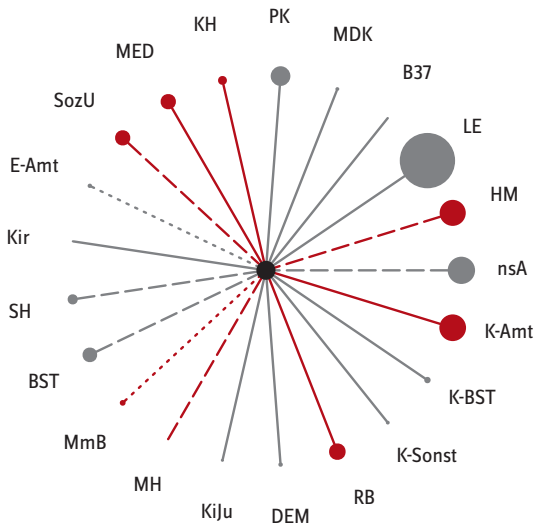


Abb. 15: Netzwerk der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zur Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Quelle: Fokusgruppen

Anmerkungen: Größe der Kreise: relative Häufigkeiten der Nennungen von Akteuren einer Akteursgruppe; Farbe der Kreise: Qualität der Zusammenarbeit⁹⁷; Art der Linie: Unsicherheit der Qualitätseinschätzung⁹⁸; Akteursgruppen: PK = Kranken- oder Pflegekassen, MDK = MDK/SMD, B37 = Beratungsangebot nach § 37 Abs. 3 SGB XI, LE = Leistungserbringer, HM = Heil- und Hilfsmittel, nsA = niedrigschwellige Angebote, K-Amt = Kommune-Ämter, K-BST = Kommune-Beratung, K-Sonst = Kommune-Sonstiges, RB = rechtliche Betreuung, DEM = Demenz, Kiju = Kinder/Jugendliche, MH = Migrationshintergrund, MmB = Menschen mit Behinderungen, BST = lokale Beratungsstellen, SH = Selbsthilfe, Kir = Kirche, E-Amt = Ehrenamt, SozU = soziales Umfeld, MED = Ärztinnen und Ärzte, KH = Krankenhaus.

Es scheint also eine größere Anstrengung nötig, um Ärztinnen und Ärzte zu einer Zusammenarbeit – sowohl in Bezug auf die Zuweisung als auch im Rahmen der Durchführung von Beratungsprozessen – zu bewegen. Die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI spielten in beiden Netzwerken eine eher untergeordnete Rolle. Es ist davon auszugehen, dass mit den Neuerungen des PpSG (vom 11.12.2018) die Bedeutung zunehmen wird. Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater berichteten auch, dass bereits ca. 40 %

97 Gute Zusammenarbeit = 3, mittelmäßige Zusammenarbeit = 2, schlechte Zusammenarbeit = 1. Werte wurden gemittelt über alle genannten Akteure aller Fokusgruppen und kategorisiert: 1-1,33 = geringe Qualität (blau), 1,34-2,66 = mittlere Qualität (rot), 2,67-3 = hohe Qualität (grau)

98 Unsicherheit der Einschätzung der Qualität als Anteil der Akteure in der Akteursgruppe, bei denen die Qualität nicht beurteilt werden konnte. Werte wurden gemittelt über alle Fokusgruppen und kategorisiert: 0-0,1 = kaum Unsicherheit (durchgezogen), 0,11-0,33 = etwas Unsicherheit (gestrichelt), 0,34-1 = große Unsicherheit (gepunktet)

der Erstberatungen aus Empfehlungen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI resultierten, sofern diese vorher stattfanden (Kapitel 4.3.1).

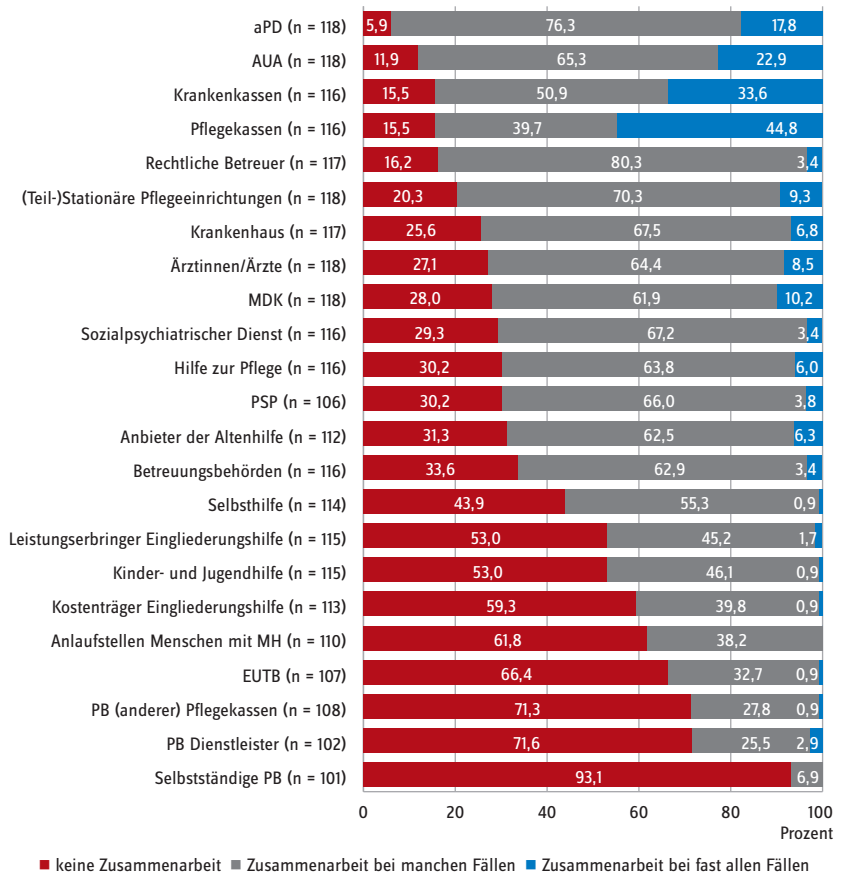


Abb. 16: Zusammenarbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen, mit bestimmten lokalen Akteuren

Quelle: Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Anmerkungen: n = 101-118 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten und in mindestens einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen überwiegend aktiv waren; bei n = 0-12 war Akteur in der Region nicht vertreten; n = 3-11 fehlende Angaben; aPD = ambulante Pflegedienste, AUA = Angebote zur Unterstützung im Alltag, MDK = Medizinischer Dienst der Krankenkassen, PSP = Pflegestützpunkt, PB = Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater, MH = Migrationshintergrund, EUTB = Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Auch in der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wurde nach der Zusammenarbeit mit bestimmten Akteuren gefragt. Die Ergebnisse zeigen eine umfangreiche Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vor Ort und spiegeln im Wesentlichen die hier schon dargestellten Ergebnisse der Fokusgruppen (Abb. 16). Für die Akteure, bei denen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater angegeben haben, dass sie in fast allen Fällen zusammenarbeiten, wurde zusätzlich nach der Ausgestaltung und Qualität der Zusammenarbeit gefragt⁹⁹. Dies betraf vor allem die Akteure Krankenkassen, Pflegekassen, Angebote zur Unterstützung im Alltag, ambulante Pflegedienste und den MDK, bei denen mindestens 10 % der Beraterinnen und Berater angegeben haben, in fast allen Fällen zusammenzuarbeiten. Aggregiert über alle Akteure liegen Daten von 68 bis 70 Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vor, die im Mittel angaben, dass sie sich mit dem Akteur auf informellem Wege austauschen (n = 58; 82,9 %) und dass häufig keine schriftlichen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit vorliegen (n = 50; 75,8 %). Diese Angaben ergänzen die nur selten berichteten vertraglichen Vereinbarungen der Pflegekassen und der Beratungsstellen, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten, aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (Kapitel 6.2).

Es gaben 41,2 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater (n = 28) an, dass sie mit den genannten Akteuren häufig bei der Umsetzung von Versorgungsplänen zusammenarbeiten; bei 19 Personen (27,9 %) war dies zumindest teilweise der Fall. Insgesamt 39,7 % (n = 27) gaben an, dass die Initiative zum Austausch vorwiegend von ihnen ausgeht, während bei 44,1 % (n = 30) der Austausch eher ausgewogen stattfindet. Nur ein Fünftel der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gab an, dass sie die Akteure bei Arbeitsgruppen o. Ä. regelmäßig treffen (n = 14; 20 %), was sich mit den Erkenntnissen zu einer noch ausbaufähigen Netzwerkarbeit deckt (Kapitel 6.2, 4.1.4 und 4.4.2). Nur wenige Personen gaben an, dass an die Akteure nur verwiesen wird (n = 6; 8,8 %).

Die Ergebnisse zeigen einen regen informellen Austauschprozess mit den Akteuren, mit denen in fast allen Fällen zusammengearbeitet wird. Dieser findet aber nur selten formalisiert auf Grundlage von Vereinbarungen oder in Form von regelmäßigen Treffen statt. Trotzdem berichteten die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, dass die Zusammenarbeit überwiegend gut funktioniert: Drei Viertel der Befragten (n = 51;

99 „Ich tausche mich mit dem Akteur auf informellem Wege aus (Telefonate, persönliche Gespräche).“ / „Ich treffe den Akteur regelmäßig auf Treffen, z. B. in Arbeitsgruppen/-kreisen.“ / „Es gibt für die Zusammenarbeit mit dem Akteur schriftliche Vereinbarungen.“ / „Die Initiative zum Austausch geht eher von mir aus.“ / „Meine Anfragen werden von dem Akteur in der Regel zuverlässig beantwortet.“ / „Ich arbeite mit diesem Akteur häufig bei der Umsetzung von Versorgungsplänen zusammen.“ / „Ich verweise Ratsuchende lediglich an diesen Akteur, ohne mit dem Akteur im direkten Austausch zu stehen.“ / „Mit dem Akteur kommt es häufig zu Diskrepanzen.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu und 5 = trifft voll und ganz zu. Gemittelte Angaben von allen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern (n = 68-70), die bei mindestens einem Akteur angaben, dass sie bei fast allen Fällen zusammenarbeiten. Kategorisierung: 1-2,5 als Ablehnung, 2,51-3,49 als teilweise Ablehnung/Zustimmung und 3,5-5 als Zustimmung gezählt

6.3.3 Zusammenarbeit bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aus Sicht der befragten Beratungsstellen

Um die regionale Zusammenarbeit aus Sicht der Beratungsstellen zum Thema Pflege zu beleuchten, wurden diese gefragt, wie häufig Betroffene aufgrund von Hinweisen bestimmter Akteure auf ihr Beratungsangebot aufmerksam werden und inwiefern mit diesen Akteuren zusammengearbeitet wird. Dabei werden alle befragten Beratungsstellen betrachtet, unabhängig davon, ob sie Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten. Die Antworten beziehen sich also auf vielfältige Beratungsangebote zum Thema Pflege (vgl. Kapitel 2.2.3 für Details zu den teilnehmenden Beratungsstellen). In diesem Abschnitt wird auf die Hinweise und Zusammenarbeit mit Akteuren, die (potenziell) Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, fokussiert: Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von Pflegekassen, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die für Dienstleister arbeiten, selbstständige Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und PSP.

Hinweise auf die Beratungsstellen

In Tab. 19 ist die Angabe der Beratungsstellen zu sehen, wie häufig Betroffene durch Hinweise von den aufgeführten Akteuren auf sie aufmerksam werden. Auffällig ist der große Unterschied zwischen der Häufigkeit von Verweisen durch Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater der Pflegekassen bzw. des PSP und solchen von Dienstleistern bzw. selbstständigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern. Die Beratungsstellen gaben zu 60 % an, dass von Ersteren zumindest manchmal verwiesen wird. Für Beraterinnen und Berater von Dienstleistern gab dies nur ein Viertel und für selbstständige Beraterinnen und Berater gaben dies nur 17 % der Beratungsstellen an.

Bei selbstständig arbeitenden Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern liegt dies möglicherweise daran, dass es nur wenige dieser Akteure vor Ort gibt. Zudem kann es sein, dass die Beratungsstellen nicht gut differenzieren können, ob eine Person von einer Pflegeberaterin bzw. einem Pflegeberater einer Pflegekasse oder einer anderweitig beschäftigten Pflegeberaterin bzw. einem anderweitig beschäftigten Pflegeberater verwiesen wurde. Fälle werden demnach möglicherweise eher der am häufigsten vorkommenden Kategorie Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen zugeordnet. Ein Hinweis vom PSP führte dagegen häufiger als einer von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu einer Inanspruchnahme einer Beratungsstelle. Nur 30 % der Beratungsstellen gaben an, dass von dort nie oder selten an sie verwiesen wird, obwohl auch PSP meist nur einmal in jeder Region vertreten sind.

| Akteur | Nie/Selten | | Manchmal | | Häufig | | Gültige Angaben |
|---------------------|------------|------|----------|------|--------|------|-----------------|
| | n | % | n | % | n | % | n |
| PSP | 22 | 30,1 | 35 | 47,9 | 16 | 21,9 | 73 |
| PB der Pflegekassen | 28 | 40,0 | 31 | 44,3 | 11 | 15,7 | 70 |
| PB Dienstleister | 40 | 75,5 | 12 | 22,6 | 1 | 1,9 | 53 |
| Selbstständige PB | 48 | 82,8 | 10 | 17,2 | 0 | 0,0 | 58 |

n = 53-73 Beratungsstellen zum Thema Pflege, die angaben, dass der Akteur in ihrer Region vertreten ist (davon n = 18-25 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI); n = 0-9 Angaben, dass Akteur in Region nicht vertreten ist; n = 24-37 fehlende Angaben

Tab. 19: Häufigkeit von Verweisen von Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberatern und PSP an Beratungsstellen zum Thema Pflege
Quelle: Online-Befragung Beratungsstellen

Ein Grund für seltene Verweise auf die Beratungsstellen könnte eine mangelnde Kenntnis der Angebote vor Ort seitens der Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater und PSP sein. In Kapitel 6.1 wird die Kenntnis der Angebote und Strukturen vor Ort als ein wesentliches Element gelungener Vernetzung beschrieben. Wie in Kapitel 6.3.1 auf Grundlage der Fokusgruppen beschrieben, sind insbesondere Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen oder der Dienstleister davon betroffen, schlechter in die regionalen Angebotsstrukturen eingebunden zu sein. Häufig stehen hier große Einzugsgebiete, für die diese Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zuständig sind, der lokalen Vernetzung im Wege. Die hier berichteten Daten reihen sich in diese Ergebnisse ein und deuten darauf hin, dass vor allem den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern von Dienstleistern die lokalen Beratungsstellen (und umgekehrt) häufig nicht bekannt sind. Neun der Beratungsstellen (14,5 %) gaben sogar konkret an, dass es diesen Akteur in ihrem Einzugsgebiet nicht gibt, obwohl Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von Dienstleistern eigentlich in allen Regionen aktiv sind.

Zusammenarbeit bei Beratungsfällen

Von den 99 an der Online-Befragung teilnehmenden Beratungsstellen haben bis zu 79 zudem Fragen zur Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort beantwortet (Abb. 17). Auch hier wurde insbesondere selten mit Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern von Dienstleistern oder selbstständigen Beraterinnen und Beratern zusammengearbeitet, wobei es auch hier wieder sein kann, dass die Beratungsstellen nicht zwischen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen und denjenigen von Dienstleistern unterscheiden. Aber auch fast die Hälfte der Beratungsstellen gab an, dass sie nie mit PSP, und ein gutes Drittel, dass sie nie mit Pflegeberaterinnen oder Pflegeberatern der Pflegekassen zusammenarbeiten.

Vernetzung bei der Pflegeberatung

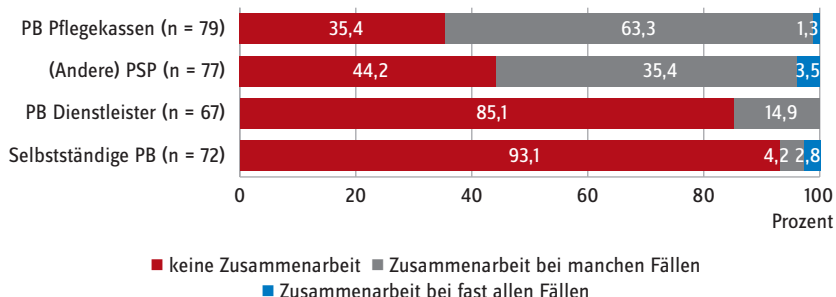


Abb. 17: Zusammenarbeit der befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege mit bestimmten lokalen Akteuren

Quelle: Online-Befragung Beratungsstellen

Anmerkungen: n = 67-79 Beratungsstellen zum Thema Pflege (davon n = 23-27 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI); n = 0-9 Angaben, dass Akteur in Region nicht vertreten ist; n = 20-23 fehlende Angaben; PSP = Pflegestützpunkt, PB = Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater

Die Hälfte der 28 Beratungsstellen, die nie mit Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen zusammenarbeiten (n = 14; 50,0 %), gab zudem an, dass eine Zusammenarbeit dringend erforderlich wäre. Bei PSP (n = 34 keine Zusammenarbeit; n = 1 fehlende Angabe) schätzten dies nur vier Beratungsstellen (11,8 %), bei Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern von Dienstleistern neun Beratungsstellen (15,8 %; n = 57 keine Zusammenarbeit; n = 1 fehlende Angabe) und bei selbstständigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern elf Beratungsstellen (16,4 %; n = 67 keine Zusammenarbeit; n = 1 fehlende Angabe) so ein. In den in Kapitel 6.3.2 beschriebenen Netzwerken der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater werden lokale Beratungsstellen bereits mit mittlerer Häufigkeit für die Zusammenarbeit benannt. In den hier beschriebenen Befragungsdaten zeigt sich jedoch, dass das Potenzial zur Zusammenarbeit und Vernetzung bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI noch nicht ausgeschöpft ist. Zudem ist davon auszugehen, dass Beratungsstellen, die das Angebot der Pflegeberatung nicht oder nicht gut kennen, seltener an der Befragung teilgenommen haben, so dass die Zusammenarbeit in den vorliegenden Daten möglicherweise überschätzt ist.

6.3.4 Konkurrenzempfinden und Doppelstrukturen

In Kapitel 6.1 wird für die Zusammenarbeit auf Fallebene beschrieben, dass klare Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten nötig sind, um die Strukturen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit vorzuhalten. Dies ist insbesondere schwer umzusetzen, wenn es vor Ort viele Doppelstrukturen, d. h. viele Anbieter mit einem zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ähnlichen Angebot, gibt. Aber auch ein großes Konkurrenzempfinden kann einer gelungenen Zusammenarbeit entgegenstehen.

Daten aus der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie der Beratungsstellen zum Thema Pflege können hier einen Einblick in die regionalen Gegebenheiten geben. Auch hier werden die Ergebnisse aller Beratungsstellen, unabhängig davon, ob sie Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, betrachtet, so dass die Ergebnisse die Perspektive vielfältiger Beratungsstellen zum Thema Pflege vereinen (vgl. Kapitel 2.2.3 für Details zu den teilnehmenden Beratungsstellen). Ergänzt werden die Ergebnisse durch Erkenntnisse aus den Fokusgruppen.

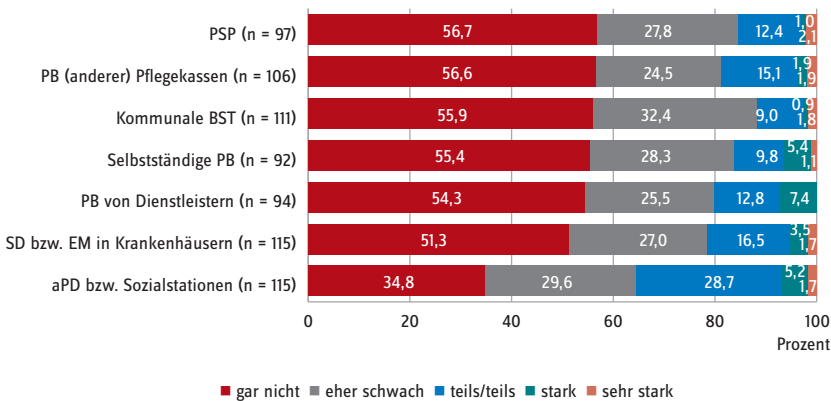


Abb. 18: Konkurrenz erleben der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen

Quelle: Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Anmerkungen: n = 92-115 Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die in einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen hauptsächlich aktiv sind; n = 5-15 fehlende Angaben; bei n = 1-17 war Akteur in Region nicht vertreten; BST = Beratungsstelle, PSP = Pflegestützpunkt, PB = Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater, SD = Sozialdienst, EM = Entlassmanagement, aPD = ambulanter Pflegedienst

Konkurrenzempfinden

Die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten und in mindestens einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen überwiegend aktiv waren (n = 121), wurden gefragt, inwiefern sie das Gefühl haben, dass bestimmte Akteure sie als Konkurrenz erleben.¹⁰⁰ Abb. 18 veranschaulicht, dass es nach Meinung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater kein starkes Konkurrenz erleben gibt. Für

¹⁰⁰ Auch die online befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege mit und ohne Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI wurden nach dem Konkurrenz erleben mit diesen Akteuren befragt. Die Fragen wurden allerdings von 18 % bis 37 % der Beratungsstellen mit weiß nicht beantwortet. Die Angaben werden somit als nicht belastbar eingeschätzt und nicht berichtet.

alle Akteure lag der Anteil derjenigen, die keine oder eine eher schwache Konkurrenz erleben, zwischen 64 % und 88 %. Am ausgeprägtesten war die erlebte Konkurrenz zu lokalen ambulanten Pflegediensten bzw. Sozialstationen, wo immerhin über ein Drittel (36 %) eine teilweise bis starke Konkurrenz erlebt (vgl. Kapitel 7.4.3).

Zuständigkeiten und Doppelstrukturen

In der Online-Befragung der Beratungsstellen wurde erfragt, ob sich die unterschiedlichen Beratungsmöglichkeiten zum Thema Pflege in deren Einzugsgebiet ergänzen¹⁰¹ und ob die unterschiedlichen Akteure ihre Zuständigkeiten genau kennen¹⁰². Letztere Frage wurde auch an die online befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gerichtet. Beide Fragen zielen darauf ab, mehr über mögliche Doppelstrukturen in den Regionen zu erfahren. Insgesamt sehen sowohl unter den Beratungsstellen zum Thema Pflege (mit und ohne Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI) als auch unter den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nur wenige ausgeprägte Doppelstrukturen. Von den 99 befragten Beratungsstellen machten 70 zu diesen Fragen Angaben (davon n = 26 Beratungsstellen mit Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI). Davon meinten neun Beratungsstellen (12,9 %), dass sich das Beratungsangebot in ihrem Einzugsgebiet nicht gut ergänzt, und 18 (25,7 %) sehen dies teilweise so. Insgesamt acht Beratungsstellen (11,4 %) gaben an, dass die Verantwortlichkeiten in dem jeweiligen Einzugsgebiet nicht klar geregelt sind; 30,0 % (n = 21) sehen dies teilweise so.

Diese Zahlen decken sich auch gut mit denen der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die diese Frage beantwortet haben (n = 101)¹⁰³. Insgesamt zwölf der befragten Beraterinnen und Berater (11,9 %) sahen unklare Verantwortlichkeiten in der Region, in der sie selbst vorwiegend tätig sind; 22,8 % (n = 23) sahen dies teilweise so. Bei allen Angaben zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen¹⁰⁴, obwohl in städtischen Regionen häufig ein vielfältigeres Angebot vorhanden ist (Kapitel 3.3.3). Die Daten sprechen also nicht für stark

101 „Die unterschiedlichen Beratungsmöglichkeiten zum Thema Pflege in unserem Einzugsgebiet ergänzen sich.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Online-Befragung der Beratungsstellen: n = 70 Beratungsstellen zum Thema Pflege (davon n = 26 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI); n = 29 fehlende Angaben

102 „Die unterschiedlichen Akteure, die in unserem Einzugsgebiet Beratungen zum Thema Pflege anbieten, kennen ihre jeweiligen Verantwortlichkeiten genau.“ Antwortkategorien: 1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft voll und ganz zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. Online-Befragung der Beratungsstellen: n = 70 Beratungsstellen zum Thema Pflege (davon n = 26 Beratungsstellen mit § 7a SGB XI); n = 29 fehlende Angaben

103 Die Frage nach den Verantwortlichkeiten in der Region (vgl. Fußnote 100) wurde 139 Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern gestellt, die in einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen überwiegend tätig sind. n = 131 gültige Angaben; n = 38 fehlende Angaben

104 t-Test: Beratungsstellen Ergänzung: t = 1,0, df = 23,0, p > ,05; Beratungsstellen Verantwortlichkeiten: t = 1,4, df = 26,1, p > ,05; Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater Verantwortlichkeiten: t = -0,4, df = 57,8, p > ,05

ausgeprägte Doppelstrukturen - jedoch gab es bei ungefähr einem Drittel der befragten Beratungsstellen bzw. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zumindest teilweise Überlappungen und unklare Verantwortlichkeiten im regionalen Beratungsangebot zum Thema Pflege.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich auch in den Fokusgruppen. In einzelnen Regionen signalisierten die Teilnehmenden, dass es häufig insbesondere zwischen den PSP und anderen Beratungsstellen zum Thema Pflege Unklarheit über die Abgrenzung von Zuständigkeiten gebe. Die Teilnehmenden wünschten sich hier eine klarere Definition und Abgrenzung der Aufgabenbereiche, um ggf. Doppelstrukturen zu vermeiden. Zudem wurde abschließend betont, dass Synergien nur entstehen könnten, wenn es klare Zuständigkeiten gebe. Klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten wurden auch von den Fokusgruppenteilnehmenden als Teil einer gelungenen Vernetzung gesehen (Kapitel 6.1). Insbesondere eine formalisierte Zusammenarbeit, die die Zuständigkeiten klar regelt, kann u. a. dabei helfen, Konkurrenzdenken und Doppelstrukturen zu beseitigen und die lokalen Angebote besser aufeinander abzustimmen.

7 Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Beratungseinsätze
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Für die Betrachtung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI stehen in diesem Bericht verschiedene Datenquellen zur Verfügung: Sekundärdaten der Pflegekassen, Online-Befragung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern sowie die Versichertenbefragung der Pflegegeldbeziehenden. Allerdings wurden die Pflegedienste, die hauptsächlich die Beratungseinsätze durchführen und die Sichtweise der Beratungspersonen am besten widerspiegeln würden, nicht befragt. Um die Beraterperspektive trotzdem beleuchten zu können, wurden die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in der Online-Befragung, wenn sie angaben, dass sie neben der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, auch dazu befragt. Allerdings gilt es zu beachten, dass diese Beraterinnen und Berater eine selektive Stichprobe darstellen, da sie für eine Befragung zu ihrer Beratungstätigkeit im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI angeschrieben wurden (Kapitel 8.3.2).

7.1 Inanspruchnahme der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Im Jahr 2018 waren, nach Angaben der amtlichen Statistik (PG 1, 2018), 1.736.432 Personen ausschließlich Pflegegeldbeziehende, das sind 47,1 % aller Leistungsbeziehenden des SGB XI. Entsprechend muss fast die Hälfte der Leistungsbeziehenden die verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch nehmen. Insgesamt 49 Pflegekassen, bei denen im Jahr 2018 1.494.382 Personen ganzjährig ausschließlich Pflegegeld bezogen, haben die Datenabfrage des GKV-Spitzenverbandes zu verschiedenen Aspekten der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI beantwortet. Für diese Versicherten wurden laut diesen Daten im Jahr 2018 2.195.362 Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht – im Mittel kamen demnach 1,5 Beratungseinsätze auf eine ganzjährig Pflegegeldbeziehende bzw. auf einen ganzjährig Pflegegeldbeziehenden. Da mindestens zwei Beratungsbesuche pro Jahr (ab Pflegegrad 2) vorgeschrieben sind, müsste die Zahl eigentlich über zwei pro Kopf liegen. Die tatsächliche Inanspruchnahme von Beratungsbesuchen durch Pflegegeldbeziehende liegt somit im Durchschnitt unter den gesetzlichen Vorgaben. Eine Betrachtung der regionalen Verteilung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist auf Basis der Sekundärdaten der Pflegekassen nicht möglich. Die Daten liegen nur von wenigen Pflegekassen vor und wurden teilweise lückenhaft für die Evaluation zur Verfügung gestellt (Kapitel 2.1.1).

Nur ein Bruchteil dieser Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wurde, laut den Sekundärdaten der Pflegekassen, durch beauftragte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen, die auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI erbringen, durchgeführt (n = 4.197; 0,2 %). Da die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI laut gesetzlichen Vorgaben vorwiegend von Pflegeeinrichtungen oder anerkannten Beratungsstellen

und, nur wenn dies nicht möglich ist, von einer von den Pflegekassen beauftragten Person erbracht werden sollten, entspricht dies den Erwartungen.

Wie in Kapitel 1.1.4 beschrieben, steht die Regelung, dass Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Sinne des § 7a SGB XI auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen können, eigentlich dazu im Widerspruch, dass von der Pflegekasse beauftragte Personen diese Aufgabe nur in Ausnahmefällen übernehmen sollen. Es ist auch vorstellbar, dass eine Abgrenzung der beiden Beratungsformen (Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI) im Arbeitsalltag der Beraterinnen und Berater schwierig ist.

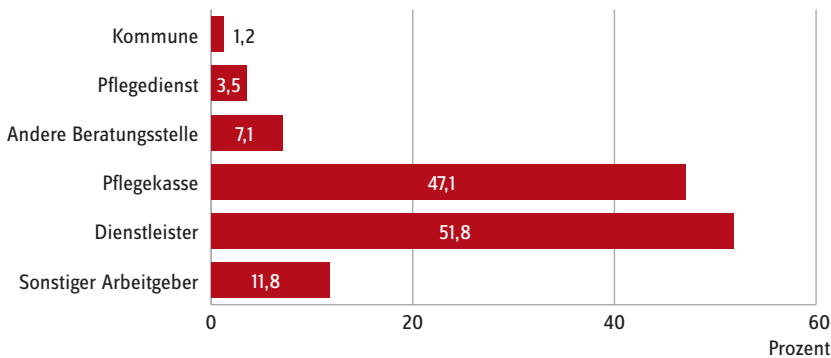


Abb. 19: Arbeitgeber/Auftraggeber der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die sowohl Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI als auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen

Quelle: Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Anmerkungen: n = 85; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Auch die Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gibt Hinweise darauf, dass die beiden Beratungsformen möglicherweise ineinander übergehen oder zumindest keine klare Trennung der Beratungsformen besteht. Insgesamt 85 der 289 befragten Beraterinnen und Berater (29,4 %) gaben an, sowohl Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI als auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchzuführen. Davon machten 52 Befragte Angaben zur Dauer des letzten Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Im Mittel hat demnach der letzte durchgeführte Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI 68,3 Minuten gedauert (SD = 39,8; Median = 60,0; Min = 15,0; Max = 180,0). Dies ist im Vergleich zu anderen vorliegenden Daten ein sehr hoher Wert. Laut Büscher und Kollegen (2010b) dauert ein Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchschnittlich nur 20 bis 30 Minuten. Dieser deutliche Unterschied bedeutet möglicherweise, dass die Beratungen nach § 7a SGB XI und § 37 Abs. 3 SGB XI bei diesen

Beratungseinsätze
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Beratungspersonen ineinandergreifen und nicht klar abgegrenzt werden. Gleichzeitig ergibt sich hier auch eine Chance zur Verzahnung der Beratungsarten, so dass Pflegebedürftige möglicherweise eher eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen, wenn sie die Beratungsperson bereits aus den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB V kennen.

Dass sowohl Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI als auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI von einer Person durchgeführt werden, betrifft aber nicht nur Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen. Von den 85 Beratungspersonen, die in der Online-Befragung angaben, beide Beratungsarten durchzuführen, arbeitete knapp die Hälfte direkt bei den Pflegekassen. Fast genauso häufig wurde auch ein Dienstleister als Arbeitgeber genannt. Knapp 10 % gaben an, bei einer anderen Beratungsstelle oder sonstigen Anbietern (z. B. einem Wohlfahrtsverband, privaten Anbietern oder selbstständig) zu arbeiten. Nur wenige arbeiteten bei einem Pflegedienst oder waren bei der Kommune angestellt (Abb. 19).

7.2 Pflegegeldkürzungen und Pflegegeldentzug

Die Pflegegeldbeziehenden der Pflegegrade 2 bis 5 sind dazu verpflichtet, die gesetzlich vorgegebenen Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wahrzunehmen, ansonsten drohen Sanktionen in Form von Pflegegeldkürzungen bzw. bei mehrmaligen Versäumnissen der Termine sogar ein Entzug des Pflegegeldes.

Die Sekundärdaten der Pflegekassen (n = 49) zeigen, dass beides in der Realität nur sehr selten vorkommt. Im Jahr 2018 gab es lediglich 11.385 Fälle von Pflegegeldkürzungen. Gemessen an der Anzahl der Pflegegeldbeziehenden der Pflegekassen, die dazu Angaben gemacht haben, war dies nur bei 0,8 % der Pflegegeldbeziehenden der Fall. Auch der Pflegegeldentzug ist ein seltenes Ereignis. Die Pflegekassen gaben für das Jahr 2018 nur 1.984 Fälle von Pflegegeldentzug an (0,1 %).

Zusätzlich zur Sekundärdatenanalyse der Pflegekassen wurde eine Zufallsstichprobe von Pflegegeldbeziehenden befragt (Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende). Die 2.278 befragten Pflegegeldbeziehenden (n = 61 fehlende Angaben) gaben zu einem etwas höheren Anteil an, dass ihnen in der Vergangenheit bereits mindestens einmal das Pflegegeld gekürzt wurde, weil sie einen verpflichtenden Beratungsbesuch versäumt hatten (n = 64; 2,8 %).

Diese Differenz der Werte könnte darauf zurückzuführen sein, dass der Zeithorizont der Versichertenbefragung der Pflegegeldbeziehenden länger ist als der der Sekundärdaten. Während sich die verwendeten Sekundärdaten der Pflegekassen auf das Jahr 2018

beziehen, wird in der Versichertenbefragung der Pflegegeldbeziehenden nach einer Kürzung des Pflegegeldes in der Vergangenheit gefragt ohne eine zeitliche Begrenzung. Die Kürzung des Pflegegeldes kann also schon mehrere Jahre zurückliegen.

Beratungseinsätze
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Auch wenn das Mittel von 1,5 Beratungseinsätzen pro Jahr pro Pflegegeldbeziehenden dafür spricht, dass die Beratungseinsätze teilweise versäumt bzw. verspätet in Anspruch genommen werden, war der Anteil der Personen, die tatsächlich Sanktionen durch die Pflegekasse erfahren, gering. Dies weist auf eine kulante und im Alltag praktikable Regelung hin. Vermutlich wird durch Erinnerungen und Hinweise der Pflegekassen ein Großteil der Beratungseinsätze verspätet nachgeholt (Kapitel 7.4.2), ohne dass es zu Sanktionen kommt.

7.3 Sicherstellung der Qualität der häuslichen Pflege

Die Pflegegeldbeziehenden gaben zur übergroßen Mehrheit an, dass die Pflege bisher immer sichergestellt war ($n = 2.241$; 99,1 %; $n = 55$ fehlende Werte). Nur knapp 1 % der Pflegegeldbeziehenden gab an, dass in der Vergangenheit festgestellt wurde, dass die Pflege nicht sichergestellt war ($n = 20$; 0,9 %). Von diesen 20 Pflegegeldbeziehenden beantworteten elf die Frage, ob ihnen der Grund der Nichtsicherstellung bekannt ist. Sechs wussten, aus welchem Grund die Pflege nicht gesichert war (54,5 %). Fünf Personen wussten den Grund nicht (45,5 %). Auch wenn die Fallzahl gering ist, weisen die Zahlen auf ein Informationsdefizit über die Gründe einer ggf. vorliegenden nicht sichergestellten Pflege bei den Pflegegeldbeziehenden hin.

Im Rahmen der Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wurden diejenigen Beraterinnen und Berater, die auch Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, gebeten, Angaben zur Nichtsicherstellung in der Pflege zu machen. Circa ein Drittel der 289 online befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater führten Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch ($n = 88$; 30,4 %). Dabei haben sie in den letzten vier Wochen durchschnittlich 10,0 Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI absolviert (SD = 11,9; Median = 5,0; Min = 0,0; Max = 45,0).

Von diesen 88 Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern machten 53 Aussagen zur Nichtsicherstellung der Pflege: Gut ein Viertel der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater hat mindestens einen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI in den letzten vier Wochen durchgeführt, bei dem die Pflege nicht sichergestellt war ($n = 13$; 24,5 %).

Über die Hälfte der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die eine solche Situation erlebt haben, gab an, dass in den letzten vier Wochen maximal zweimal die Qualität der häuslichen Pflege nicht sichergestellt war ($n = 7$; 53,8 %). Vier gaben an, dass

es zwischen drei- und zehnmal vorkam (30,8 %), und zwei Personen, dass eine Nichtsicherstellung der Pflege häufiger vorkam (15,4 %). Insgesamt wurde in der Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater von 689 Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI in den letzten vier Wochen berichtet (n = 69; n = 15 fehlende Angaben), wovon 47-mal die Pflege nicht sichergestellt war (6,8 %) ¹⁰⁵. Dieser Wert liegt deutlich über den normalerweise aus Sekundärdaten der Pflegekassen berichteten Anteilen nicht sichergestellter Pflege. Allerdings können die Pflegegeldbeziehenden im Rahmen der stattfindenden Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI, falls die Pflege nicht sichergestellt ist, selbst entscheiden, ob diese Information von der Beratungsperson an die zuständige Pflegekasse übermittelt wird. Somit sind die Sekundärdaten der Pflegekassen über den Anteil an nicht sichergestellter häuslicher Pflege nur bedingt aussagefähig. Da die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in dieser Stichprobe ebenfalls eine selektive Gruppe darstellen (vgl. Einleitung Kapitel 7), kann deren Angabe aber auch überschätzt sein.

Der häufigste Grund dafür, dass die häusliche Pflege als nicht sichergestellt eingestuft wurde, war die Überlastung pflegender Angehöriger. Ebenso gehörten eine fehlende Wohnraumanpassung bzw. fehlende Hilfsmittel oder eine ungeklärte Pflegesituation zu den häufig angegebenen Gründen (Abb. 20).

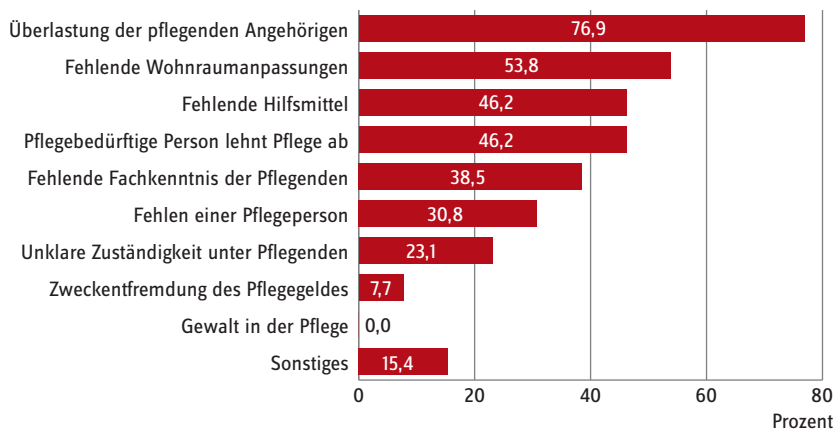


Abb. 20: Von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern genannte Gründe für eine Nichtsicherstellung der Pflege

Quelle: Online-Befragung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Anmerkungen: n = 13 Personen, die innerhalb der letzten vier Wochen bei einem Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI festgestellt haben, dass die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist; keine fehlenden Angaben; Mehrfachnennungen möglich

¹⁰⁵ Ein Ausreißer mit der Angabe, dass bei 40 der in den letzten vier Wochen durchgeführten Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Qualität der Pflege nicht sichergestellt war, wurde als fehlender Wert rekodiert.

Die Angaben zum Auftreten einer nicht sichergestellten Pflegesituation variieren zwischen den Pflegegeldbeziehenden und den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern. Nur bei knapp 1 % der Pflegegeldbeziehenden wurde in der Vergangenheit jemals festgestellt, dass die Pflege nicht sichergestellt war. Rund ein Viertel der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater hat angegeben, dass es in den letzten vier Wochen zu mindestens einer Feststellung, dass die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist, gekommen ist. Dies betraf 6,8 % aller durchgeführten Beratungsbesuche. Diese Zahlen liegen über den aus bisherigen Studien berichteten Zahlen, insbesondere den Sekundärdaten der Pflegekassen. Allerdings können die Angaben aus Sekundärdaten aus verschiedenen Gründen unterschätzt sein (Kapitel 1.2.2). Unterschiede in den Anteilen von nicht sichergestellter Pflege in Daten von Pflegekassen, der Befragung von Pflegegeldbeziehenden und Beratungspersonen können verschiedene Gründe haben. Vorherige Untersuchungen weisen darauf hin, dass es in Situationen einer nicht sichergestellten Pflege vorkommen kann, dass dies von den Pflegediensten nicht an die Pflegekassen gemeldet wird. Insbesondere wird eine solche Meldung als geschäftsschädigend empfunden (Büscher et al., 2010b). Wenn Pflegedienste Sorge haben, mögliche Kundinnen und Kunden mit einer als nicht sicher eingestuften Pflege zu verärgern, kann dies dazu führen, dass dies den Pflegegeldbeziehenden nicht ausdrücklich mitgeteilt wird. Dies sollte aber in Zeiten, in denen Pflegedienste an ihre Kapazitätsgrenzen stoßen, eine weniger große Rolle spielen. Zudem wird nicht in allen Fällen, in denen die Beratungsperson eine nicht sichergestellte Pflege feststellt, das Einverständnis vorliegen, dass diese Information weitergegeben werden kann. In diesen Fällen sind die Pflegegeldbeziehenden und Beratungspersonen möglicherweise nicht einer Meinung, ob die Pflege nicht sichergestellt ist. Zudem kann es auch sein, dass Pflegegeldbeziehende, bei denen schon einmal festgestellt wurde, dass die Pflege nicht sichergestellt ist, seltener an der Befragung teilgenommen haben.

7.4 Wahrnehmung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch die Pflegegeldbeziehenden

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung hatten die Pflegegeldbeziehenden von elf kooperierenden Pflegekassen Gelegenheit, Angaben zu ihrer Person und den persönlichen Erfahrungen mit den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu machen (Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende).

7.4.1 Soziodemographie der befragten Pflegegeldbeziehenden

Die Mehrheit der 2.339 befragten Pflegegeldbeziehenden war weiblich (n = 1.349; 57,8 %), 42,2 % waren männlichen Geschlechts (n = 986; n = 4 fehlende Angaben). Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden war 74,1 Jahre (SD = 16,1; n = 46 fehlende Angaben), wobei 47 Befragte minderjährig waren (2,0 %). Das Durchschnitts-

alter der Kinder und Jugendlichen betrug 9,4 Jahre (SD = 4,6; Min = 1,0; Max = 17,0). Die Erwachsenen waren im Durchschnitt 75,3 Jahre alt (SD = 13,2; Min = 18,0; Max = 100,0). Nur 12,6 % der Befragten (n = 288) waren unter 60 Jahre alt (laut Pflegestatistik 2017 fallen 18,1 % der zu Hause versorgten Personen in diese Altersgruppe), 14,0 % (n = 321) waren zwischen 60 und 69 Jahre alt (Pflegestatistik 2017: 9,7 %). Jeweils ca. ein Drittel der Befragten war zwischen 70 und 79 Jahre (n = 681; 29,7 %) bzw. zwischen 80 und 89 Jahre (n = 776; 33,8 %) alt (Pflegestatistik 2017: 21,8 % bzw. 37,8 %). Gut 10 % der Befragten waren 90 Jahre alt oder älter (n = 227; 9,9 %; Pflegestatistik 2017: 12,7 %). Die Stichprobe der Pflegegeldbeziehenden ähnelt in der Altersverteilung somit der Population der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Menschen der Pflegestatistik 2017.

Die meisten Pflegegeldbeziehenden hatten Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens (n = 1.258; 58,2 %). Für 20,2 % hat eine andere Person das Ausfüllen des Fragebogens übernommen (n = 436) und 21,6 % haben den Bogen selbstständig ausgefüllt (n = 466; n = 179 fehlende Angaben).

Als häufigste Ursache für ihre Pflegebedürftigkeit gaben die Befragten körperliche Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen an (n = 2.079; 88,9 %; vgl. Abb. 21). Die zweithäufigste Ursache waren Beeinträchtigungen beim Hören oder Sehen, gefolgt von geistigen Beeinträchtigungen, wie z. B. demenzielle Erkrankungen, und psychischen Erkrankungen. Zudem gaben rund 20 % andere Erkrankungen als Ursache für ihre Pflegebedürftigkeit an. Die Personen, die die Kategorie andere Erkrankungen angaben, nutzten diese vor allem, um ausführlichere Angaben zu ihren Erkrankungen bzw. zu ihrer Krankengeschichte zu machen. Viele Pflegegeldbeziehende gaben mehr als eine der genannten Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen als Grund für ihre Pflegebedürftigkeit an (n = 1.103; 47,4 %) und 52,3 % gaben nur eine Erkrankung bzw. Beeinträchtigung an (n = 1.223).

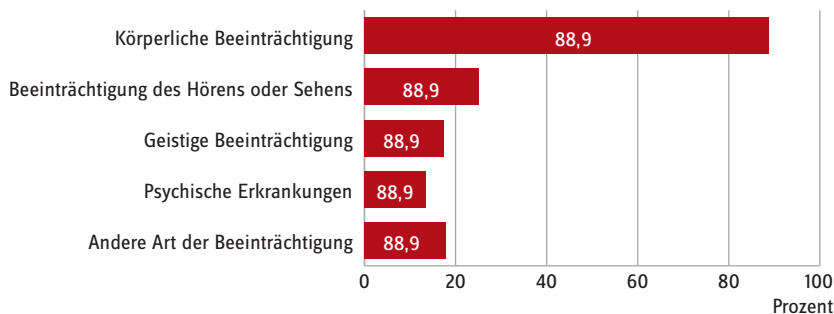


Abb. 21: Genannte Erkrankungen/Beeinträchtigungen als Ursache der Pflegebedürftigkeit
Quelle: Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende
Anmerkungen: n = 2.326; n = 13 fehlende Angaben; Mehrfachnennungen möglich

Die Mehrheit der befragten Pflegegeldbeziehenden (n = 2.286) gab an, den Pflegegrad 2 zu haben (n = 1.538; 67,3 %), 25,5 % hatten den Pflegegrad 3 (n = 583), 5,9 % den Pflegegrad 4 (n = 134) und nur 1,4 % waren in Pflegegrad 5 eingestuft (n = 31). Lässt man in der Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt, 2018) der zu Hause versorgten Personen Pflegegrad 1 außer Betracht, entfällt etwas mehr als die Hälfte der Population pflegebedürftiger Menschen auf Pflegegrad 2 (54,5 %), fast ein Drittel auf Pflegegrad 3 (29,9 %), etwas mehr als 10 % entfallen auf Pflegegrad 4 (12,1 %) und 4 % auf Pflegegrad 5 (3,6 %). Damit ist in der Stichprobe der Pflegegeldbeziehenden der Anteil der Personen mit Pflegegrad 2 erhöht, während der Anteil höherer Pflegegrade gegenüber der Pflegestatistik 2017 verringert ist. Dies entspricht den Erwartungen, da Personen mit höherem Pflegegrad zu einem höheren Anteil nicht nur Geld-, sondern auch Sachleistungen beziehen.

Für die folgenden Auswertungen wurden die Daten aller befragten Pflegegeldbeziehenden ausgewertet. Sofern Unterschiede als relevant erachtet wurden, wurden Auswertungen durch differenziertere Betrachtungen von erwachsenen und minderjährigen Pflegebedürftigen ergänzt.

7.4.2 Organisation der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Im Mittel haben die befragten Pflegegeldbeziehenden 5,2 Beratungsbesuche erlebt (SD = 8,0; Median = 3,0; Min = 1,0; Max = 150,0; n = 557 fehlende Angaben). Entsprechend wussten auch nur wenige Befragte nicht, was sie beim Beratungsbesuch erwartet (n = 318; 14,6 %)106. Der letzte Beratungseinsatz ist durchschnittlich 4,5 Monate her (SD = 8,3; Min = 0,0; Max = 210,0; n = 267 fehlende Angaben)107.

Fast drei Viertel der Pflegegeldbeziehenden gaben an, dass immer (n = 1.010; 47,4 %) oder überwiegend (n = 573; 26,9 %) dieselbe Person zu den Beratungsbesuchen erschien. Bei 11,9 % war es teilweise dieselbe Person (n = 253). Es gab ebenso Befragte, die angaben, dass nur selten (n = 98; 4,6 %) oder nie (n = 199; 9,3 %) dieselbe Person zu den Beratungsbesuchen kam (n = 141 fehlende Angaben).

Die befragten Pflegegeldbeziehenden empfanden die Organisation eines Beratungstermins als einfach (n = 1.965; 88,8 %). Zudem gaben sie an, dass es kein Problem war, Personen zu finden, die einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI in der eige-

106 „Wir wussten vor dem Beratungsbesuch genau, was uns erwartet.“ Antwortkategorien: 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 2.259; n = 80 fehlende Angaben

107 Angaben, die vor der Einführung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zum April 1995 liegen oder die unlogische Werte (z. B. Monatsangabe > 12, Termin in der Zukunft) enthalten, wurden vor der Auswertung als fehlende Werte rekodiert (n = 23).

nen Häuslichkeit durchführen (n = 1.808; 86,2 %) ¹⁰⁸. Die große Mehrheit der Befragten (n = 1.996; 90,6 %) gab an, dass der letzte Besuch durch eine Beratungsperson von einem Pflegedienst durchgeführt wurde, bei 4,9 % war es eine beauftragte Pflegeberaterin bzw. ein beauftragter Pflegeberater einer Pflegekasse (n = 108) und 4,5 % wurden von einer Person aus einer Beratungsstelle beraten (n = 98). Nur sehr wenige gaben an, dass es während des Beratungsbesuchs unklar blieb, woher die Beratungsperson kam (n = 72; 3,3 %) ¹⁰⁹. Auch hier zeigt sich demnach, dass die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI nur selten durch beauftragte Personen der Pflegekassen durchgeführt werden (vgl. Kapitel 7.1).

Der Anteil der Pflegegeldbeziehenden, die angaben, dass sie sich selbstständig um die Vereinbarung des letzten Termins gekümmert haben (n = 920; 39,3 %) bzw. dass die Initiative zur Terminvereinbarung von der Beratungsperson ausging (n = 891; 38,1 %), war annähernd gleich. Bei fast einem Viertel hat die Pflegekasse auf die Notwendigkeit eines Beratungstermins hingewiesen (n = 553; 23,6 %) und 2,5 % gaben sonstige Anlässe für die Initiierung des Beratungsbesuchs an (n = 59). Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich: 6,8 % der Befragten wählten mehr als eine Antwortmöglichkeit aus (n = 160), so dass die Terminvereinbarung bei diesen Personen auf unterschiedlichen Wegen stattgefunden hat (n = 52 fehlende Angaben). Eine Erinnerung durch die Pflegekasse bei fast einem Viertel der Pflegegeldbeziehenden ist ein Hinweis darauf, dass die reguläre Frist einer Beratung (nach sechs bzw. drei Monaten) bereits überschritten wurde, was wiederum zu der berichteten eher geringen Inanspruchnahme im Jahr 2018 in Kapitel 7.1 passt.

Zusammenfassend waren die Beratungsbesuche der meisten befragten Pflegegeldbeziehenden durch eine personelle Kontinuität gekennzeichnet. Die Versicherten und die beauftragte Beratungsperson kannten sich bereits durch vorangegangene Besuche und die Organisation der Beratungstermine fanden die meisten befragten Pflegegeldbeziehenden einfach.

7.4.3 Inhalt der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Die befragten Pflegegeldbeziehenden wurden gefragt, ob verschiedene Themen Teil des letzten Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI waren. Die große Mehr-

108 „Es war ganz einfach, einen Termin für den Beratungsbesuch auszumachen.“ / „Es war schwierig, einen Beratungsbesuch zu erhalten, da es kaum Pflegefachkräfte gibt, die den Besuch übernehmen können.“ Antwortkategorien: 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 2.270; n = 69 fehlende Angaben / n = 2.183; n = 156 fehlende Angaben

109 „Für uns blieb während des Beratungsbesuchs unklar, von welcher Einrichtung die Beratungsperson geschickt wurde.“ Antwortkategorien: 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 2.257; n = 82 fehlende Angaben

heit der Befragten (n = 2.023; 94,8 %) gab an, dass während der letzten Beratung über Belastungen aufgrund der Pflegesituation gesprochen wurde (n = 205 fehlende Angaben). Zudem wurden 83,6 % der Befragten über Leistungen aufgeklärt, auf die sie Anspruch haben (n = 1.722; n = 280 fehlende Angaben). Über die Hälfte gab an, Informationen zu regionalen Beratungsmöglichkeiten zum Thema Pflege (n = 1.309; 70,2 %; n = 474 fehlende Angaben) und andere Hilfe- bzw. Unterstützungsleistungen erhalten zu haben (n = 1.296; 66,5 %; n = 413 fehlende Angaben). Etwas weniger als der Hälfte wurden Pflegetechniken gezeigt (n = 936; 48,6 %; n = 415 fehlende Angaben). Die Überprüfung des Pflegegrads wurde bei 20,1 % der befragten Pflegegeldbeziehenden thematisiert (n = 388; n = 413 fehlende Angaben). Die Freitextantworten zeigen darüber hinaus, dass über Wohnraumanpassungen bzw. die Versorgung mit (Pflege-)Hilfsmitteln (n = 58; 2,5 %) aufgeklärt wurde. Auch diese Beratungsthemen können die häusliche Pflegesituation maßgeblich beeinflussen und verbessern.

Minderjährige Pflegegeldbeziehende und deren Eltern wurden in Hinblick auf verschiedene Themen signifikant seltener beraten als Erwachsene: umfassende, regionale Beratungsmöglichkeiten (n = 39; 42,5 % vs. n = 1.795; 71,0 %; $\chi^2 = 16,6$; df = 2; p < ,001), Demonstration von Pflegetechniken (n = 42; 11,6 % vs. n = 1.753; 49,5 %; $\chi^2 = 19,3$; df = 2; p < ,001) oder regionale Hilfe- und Unterstützungsleistungen (n = 43; 48,8 % vs. n = 1.868; 66,9 %; $\chi^2 = 6,4$; df = 2; p < ,05). Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Beratung von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen eine spezielle Qualifikation (z. B. Kinderkrankenpflege) oder spezielle Kenntnisse verlangt, über die nicht alle Beratungspersonen verfügen. So haben Büscher und Kollegen (2010b) festgestellt, dass die Beratungen von körperlich oder geistig behinderten Kindern ein „besonderes Problemfeld“ in der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI darstellt.

Hinweise auf Hilfs- und Unterstützungsangebote

Die Pflegegeldbeziehenden wurden auch gefragt, ob sie im Rahmen der bisher erlebten Beratungsbesuche auch auf verschiedene pflegerische (Entlastungs-)Leistungen hingewiesen wurden (Abb. 22).

Obwohl laut den Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zur Verbesserung der Pflegesituation auf Leistungen der Tages- oder Nachtpflege und Kurzzeitpflege hingewiesen werden sollte (GKV-Spitzenverband, 2018b), gaben über ein Viertel bzw. ein Drittel der Pflegegeldbeziehenden an, nicht über Kurzzeitpflege bzw. Tages- bzw. Nachtpflege beraten worden zu sein und dieses Angebot auch nicht zu kennen. Dabei könnten diese Angebote zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen. Da insbesondere die Überlastung der Angehörigen ein Grund für eine nicht sichergestellte Pflege ist, sollte hier verstärkt aufgeklärt werden.

Beratungseinsätze
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

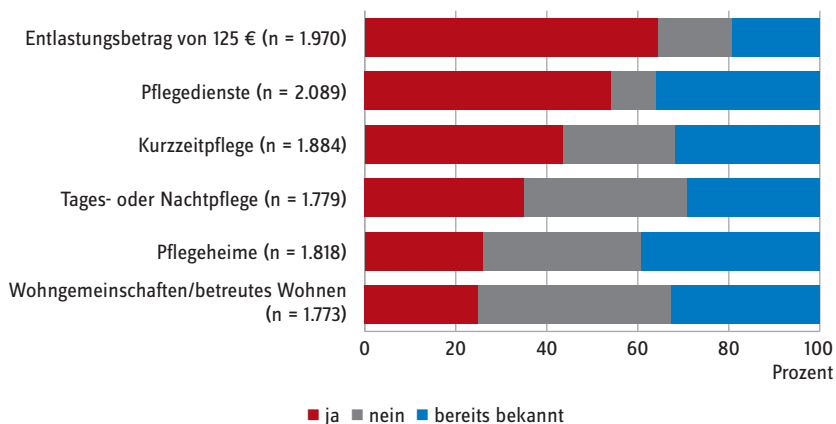


Abb. 22: Aufklärung über pflegerische Leistungen nach SGB XI in den bisherigen Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Quelle: Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende

Anmerkungen: n = 1.773-2.089; n = 385-478 fehlende Angaben

Auf die verschiedenen pflegerischen Dienstleistungen wurden Minderjährige und deren Eltern signifikant seltener hingewiesen als Erwachsene (Pflegedienst: n = 21, 51,3 % vs. n = 1.091, 54,1 %; $\chi^2 = 11,6$, df = 3, p < ,05; Pflegeheim: n = 3, 8,6 % vs. n = 460, 26,2 %; $\chi^2 = 16,1$, df = 3, p < ,05; Wohngemeinschaften bzw. betreutes Wohnen: n = 3, 8,8 % vs. n = 434, 25,4 %; $\chi^2 = 10,7$, df = 3, p < ,05 und Kurzzeitpflege: n = 6, 16,7 % vs. n = 799, 44,0 %; $\chi^2 = 17,1$, df = 3, p < ,05). Dabei gaben die Minderjährigen bzw. deren Eltern prozentual nicht häufiger als Erwachsene an, dass diese Dienstleistungen bereits bekannt sind. Möglicherweise ist diese fehlende Beratung auf fehlende Angebote für pflegebedürftige Kinder in der jeweiligen Region zurückzuführen (Kapitel 3.3.3) oder die Beraterinnen und Berater wissen zu wenig über spezielle regionale Angebote für pflegebedürftige Kinder bzw. Jugendliche.

Wenn bestimmte Themen in den Beratungsgesprächen nicht angesprochen werden, muss das nicht heißen, dass die Pflegegeldbeziehenden schlecht beraten wurden. Es kann auch bedeuten, dass die Pflegegeldbeziehenden in ihren derzeitigen Pflegearrangements gut versorgt sind und bestimmte thematische bzw. pflegerische Aspekte aus diesem Grund nicht thematisiert werden. Die Empfehlungen zur Qualitätssicherung geben entsprechend auch vor, die Inhalte der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI an die individuellen Bedarfslagen anzupassen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018b).

Verweis auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und auf Pflegestützpunkte

Beratungseinsätze
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Laut den Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI soll „der Beratungsbesuch bei Bedarf mit den weiteren Beratungsstrukturen, beispielsweise der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder [den] Pflegestützpunkten kooperieren“ (GKV-Spitzenverband, 2018b). Auf diese beiden Beratungsangebote soll, je nach individueller Bedarfslage, hingewiesen werden (GKV Spitzenverband, 2018b, S. 1 ff.). In § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI ist der Hinweis auf die Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen PSP sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a sogar verpflichtend formuliert: „Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.“

Ob Verweise auf PSP und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI stattfanden, wurde unter den Pflegegeldbeziehenden über drei Fragen erhoben: ob die Befragten auf umfassende Beratungsmöglichkeiten zum Thema Pflege hingewiesen wurden, ob ein Kontakt zu einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater der Pflegekasse empfohlen wurde und ob ein Kontakt zu einer Beratungsstelle vor Ort empfohlen wurde.

Während 70,2 % (n = 1.309) der Befragten angaben, dass sie auf umfassende Beratungsmöglichkeiten hingewiesen wurden, wurde nur selten die Kontaktaufnahme zu einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater der Pflegekasse (n = 282; 15,6 %) oder die Kontaktmöglichkeit zu einer Pflegeberatungsstelle (n = 348; 19,0 %) empfohlen. Für minderjährige Pflegebedürftige bzw. deren Eltern wurde sogar noch seltener ein Kontakt zu einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater der Pflegekasse empfohlen (n = 2; 4,5 % vs. n = 275; 15,9 %; $\chi^2 = 6,3$; df = 2; p < ,05). Scheinbar werden die Pflegegeldbeziehenden im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI eher generell auf Beratungsangebote hingewiesen und nur selten auf die umfassenderen Beratungsmöglichkeiten nach § 7a SGB XI oder im PSP angesprochen. Bei immerhin knapp 30 % wurden gar keine weiteren Beratungsmöglichkeiten thematisiert. Dafür könnte es verschiedene Gründe geben. Auswertungen der Fokusgruppen zeigen, dass die Anbieter der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI oft selbst nicht detailliert über das Angebot einer ausführlicheren Pflegeberatung nach § 7a SGB XI Bescheid wissen. Eventuell besteht auch ein Konkurrenzdenken zu anderen Anbietern, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI oder § 7c SGB XI durchführen (vgl. Kapitel 6.3.4).

7.4.4 Qualität der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Die Einschätzung der Qualität der Beratungseinsätze wurde anhand verschiedener Aspekte des letzten Beratungsbesuchs vorgenommen.¹¹⁰

Nach diesen Daten erlebten die meisten befragten Pflegebedürftigen den letzten Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI als positiv. Die Pflegegeldbeziehenden hatten das Gefühl, dass sich die Beratungsperson ausreichend Zeit für den letzten Beratungsbesuch genommen hat (n = 2.038; 90,7 %). Die aufkommenden Fragen wurden, nach Ansicht der Befragten, meist beantwortet (n = 2.044; 91,3 %). Von den Befragten stimmten 72,4 % (n = 1.539) zu, dass die Beratungsperson ihnen Befürchtungen und Ängste nehmen konnte. Es gaben 79,9 % (n = 1.767) an, dass für sie wichtige Themen und Probleme angesprochen wurden. Unterstützt bei Aufgaben wie der Antragstellung oder beim Kontakt zu Leistungserbringern wurden 48,9 % der Befragten (n = 914). Trotzdem war weniger als die Hälfte der Ansicht, dass sie die Themen der Beratung ein Stück weit selbst bestimmen konnten (n = 961; 45,2 %).

Die geringere Zustimmung zu den letzten beiden Fragen spiegelt möglicherweise auch das Aufgabenspektrum eines Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI wider. Der Beratungsbesuch hat eine Kontrollfunktion, so dass die Themen vermutlich stärker durch die Beratungsperson als durch die Betroffenen geprägt werden. Auch eine aktive Unterstützung in der Umsetzung von Pflegearrangements ist nicht zwingend als Aufgabe der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu verstehen.

Kontrolle und Unabhängigkeit der Beratungsbesuche

Die große Mehrheit der Befragten hatte weder das Gefühl, dass sie zu bestimmten Entscheidungen gedrängt wurden (n = 2.136; 96,1 %), noch, dass Leistungen von einem bestimmten Anbieter in Anspruch genommen werden sollten (n = 2.097; 95,4 %). Nur wenige hatten den Eindruck, dass sie durch die Beratungsperson kontrolliert wurden (n = 89; 4,0 %), und nur 1,0 % der Befragten gab an, dass sie Angst haben, dass

110 „Für den Beratungsbesuch stand ausreichend Zeit zur Verfügung.“ / „Die Beratungsperson konnte die meisten unserer Fragen beantworten.“ / „Die Beratungsperson konnte uns unsere Befürchtungen und Ängste nehmen.“ / „Während des Beratungsbesuchs wurden für uns wichtige Themen und Probleme angesprochen.“ / „Die Beratungsperson hat uns bei einigen Aufgaben (z. B. Antragstellung, Kontakt zu Pflegediensten oder Ärzten/-innen) unterstützt.“ / „Wir hatten das Gefühl, dass wir die Themen der Beratung ein Stück weit selbst bestimmen konnten.“ / „Wir hatten das Gefühl, die Beratungsperson wollte unsere Entscheidungen zur Pflegesituation in eine bestimmte Richtung drängen.“ / „Wir hatten das Gefühl, dass die Aussagen der Beratungsperson darauf abzielten, dass wir Leistungen bei einem bestimmten Anbieter in Anspruch nehmen.“ / „Wir hatten das Gefühl, die Beratungsperson wollte uns kontrollieren.“ Antwortkategorien: 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils/teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst. n = 1.989-2.246; n = 61-195 fehlende Angaben

die pflegebedürftige Person gegen ihren Willen anders untergebracht werden könnte (n = 21).

Trotz des verpflichtenden Charakters und der möglichen Sanktionen nahmen die Pflegegeldbeziehenden die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI also nicht als Zwangsberatung oder Kontrollbesuch wahr. Dabei war sich die übergroße Mehrheit der Pflegegeldbeziehenden darüber bewusst, dass der Besuch verpflichtend für sie ist (n = 2.169; 93,4 %; n = 17 fehlende Angaben). Die vorliegenden Daten bestätigen also nicht, dass die Betroffenen die verpflichtenden Beratungsbesuche als Kontrolle wahrnehmen oder dass die Pflegedienste diese nutzen, um wirtschaftliche Interessen zu verfolgen (vgl. Kapitel 1.2.2).

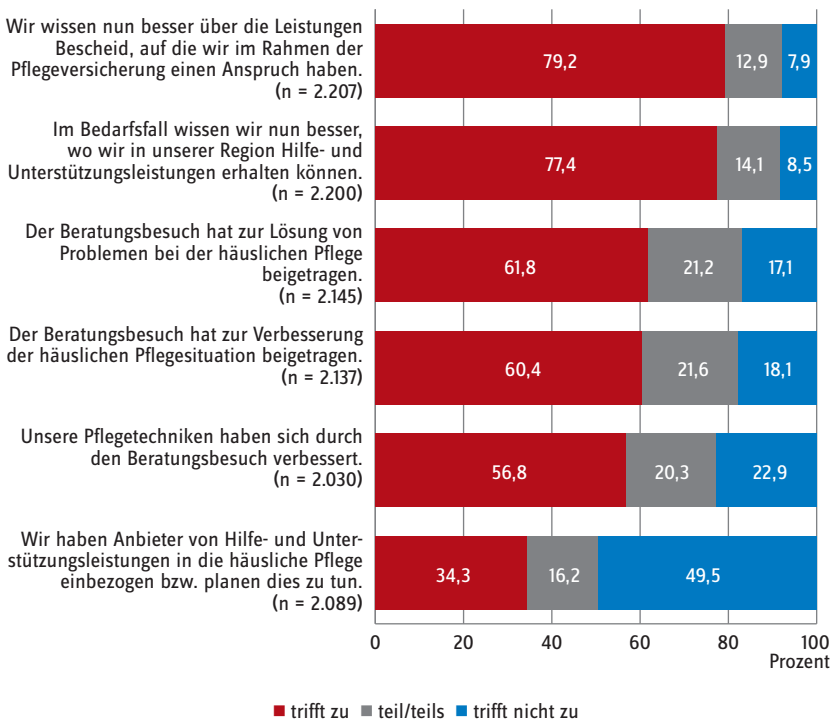


Abb. 23: Ergebnisse der bisherigen Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Quelle: Versichertenbefragung Pflegegeldbeziehende

Anmerkungen: n = 2.030-2.207; n = 74-144 fehlende Angaben. Antwortkategorien: 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils, teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu. Kategorien 1 und 2 wurden zu Ablehnung und Kategorien 4 und 5 zu Zustimmung zusammengefasst.

Wirkung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Um die Wirkung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI abzuschätzen, wurden die befragten Pflegegeldbeziehenden gebeten einzuschätzen, wie sich bestimmte Aspekte der Pflegesituation verbessert haben (Abb. 22). Grundsätzlich werden die Beratungseinsätze von den Befragten auch hier positiv bewertet. Die Befragten berichteten in großer Mehrheit (fast 80 %), infolge der Beratung mehr über Leistungsansprüche und regionale Angebote zu wissen. Etwas seltener gaben sie an, dass sich die tatsächliche Situation (Lösung von Problemen, häusliche Pflegesituation) oder praktische Fertigkeiten (Pflegetechniken) verbessert haben.

Gut ein Drittel plante, Anbieter von Hilfe- und Unterstützungsleistungen in die häusliche Pflege einzubeziehen, bzw. hat das bereits getan. Fast die Hälfte der befragten Pflegegeldbeziehenden lehnte dies ab. Die geringe Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsleistungen kann darin begründet sein, dass nur bei 0,9 % der befragten Pflegegeldbeziehenden je festgestellt wurde, dass die Pflege nicht sichergestellt ist (n = 20; vgl. Kapitel 7.3) und damit das Hinzuziehen von ambulanten Pflegeleistungen nicht als notwendig erachtet wird.

Einschränkend muss bei den Ergebnissen zu der Wirksamkeit beachtet werden, dass im Rahmen des Evaluationsvorhabens lediglich querschnittliche und keine längsschnittlichen Daten dazu vorliegen (Kapitel 8.3.1).

8 Fazit und Handlungsempfehlungen

Die in diesem Bericht zusammengetragenen Ergebnisse zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI beleuchten das Beratungsgeschehen aus unterschiedlichen Perspektiven: aus Sicht der Pflegekassen, der Beratungsstellen (mit und ohne eigenem Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sowie der Nutzerinnen und Nutzer bzw. Nichtnutzerinnen und Nichtnutzer. Das Fazit soll die wesentlichen Erkenntnisse der Evaluation zusammentragen, einordnen und wird dabei diese unterschiedlichen Perspektiven integrieren. Kapitel 8.3 fasst zudem die Stärken und Limitationen des Vorgehens und der verwendeten Daten zusammen. Auf Grundlage dieses Fazits werden in Kapitel 8.4 sechs Handlungsempfehlungen ausgesprochen und mögliche Schwerpunkte zukünftiger Untersuchungen aufgezeigt.

Fazit und
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

8.1 Erkenntnisse zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben sich im Evaluationsvorhaben sieben zentrale Themen in den Ergebnissen herauskristallisiert: allgemeine Angebotsstrukturen; zielgruppenspezifische Angebotsstrukturen; Inanspruchnahme; Umfang und Modalität der Beratungen; Beratungsgeschehen; Zugänglichkeit und Öffentlichkeitsarbeit; Kenntnis des Beratungsangebots und Beratungsbedarf sowie Vernetzung.

8.1.1 Allgemeine Angebotsstrukturen

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI hauptsächlich durch bei den Pflegekassen angestellte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, durch Beraterinnen und Berater von Dienstleistern und, sofern lokal vorhanden, durch Beraterinnen und Berater der PSP erbracht wird (Kapitel 3.1.3 und 3.3.1). Nur selten gibt es andere Beratungsstellen, Pflegedienste oder selbstständig arbeitende Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI vor Ort anbieten. Regionsübergreifend kristallisiert sich kein Akteur heraus, der systematisch neben den PSP eine Anlaufstelle für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vorhält. In den Geschäftsstellen der Pflegekassen kann zwar überall eine Pflegeberatung über die Pflegekasse initiiert werden, als Anlaufstelle für Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI sind sie jedoch nur in den Bundesländern, die das Konzept der Vernetzten Pflegeberatung umsetzen (Sachsen und Sachsen-Anhalt), ausgewiesen.

Kranken- bzw. Pflegekassen und Kommunen sind zu ungefähr gleichen Anteilen als Träger an Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, beteiligt. Insbesondere (zu über 80 %) werden die PSP von diesen Akteuren getragen. Bei ungefähr einem Drittel der Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, übernehmen zudem Verbände der Wohlfahrtspflege, kirchliche oder andere gemeinnützige

Organisationen (ggf. zusätzlich zu Kranken- bzw. Pflegekassen und der Kommune) eine Trägerschaft (Kapitel 3.3.1). Trotzdem sind die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu über 90 % bei den Pflegekassen oder deren Dienstleistern angestellt. Nur ca. 3 % der befragten Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater sind bei der Kommune beschäftigt. Die Kommune beteiligt sich entsprechend ähnlich häufig wie die Pflegekassen an der Infrastruktur der Beratungsstellen für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, betreibt jedoch selten eigene Beratungsstellen mit diesem Angebot und beschäftigt auch nur wenige Beraterinnen und Berater. Das Ergebnis spiegelt die in den Rahmenverträgen zur Errichtung der PSP häufig vorgesehene Arbeitsteilung, bei der die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen und die Beraterinnen und Berater der Kommune eher für Sozialberatung und Vernetzungstätigkeiten zuständig sind (Kapitel 3.3.2).

8.1.1.1 Regionale Unterschiede in den Pflegeberatungsstrukturen

Regionale Unterschiede ergeben sich vorwiegend durch die länderspezifische Umsetzung der Einrichtung der PSP und durch vorhandene Beratungsstrukturen zum Thema Pflege, die bereits vor 2009 bestanden. Grundsätzlich ist eine Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei der eigenen Pflegekasse oder einem von ihr beauftragten Dienstleister in allen Regionen möglich.

Konsistent mit den Ergebnissen von Braeseke et al. (2018) zeigen sich daher vor allem bezüglich der Einrichtung und des Aufgabenspektrums der PSP deutliche länderspezifische Unterschiede. Nicht alle PSP führen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch, obwohl dies bundesgesetzlich vorgeschrieben ist (§ 7c Abs. 2 SGB XI). Aus manchen Rahmenvereinbarungen geht nicht eindeutig hervor, ob die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI Teil des Angebots des PSP ist oder nicht (Kapitel 3.3.2.9 und 3.3.2.15). Nur 20 der 28 befragten PSP führen Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durch (Tab. 2; Kapitel 2.2.3). Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass manche Rahmenvereinbarungen noch aus dem Jahr 2009 stammen und entsprechend veraltet sind. Zwischen den Bundesländern zeigen sich auch deutliche Unterschiede zwischen der Dichte der PSP und dem Angebot anderer lokaler Anlaufstellen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Kapitel 3.3.1). Teilweise wird dies jedoch durch mobile Sprechstunden der vorhandenen PSP in anderen Orten ausgeglichen. Die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt haben sich gegen die Einrichtung der PSP entschieden und stattdessen das Konzept Vernetzte Pflegeberatung umgesetzt. Laut den Ergebnissen dieser Evaluation ist an diesem Konzept vorteilhaft, dass es lokale Ansprechpersonen für die Koordination der Pflegeberatung gibt, was es auch Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen und von Dienstleistern einfacher macht, sich in die lokalen Netzwerke zu integrieren – anderenfalls stellt sich der Zugang dieser Beraterinnen und Berater, die in keine lokale Beratungsstelle eingebunden sind, zu den Netzwerken vor Ort als schwierig heraus (Kapitel 6.3.2). Nachteilig könnten jedoch – ähnlich zu Regionen mit einer geringen Dichte an PSP – die feh-

lenden niedrigschwelligen Anlaufstellen vor Ort sein. Die Hürde, die eigene Pflegekasse anzufragen oder eine Geschäftsstelle einer Pflegekasse, bei der man selbst nicht versichert ist, aufzusuchen (was in der Vernetzten Pflegeberatung möglich ist), ist vermutlich relativ hoch.

Neben dem Beratungsangebot nach § 7a SGB XI zeigt sich eine große Diversität in der Beratungslandschaft zum Thema Pflege (Kapitel 3.3.1). Es gibt zum Teil vielfältige Angebote für pflegende Angehörige, die nicht immer im Rahmen der Errichtung von PSP in diese überführt wurden. Zum Teil ergänzen auch regionale Projekte (z. B. Gemeindegewestplus¹¹¹, interkulturelle Brückenbauerinnen¹¹²) das Beratungsangebot nach § 7a SGB XI. Dies kann auch dazu führen, dass die Beratungslandschaft unübersichtlich ist und sich Doppelstrukturen und Konkurrenzdenken entwickeln.

Grundsätzlich ist jedoch eine Angebotsvielfalt zu begrüßen, sofern eine gute Zusammenarbeit und keine übermäßige Konkurrenz vor Ort entsteht. Die Ergebnisse der Evaluation deuten nicht auf ein ausgeprägtes Konkurrenzempfinden hin (Kapitel 6.3.4). Ungefähr 40 % der befragten Beratungsstellen bzw. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sehen jedoch zumindest teilweise Doppelstrukturen in ihrem Einzugsgebiet. Gleichzeitig wurden in der für die Evaluation durchgeführten Recherche auch Regionen identifiziert, die nur wenige Beratungsangebote zum Thema Pflege vorhalten (Kapitel 3.3.1). Wie vielfältig die Angebotsstrukturen vor Ort sind, hängt stark vom Engagement der Kommune und der Bundesländer im Bereich Pflege ab. Insbesondere vorhandene kommunale Beratungsstrukturen zum Thema Pflege vor Einführung der PSP im Jahr 2009 zeigen sich meistens auch in den regionalen Unterschieden in der aktuellen Beratungslandschaft und in der Dichte der PSP (Kapitel 3.3.2). Teilweise – aber nicht immer – zeichnet sich in den regionalen Unterschieden der Angebotsvielfalt auch ein klassisches Stadt-Land-Gefälle ab. Die Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen spielen jedoch in den meisten berichteten Ergebnissen keine große Rolle – eine Ausnahme sind hier die zielgruppenspezifischen Angebote.

8.1.2 Zielgruppenspezifische Angebotsstrukturen

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass das Angebot für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht seltener auf eine bestimmte Zielgruppe spezialisiert ist, als dies bei anderen Beratungsstellen zum Thema Pflege der Fall ist (Kapitel 3.3.3). Die meisten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater begegnen den Anfragen der untersuchten Zielgruppen mit der regulären Beratungstätigkeit. Ungefähr 50 % bis 70 % setzen zusätz-

111 <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewestplus/> [abgerufen am 09.02.2020]

112 <https://www.diakonie-stadtmitte.de/senioren-pflege/interkulturelle-brueckenbauerinnen-in-der-pflege-ibip/ueber-das-projekt/> [abgerufen am 09.02.2020]

lich bestimmtes Material ein – eine Ausnahme ist hier die Zielgruppe Menschen mit Migrationshintergrund, bei der nur ein Drittel der Beraterinnen und Berater zusätzliches Informationsmaterial einsetzt. Ungefähr die Hälfte der Beraterinnen und Berater verweist Ratsuchende der Zielgruppen Menschen mit psychischen Erkrankungen, pflegebedürftige Kinder und Jugendliche und Menschen mit Behinderungen an entsprechend ausgewiesene Kolleginnen bzw. Kollegen oder Beratungsstellen. Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen verweisen nur ca. ein Drittel der Beraterinnen und Berater und bei Menschen mit Migrationshintergrund nur knapp 30 % an andere Stellen (Kapitel 4.5). Zwischen 13 % und 22 % der Beraterinnen und Berater beraten Personen einer der thematisierten Zielgruppen mit besonderen Beratungsbedarfen ohne eigene Fortbildung und ohne zusätzliches Material oder Weiterempfehlungen.

Ein Verweis an andere Stellen ist nur möglich, wenn es ausreichend Anlaufstellen für die Zielgruppe in der Region gibt. Relativ häufig gibt es bereits lokale Angebote für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit Behinderungen (Kapitel 3.3.3). Das heißt, es gibt in den meisten städtischen Regionen Anlaufstellen für diese Zielgruppen und zwischen 50 % und 70 % der Beratungsstellen mit Pflegeberatungsangebot nach § 7a SGB XI sind auf diese Zielgruppen spezialisiert. Auch in ländlichen Regionen gibt es überwiegend Beratungsangebote zum Thema Pflege für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Allerdings sind in fast 30 % der ländlichen Regionen keine Anlaufstellen für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen oder pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen vorhanden. Hier gilt es also vor allem im ländlichen Raum das Beratungsangebot zu gewährleisten.

Insbesondere Beratungsangebote für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bzw. deren Familien und für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund sollten dagegen generell verbessert werden. Spezialisiert sind hier nur ca. ein Drittel der Beratungsstellen, die Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten, und in ungefähr der Hälfte der ländlichen und in jeder fünften städtischen Region gibt es keine speziellen Beratungsangebote für diese Zielgruppen (Kapitel 3.3.3).

Auch wenn pflegebedürftige Kinder und Jugendliche nur ca. 3 % der Pflegebedürftigen ausmachen (Statistisches Bundesamt, 2017), hat diese Zielgruppe bzw. deren Angehörige meist sehr komplexe Bedarfe, die in einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI adressiert werden könnten. Nur ca. 1 % der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erhält von dieser Zielgruppe gar keine Anfragen (Kapitel 4.5). In den Ergebnissen zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI zeigt sich ebenfalls, dass eine Qualifizierung hinsichtlich dieser Zielgruppe notwendig ist, da minderjährige Pflegebedürftige (bzw. deren Familien) zu verschiedenen Themen und Leistungen des SGB XI seltener beraten werden (Kapitel 7.4.3).

Bei immer älter werdenden Generationen von Einwandererinnen und Einwanderern, z. B. aus den 1960er Jahren, ist absehbar, dass sich diese Zielgruppe unter den Pflegebedürftigen vergrößern wird. Deshalb sollte auch das spezifische Pflegeberatungsangebot für Menschen mit Migrationshintergrund durch Spezialisierung vorhandener oder Aufbau neuer Beratungsstellen verbessert werden (Kapitel 3.3.3 und 4.5). In der vorliegenden Evaluation ist nur ein Drittel der befragten Beratungsstellen auf diese Zielgruppe spezialisiert und auch in einem Fünftel der städtischen Regionen gibt es keine solchen Beratungsangebote (Kapitel 3.3.3). Zudem erleben über die Hälfte der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zumindest manchmal Sprachbarrieren und fast 40 % berichten auch von kulturellen Barrieren in der Beratung (Kapitel 4.4.5). Um das Angebot dem tatsächlichen Bedarf der pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund anzupassen, ist es erforderlich zu berücksichtigen, welche Migrationsgruppen (zukünftig) einen erhöhten Bedarf haben – dabei kann es auch regionale Unterschiede in den relevanten Migrationsgruppen geben.

Für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen scheint das Beratungsangebot insbesondere im ländlichen Bereich nicht ausreichend zu sein. Da diese Zielgruppe häufig in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt wird (Gutzmann et al., 2017), könnte man davon ausgehen, dass seltener eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI benötigt wird. Allerdings macht die Zielgruppe immerhin fast 10 % des Beratungsaufkommens der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater aus (Kapitel 4.5), so dass durchaus ein Bedarf für entsprechende Anlaufstellen oder Spezialisierungen besteht. Auch für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die ca. 16 % des Beratungsaufkommens der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ausmachen, ist insbesondere im ländlichen Bereich das Beratungsangebot noch ausbaufähig (Kapitel 3.3.3 und 4.5).

Insgesamt zeigen sich Defizite in den Angebotsstrukturen insbesondere für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bzw. deren Angehörige und für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund. Auch das Beratungsangebot für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Behinderungen sollte – insbesondere im ländlichen Raum – verbessert werden. Wenn bestimmte Angebote ausgebaut werden sollen, muss neben den spezifischen Bedarfen aber auch berücksichtigt werden, dass die Zugänglichkeit der Beratung für diese Zielgruppen möglicherweise ebenfalls erschwert ist (Kapitel 3.4.3.3). Nur weil ein Angebot vorhanden ist, heißt es nicht, dass es auch in Anspruch genommen wird, was insbesondere für die Zielgruppe pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bzw. deren Angehörige zutrifft, da sich die meisten Beratungsstellen in der Öffentlichkeitsarbeit primär an ältere Menschen richten.

8.1.3 Inanspruchnahme, Umfang und Modalität der Beratungen

Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Jahr 2018 liegt laut den Sekundärdaten der Pflegekassen bei ca. 5 % der Leistungsbeziehenden, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Pflegekassen zeigen. Bei manchen nehmen nur 1 % der Leistungsbeziehenden und bei manchen sogar 19 % dieses Beratungsangebot wahr (Kapitel 3.1.2). Diese große Variabilität spricht zusammen mit mehreren Hinweisen aus den Sekundärdaten, aus der Online-Befragung der Pflegekassen und den Fokusgruppen (Kapitel 3.1.1) für eine unterschiedliche Auslegung und Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei verschiedenen Pflegekassen. Nach diesen Ergebnissen scheinen insbesondere die Kriterien dafür, wann eine Beratung als eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI angesehen wird, und die Interpretation, wann eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI über einen Beratungsgutschein nach § 7b Abs. 1 Nr. 2 GB XI durchgeführt wird, zu variieren. Allerdings ist auch der Gesetzestext nicht eindeutig formuliert und die Vielzahl an gesetzlichen Änderungen bezüglich der Beratungsleistungen im SGB XI könnte zu den unterschiedlichen Auslegungen der Pflegekassen beigetragen haben (Kapitel 1.1).

Durch die unterschiedliche Auslegung der Pflegekassen kann sich eine Vielfalt im Beratungsangebot nach § 7a SGB XI entwickeln, die möglich und unproblematisch ist, sofern die Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2020) eingehalten werden. Allerdings führt dies dazu, dass die Sekundärdaten der Pflegekassen zur Inanspruchnahme und dem Beratungsgeschehen nicht eindeutig definiert und dadurch schwer interpretierbar sind. Die unterschiedliche Auslegung des § 7b Abs. 1 Nr. 2 SGB XI führt in der vorliegenden Evaluation sogar dazu, dass die Daten der Pflegekassen inkonsistent und nicht auswertbar sind (Kapitel 2.1.1). Wenn die Sekundärdaten der Pflegekassen eindeutig und aussagekräftig das Beratungsgeschehen beschreiben sollen, sind einheitliche Definitionen für die Dokumentation der Beratungsfälle erforderlich.

Aufschluss über den Umfang des Beratungsgeschehens im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI geben die Angaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Demnach führt eine Beraterin bzw. ein Berater ca. 36 Beratungsgespräche in vier Wochen durch, wovon ca. zwei Drittel Erstberatungen und damit vermutlich aufwendigere Beratungsgespräche sind (Kapitel 4.2.2). Diese Erstberatungen nehmen, laut Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, inklusive Vorbereitung, Dokumentation und Nachbereitung ungefähr drei bis vier Stunden in Anspruch (Kapitel 4.2.3), wobei die Fahrtzeiten zu Hausbesuchen nicht berücksichtigt sind. Erstberatungsgespräche stellen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vermutlich sehr umfangreiche Gespräche dar, da z. B. auch erstmalig ein Versorgungsplan erstellt wird und sie zu mindestens zwei Dritteln im Hausbesuch stattfinden (Kapitel 4.3.1 und 5.3.1). Andere darauffolgende

Beratungsgespräche sind dagegen vermutlich häufig kürzer und werden auch häufiger telefonisch geführt (Kapitel 5.3.3).

Fazit und
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Bei durchschnittlich 24 Erstberatungen pro Monat ergeben sich rechnerisch 288 neue Beratungsfälle pro Jahr für eine Pflegeberaterin bzw. einen Pflegeberater. Diese Zahl steht im deutlichen Widerspruch zu den ca. 103 Beratungsfällen pro Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater, die von den Pflegekassen in den Sekundärdaten berichtet wurden (Kapitel 3.1.4). Die Wahrheit wird vermutlich dazwischenliegen. Bei der Interpretation dieser Diskrepanz spielt auch die unterschiedliche Auslegung der Pflegekassen, wann eine Beratung eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist, eine Rolle (Kapitel 3.1.1 und 3.2). Dadurch ergeben sich Unterschiede, welche und wie viele Beratungsfälle bei den Pflegekassen als Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI dokumentiert werden.

Auch wenn die Anzahl an Beratungsgesprächen pro Beraterin bzw. Berater relativ hoch erscheint, berichten die Beraterinnen und Berater keine besonders hohe zeitliche Belastung (Kapitel 4.3.3). Personalengpässe sehen immerhin 40 % der Befragten als Herausforderung (Kapitel 4.4.5). Entlastend mag wirken, dass nur ca. 13 Personen im Monat im Rahmen eines Fallmanagements betreut werden, was wiederum zeigt, dass nicht jede Beratung nach § 7a SGB XI ein Fallmanagement erfordert (Kapitel 4.2.2). Auch 30 % bis 40 % der Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beschreiben die bewerteten Beratungsgespräche nicht mit Fallmanagementcharakteristiken, wie z. B. einer aktiven Unterstützung bei Entscheidungsfindung oder einer Kontaktherstellung zu relevanten Akteuren (Kapitel 5.4.2). Demnach scheinen nicht alle Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durch ein Fallmanagement gekennzeichnet zu sein. Trotzdem sprechen die Zahlen dafür, dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater einen Großteil ihrer Arbeitszeit mit Beratungsgesprächen verbringen (Kapitel 4.1.4), was möglicherweise zulasten anderer notwendiger Aufgaben, wie der Netzwerk- oder Öffentlichkeitsarbeit, gehen könnte.

Hausbesuche werden von ca. 90 % der PSP und befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Rahmen einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI angeboten. Die tatsächliche Umsetzung der Beratungsgespräche findet übereinstimmend jeweils ungefähr zur Hälfte in der Häuslichkeit der Betroffenen und telefonisch statt (Kapitel 4.2.1 und 5.3.1). Im PSP werden davon abweichend auch ca. ein Drittel der Gespräche in der Beratungsstelle und entsprechend weniger Hausbesuche durchgeführt (Kapitel 5.3.3). Von den Erstberatungen finden nach Angaben der Erstantragstellenden und der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sogar 66 % bis 86 % im Hausbesuch statt (Kapitel 4.3.1 und 5.3.1). Die Vorgaben zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bezüglich Hausbesuchen des GKV-Spitzenverbandes (2020) werden demnach größtenteils umgesetzt. Die personelle Kontinuität bei den Beratungsgesprächen scheint sowohl aus Sicht der Beraterinnen und Berater als auch aus Nutzerperspektive meistens gegeben (Kapi-

tel 4.4.1 und 5.4.2): Über 90 % der Beraterinnen und Berater stehen persönlich für eine weitere Kontaktierung zur Verfügung und ungefähr 80 % der Nutzerinnen und Nutzer stehen im Beratungsverlauf immer mit derselben Person in Kontakt. Trotzdem wünschen sich immerhin ein Drittel der Nutzerinnen und Nutzer eine noch stärkere personelle Kontinuität (Kapitel 5.5.5).

8.1.4 Beratungsgeschehen

In der Zusammenschau der Ergebnisse werden die Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2020) mehrheitlich umgesetzt. Dennoch scheint es insbesondere hinsichtlich des Einsatzes von Versorgungsplänen, Leitfäden und der Nutzung von Weiterbildungsmöglichkeiten noch Verbesserungspotenzial zu geben.

8.1.4.1 Beratungsinhalte

Die Ergebnisse zeigen übereinstimmend aus Nutzer- und Beratersicht, dass vor allem die Klärung von Leistungsansprüchen und die Entlastung von pflegenden Angehörigen im Vordergrund der Beratungsgespräche stehen (Kapitel 4.3.1 und 5.3.4). Zudem spielen die Hilfestellung bei der Antragstellung und die Vorbereitung auf die MDK-Begutachtung häufig eine Rolle. Eher selten geht es um Leistungsansprüche außerhalb des SGB XI, Widersprüche, Selbsthilfeangebote oder um eine Weitervermittlung an andere Beratungsstellen. Die von den Ratsuchenden berichteten Gründe der Inanspruchnahme decken sich mit den berichteten Beratungsthemen (Kapitel 5.3.2), so dass davon auszugehen ist, dass die Beratungsbedarfe durch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI größtenteils gedeckt werden. Beratungsgespräche im PSP beinhalten dabei eher Themen vor Leistungsanspruchnahme (z. B. Hilfe bei der Antragstellung, Vorbereitung der MDK-Begutachtung; Kapitel 5.3.4).

Über 90 % der Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater liegt das MDK-Gutachten, sofern dieses bereits vorhanden ist, für das Beratungsgespräch vor, während die Ergebnisse aus einem ggf. vorherig stattgefundenen Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI nur in ca. 60 % der Fälle vorliegen. Nur in ungefähr einem Fünftel der Gespräche werden die Ergebnisse der Beratungseinsätze in ausführlichem oder mittlerem Umfang besprochen (Kapitel 4.3.1). Aufgrund der geringen Fallzahl an bewerteten Beratungsgesprächen, bei denen im Vorfeld ein Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI stattfand, sollten diese Ergebnisse jedoch vorsichtig interpretiert werden. Es bleibt abzuwarten, ob mit der Einführung von Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation gemäß § 37 Abs. 5a SGB XI im Jahr 2020 ein Einbezug von Erkenntnissen aus vorherigen Beratungsbesuchen vereinfacht und damit verstärkt wird (Kapitel 1.1.4.2).

Der Versorgungsplan wird in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von fast allen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern (ca. 95 %) zeitnah nach oder noch während des Erstberatungsgesprächs erstellt (Kapitel 4.3.2). Ausführlich werden vor allem Verantwortlichkeiten, die Zeitpunkte, wann der Versorgungsplan erneut überprüft werden soll, der Unterstützungsbedarf, die Entlastung von Angehörigen, die Situation der Betroffenen sowie die erforderlichen pflegerischen und medizinischen Maßnahmen dokumentiert. Eher selten geht es um gesundheitsfördernde oder präventive Maßnahmen, soziale Hilfen und Sozialleistungen sowie rehabilitative Maßnahmen. Die große Mehrheit (über 90 %) der Versorgungspläne wird standardisiert erstellt. Trotzdem wird der Versorgungsplan nur in der Hälfte der Fälle nach dem Gespräch an die Betroffenen ausgehändigt. Nach Angaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater liegt dies in der Mehrheit der Fälle daran, dass die Ratsuchenden den Versorgungsplan nicht erhalten wollen. Möglicherweise spielt jedoch auch die Tatsache eine Rolle, dass der Versorgungsplan in der Beratungssituation noch nicht für die Aushändigung zur Verfügung steht, sondern erst im Anschluss an das Gespräch erstellt wird. Auf einer Zusendung bestehen dann vermutlich nur wenige Ratsuchende. Die Befragung der Nutzerinnen und Nutzer zeigt zudem, dass von den wenigen, die einen Versorgungsplan erhalten, fast ein Drittel diesen ohne weiteren Verwendungszweck ablegt (Kapitel 5.4.3). Diese Ergebnisse der Evaluation deuten darauf hin, dass zwar ausführlich und gut dokumentiert wird, dass der Versorgungsplan aber im weiteren Beratungsverlauf – zumindest von den Ratsuchenden – oft nicht genutzt wird. Die Inhalte der Versorgungspläne, insbesondere bezüglich der Klärung von Verantwortlichkeiten, Zeithorizonten und Maßnahmen, sprechen dagegen für eine hohe Relevanz sowohl für die Betroffenen als auch für die Beraterinnen und Berater. Es sollte daher geprüft werden, ob der praktische Nutzen der Versorgungspläne für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen durch eine entsprechende Gestaltung und Erläuterung gesteigert werden kann. Ferner dürften beide Seiten von einer gemeinsamen Arbeit am Versorgungsplan und einer besseren Einbindung der Betroffenen bei der Erstellung und Anpassung im Verlauf der Pflegebedürftigkeit (auch im Sinne eines Empowerments der Ratsuchenden) profitieren.

8.1.4.2 Einbezug pflegender Angehöriger

Die Vorgaben zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bezüglich des Einbezugs pflegender Angehöriger des GKV-Spitzenverbandes (2020) werden größtenteils umgesetzt. Schon die Beratungsthemen zeigen sowohl aus Berater- als auch aus Nutzersicht, dass die Bedürfnisse und die Entlastung pflegender Angehöriger bei den meisten Gesprächen thematisiert werden. Bei über 80 % der Erstberatungen wurde die Entlastung pflegender Angehöriger aus Sicht der Beraterinnen und Berater besprochen (Kapitel 4.3.1). Aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer geht es in ungefähr der Hälfte der Beratungsgespräche um Themen, die pflegende Angehörige betreffen, z. B. Informationen zum Entlastungsbetrag oder zur Kurzzeitpflege (Kapitel 5.3.4).

Auch werden bei den Pflegeberatungsgesprächen nach § 7a SGB XI in über der Hälfte der Fälle Angehörige hinzugezogen. In ca. 15 % bis 20 % der Gespräche findet die Beratung sogar ausschließlich mit Angehörigen statt (Kapitel 4.2.2 und 5.4.1).

Aufbauend auf diesen Ergebnissen kann geschlussfolgert werden, dass die Belange pflegender Angehöriger meistens in den Pflegeberatungsgesprächen thematisiert werden, auch wenn bisher das Einverständnis der Pflegebedürftigen vorliegen muss, damit diese in die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eingebunden werden können.

8.1.4.3 Qualität der Beratung

In den Daten der Evaluation bestätigt sich eine sehr hohe Qualität der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, die auch schon in vorangegangenen Untersuchungen berichtet wurde (Klie et al., 2012; Böttcher & Buchwald, 2016; Michell-Auli et al., 2017; Schneekloth et al., 2017). Sowohl die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als auch die Nutzerinnen und Nutzer schätzen den Nutzen der Pflegeberatung für die Pflegesituation als sehr hoch ein (Kapitel 4.4.1 und 5.5). Dabei ist nicht nur die allgemeine Zufriedenheit mit der Beratung hoch, sondern auch die Wirksamkeit wird überwiegend positiv bewertet, d. h., ungefähr 90 % der Nutzerinnen und Nutzer wissen nach einer Pflegeberatung, was als Nächstes zu tun ist, und denken, dass die Pflegesituation durch die Pflegeberatung besser organisiert ist. Zu bedenken ist bei diesen Angaben jedoch, dass eine Wirksamkeitsbeurteilung mit einem querschnittlichen Design nicht abschließend möglich ist (Kapitel 8.3.1). Zudem muss beachtet werden, dass in diesen Stichproben vermutlich eine Selektion hinsichtlich besonders engagierter Beraterinnen und Berater und zufriedener Ratsuchender vorliegt (Kapitel 8.3.3). Trotzdem ist davon auszugehen, dass in den meisten Fällen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI positiv wahrgenommen wird. Auch schätzen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ihre eigene Beratungskompetenz als hoch ein (Kapitel 4.4.4).

Die Nutzerinnen und Nutzer haben zudem zu über 90 % das Gefühl, neutral und unabhängig beraten zu werden (Kapitel 5.5.1). Die Angaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater lassen ebenfalls in den meisten Fällen auf eine unabhängige Beratung schließen (Kapitel 4.4.3). Zum Beispiel sagen nur 2 % der Beraterinnen und Berater, dass sie die Ratsuchenden nicht darüber aufklären, für wen sie arbeiten (z. B. Pflegekasse, Dienstleister einer Pflegekasse oder PSP). Allerdings empfiehlt immerhin ein Fünftel der Beraterinnen und Berater konkrete Anbieter, ohne dafür eine Begründung oder eine Quelle (z. B. Pflegenoten) zu nennen. Ebenfalls ein Fünftel der bei der Pflegekasse angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater kann auch Entscheidungen zur Leistungsgewährung treffen, was einer unabhängigen Beratung entgegenstehen kann.

Trotz der hohen Qualität des Beratungsgeschehens sehen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sich mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert (Kapitel 4.4.5).

Neben dem – dem zum Zeitpunkt der Datenerhebung vorherrschenden Mangel an Leistungserbringern geschuldeten – Problem, passende Anbieter für Leistungen zu finden, werden datenschutzrechtliche Vorschriften, die Kenntnis lokaler Strukturen bei großen Einzugsgebieten, Sprachbarrieren und Konfliktsituationen von ungefähr der Hälfte der Beraterinnen und Berater zumindest manchmal als Herausforderung angesehen. Personalengpässe und kulturelle Barrieren sehen ca. 40 % zumindest manchmal als problematisch in ihrem Beratungsalltag an. Für manche dieser Herausforderungen könnten Weiterbildungen oder Austauschmöglichkeiten Abhilfe schaffen (Datenschutz, sprachliche und kulturelle Barrieren). Andere deuten auf eine hohe Arbeitslast hin (großes Einzugsgebiet, Personalengpässe).

Weiterbildungsmaßnahmen oder regelmäßige Austauschmöglichkeiten stehen fast allen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zur Verfügung (Kapitel 3.1.4 und 4.4.2). Die Hälfte ist jedoch nicht in speziellen Problemlösetechniken, die ihnen bei konkreten Konfliktsituationen in den Beratungssituationen helfen könnten, geschult (Kapitel 4.4.6). Dabei nutzen Beraterinnen und Berater in PSP sowohl Weiterbildungs- und Austauschmöglichkeiten als auch Schulungen zur Problemlösung häufiger. Insgesamt scheinen das Angebot und die Nutzung an Weiterbildungen weit verbreitet, wobei aber Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bei Pflegekassen oder Dienstleistern seltener daran teilnehmen.

Um eine hohe Qualität in der Beratung zu gewährleisten, spielen zudem Qualitätssicherungsmaßnahmen und Leitfäden zur Strukturierung der Beratungsgespräche eine Rolle. Der Einsatz dieser Maßnahmen sollte verstärkt werden, da ein Fünftel der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater gar keine Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. in Form von Auswertungen oder Handbüchern) nutzen und nur ungefähr die Hälfte der Befragten regelhaft zur Strukturierung der Gespräche einen Leitfaden einsetzen (Kapitel 4.4.2).

8.1.5 Zugänglichkeit und Öffentlichkeitsarbeit

Der zentrale Weg, über den die Anspruchsberechtigten vom Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfahren, ist nach den vorliegenden Ergebnissen, wie schon im Evaluationsvorhaben von Klie et al. (2012), die Information der Pflegekasse. Von denjenigen, die Kenntnis von dem Pflegeberatungsangebot haben, haben 75 % bis 100 % über ihre Pflegekasse davon erfahren (Kapitel 5.2.1). Damit hat sich die Information durch die Pflegekasse in den letzten Jahren verbessert – bei Klie et al. (2012) waren es noch 40 %, die angaben, nicht von ihrer Pflegekasse informiert worden zu sein. Die gesetzliche Vorgabe, die Anspruchsberechtigten zeitnah nach der Antragstellung über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu informieren, wird dabei von den befragten Pflegekassen eingehalten (Kapitel 3.4.1). Einschränkend muss allerdings beachtet werden, dass nur ca. ein Drittel aller Pflegekassen an der Befragung teil-

genommen hat und diese möglicherweise engagierter in der Pflegeberatung sind als die nicht teilnehmenden Pflegekassen (Kapitel 8.3.2). Bereits bei den teilnehmenden Pflegekassen variiert der Umfang, in dem über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufgeklärt wird (Kapitel 3.4.1). Dass ca. 30 % der Nutzerinnen und Nutzer sich mehr Informationen wünschen, deutet an, dass noch Verbesserungspotenzial bei manchen Pflegekassen besteht (Kapitel 5.5.5).

Nur ein Drittel der befragten Pflegekassen, die sich selbst als Anlaufstelle für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI benannt haben, nennt in der Erstinformation der Versicherten eine Ansprechperson und nur 11 % machen einen konkreten Terminvorschlag – beides ist jedoch gesetzlich vorgeschrieben. Die Nennung einer Ansprechperson kann einen niedrigschwelligen Zugang zur Pflegeberatung darstellen. Aufgrund von Personalfuktuationen und Erreichbarkeit konkreter einzelner Personen ist dies aber möglicherweise schwer für die Pflegekassen umzusetzen. Es sollte jedoch die Kontaktmöglichkeit zu einer Stelle genannt werden, bei der ohne eine umständliche Weitervermittlung oder ein Callcenter die Erreichbarkeit der richtigen Ansprechpersonen gewährleistet ist. Eine Bereithaltung von Terminen kann dagegen bei einer unsicheren Inanspruchnahme auch als nicht praktikabel und ineffizient bewertet werden. Auch zeigen die Ergebnisse der Evaluation, dass für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ein Termin für alle Beratungsmodalitäten in spätestens sieben Tagen möglich ist (Kapitel 4.2.2), so dass eine zeitnahe Beratung nach Anfrage für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch ohne Terminvorschlag gewährleistet zu sein scheint. Zudem berichten auch die Nutzerinnen und Nutzer von keinen größeren Problemen oder Verzögerungen bei der Terminvergabe (Kapitel 5.2.3).

Die Pflegekassen unterscheiden sich jedoch in der Ausführlichkeit, mit der die Versicherten über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI informiert werden, und darin, wie einfach eine Versicherte oder ein Versicherter den Kontakt zu einer Pflegeberaterin bzw. einem Pflegeberater herstellen kann (Kapitel 3.4.1). Der effektivste Weg zu einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist laut den Ergebnissen die schriftliche Interessenbekundung an die jeweilige Pflegekasse, da die Betroffenen anschließend zu ca. 90 % direkt von den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zurückgerufen werden (Kapitel 3.4.1).

8.1.5.1 Öffentlichkeitsarbeit

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Informationspflicht setzen sowohl die Pflegekassen als auch die befragten Beratungsstellen zum Thema Pflege sehr viele Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ein, um das Angebot der Pflegeberatung (allgemein und nach § 7a SGB XI) bekannter zu machen (Kapitel 3.4.1.2 und 3.4.2). Allerdings werden nur drei der eingesetzten Mittel von über der Hälfte der Beratungsstellen als effektiv bewertet: Veröffentlichungen, eine eigene Webseite und persönliches Vorstellen bei

für die Beratungsstelle relevanten Akteuren. Vor allem zeitliche und personelle Ressourcen stehen der Nutzung dieser Mittel im Wege – bei den Veröffentlichungen stehen auch begrenzte finanzielle Mittel einer stärkeren Nutzung entgegen. Die im Rahmen der Evaluation durchgeführten Recherchen zu den PSP bestätigen, dass der Webauftritt der PSP teilweise nur schwer und nur über die Verlinkung von oder Auflistungen auf z. B. kommunalen Webseiten oder Webseiten von Landesministerien zu finden ist, was auch in den Diskussionen der Fokusgruppen als problematisch thematisiert wurde (Kapitel 3.4.2). Auch auf den Webseiten der Pflegekassen ist das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht immer einfach zu finden. Sofern dies so umgesetzt wird, wäre zudem eine bessere Sichtbarkeit der Geschäftsstellen als Beratungsstellen, die eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, hilfreich für die Betroffenen.

8.1.5.2 Multiplikatoren und Zuweisung

Ein weiterer Weg, um Betroffene auf das Angebot einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufmerksam zu machen, sind Multiplikatoren – d. h. Verweise auf das Angebot durch Akteure, die selbst keine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass eine solche Zuweisung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verbesserungsbedürftig ist (Kapitel 5.5.5 und 6.3.2). Die Nutzerinnen und Nutzer wünschen sich vorwiegend mehr Informationen zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von Ärztinnen bzw. Ärzten, von Krankenhäusern, von Pflegeeinrichtungen und -diensten, von der MDK-Gutachterin bzw. dem MDK-Gutachter und von kommunalen Anlaufstellen (Kapitel 5.5.5). Die Zuweisung durch den MDK funktioniert laut Angaben der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bereits gut (Kapitel 6.3.2). Insgesamt wird in ungefähr 8 % der MDK-Gutachten eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI direkt empfohlen. Nach Informationen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater kommen auch ca. 30 % der Erstberatungen, bei denen das MDK-Gutachten bereits vorlag, aufgrund einer Empfehlung des MDK zustande (Kapitel 4.3.1). Trotzdem könnte eine Aufklärung über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verstärkt Teil der Begutachtung sein.

Bereits bei den Inhalten der Beratungsgespräche nach § 7a SGB XI zeigt sich, dass die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI nur eine untergeordnete Rolle spielen (Kapitel 4.3.1). Auch wenn ungefähr 40 % der erfassten Erstberatungen nach § 7a SGB XI, bei denen im Vorfeld ein Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI stattfand, aus diesem resultieren, wird diese Zuweisung zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als verbesserungsbedürftig eingeschätzt (Kapitel 6.3.2). Die Befragung der Pflegegeldbeziehenden zeigt hier, dass ca. 70 % bereits über weitere Beratungsmöglichkeiten im Rahmen der Beratungsbesuche aufgeklärt werden. Jedoch erhalten nur 16 % bis 19 % der Betroffenen konkrete Hinweise auf PSP oder das Pflegeberatungsangebot der Pflegekassen (Kapitel 7.4.3). Durch die Änderungen mit dem PpSG zum 01.01.2019 können Beratungspersonen den Pflegekassen auch ohne Einverständnis der Betroffenen mitteilen, dass sie eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

empfehlen (Kapitel 1.1.4). Dies könnte bereits dazu führen, dass während der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI verstärkt über das Beratungsangebot informiert wird und häufiger eine Pflegeberatung § 7a SGB XI aus den Beratungsbesuchen folgt.

Ärztinnen bzw. Ärzte und Krankenhäuser werden häufig als potenzielle Multiplikatoren genannt (Kapitel 3.4.3.3, 5.5.5, 6.3.2), wobei insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nach den Erfahrungen von Beratungsstellen und Beraterinnen bzw. Beratern besonders selten an die Pflegeberatung verweisen. Eine stärkere Einbindung des Entlassmanagements der Krankenhäuser und von niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten könnte demnach die Bekanntheit des Angebots verbessern. Gerade beim Entlassmanagement bietet sich eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern bei neu eingetretener Pflegebedürftigkeit an.

Ein weiterer potenziell starker Multiplikator ist sowohl aus Nutzerperspektive als auch aus Sicht der Beratungsstellen das soziale Umfeld der Betroffenen (Kapitel 5.5.5). Diese Mund-zu-Mund-Propaganda kann aber erst ihre Wirkung entfalten, wenn die Information bei einer Vielzahl an Betroffenen angekommen ist. Gerade hier könnte eine bessere Streuung von kassenübergreifendem Informationsmaterial seitens des BMG oder des GKV-Spitzenverbandes bei Ärztinnen und Ärzten bzw. in Krankenhäusern die Bekanntheit des Angebots bei Personen an diesen Schnittstellen erhöhen. Auch können z. B. Informationsveranstaltungen bei Arbeitgebern oder öffentliche Kampagnen (z. B. mit Plakaten im öffentlichen Raum) die Bekanntheit des Angebots unter Personen, die bzw. deren Angehörige bisher noch nicht von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, fördern.

8.1.6 Kenntnis des Beratungsangebots und Beratungsbedarf

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist ein umfassendes Beratungsangebot, das nicht von allen Anspruchsberechtigten benötigt wird. Daher lässt die Inanspruchnahmerate, die im Mittel bei 5 % liegt (Kapitel 3.1.2), keinen unmittelbaren Schluss auf einen gedeckten oder ungedeckten Beratungsbedarf zu. Vielmehr sollten dazu die Kenntnis des Angebots und der wahrgenommene Beratungsbedarf unter den potenziellen Nutzerinnen und Nutzern betrachtet werden.

Unter den befragten Erstantragstellenden sehen fast zwei Drittel keinen aktuellen Beratungsbedarf. Das andere Drittel äußert einen Beratungsbedarf (ca. 17 %) oder ist sich nicht sicher, ob ein Bedarf besteht (Kapitel 5.2.2). Unter den Befragten, die das Angebot der Pflegeberatung nicht genutzt haben, ist zwar der häufigste Grund der Nichtnutzung der fehlende Beratungsbedarf, dieser wird aber nur von 40 % der Personen genannt (Kapitel 5.2.2). Wenn also mindestens 17 % der Betroffenen einen Beratungsbedarf haben und nur ca. 40 % die Pflegeberatung aufgrund des nicht vorhandenen Bedarfs nicht nutzen, ist davon auszugehen, dass in einem nicht unerheblichen Anteil

der Anspruchsberechtigten noch ein ungedeckter Beratungsbedarf vorliegt. Gleichzeitig zeigt der Evaluationsbericht aber, dass die Bekanntheit des Angebots gestiegen ist: Nur ungefähr ein Viertel der Personen, die bisher keine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, kennt das Angebot nicht (Kapitel 5.2.2). In den letzten Untersuchungen kannten noch 30 % bis 50 % das Angebot nicht (Klie et al., 2012; Eggert & Vähjunker, 2015; Böttcher & Buchwald, 2016; Schneekloth et al., 2017).

Bei den Gründen der Nichtnutzung zeigt sich zudem deutlich die Bedeutung der Information durch die Pflegekassen. Unter allen Befragten begründen nur ungefähr jeweils 10 % die Nichtnutzung des Beratungsangebots damit, dass man den Nutzen der Pflegeberatung nicht kennt oder man nicht wusste, wohin man sich für eine Inanspruchnahme wenden sollte. Wie oben erwähnt, geben ungefähr 40 % zudem einen fehlenden Bedarf und ca. 25 % die Unkenntnis des Angebots als Grund der Nichtnutzung an. Wenn die Betroffenen jedoch nicht durch ihre Pflegekassen informiert werden, wissen sie seltener, wohin sie sich für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wenden sollen (ca. 15 %). Der fehlende Bedarf ist nur für ungefähr 14 % ein Grund der Nichtnutzung und sogar drei Viertel der Personen, die nicht von ihrer Pflegekasse informiert werden, wissen gar nicht von dem Beratungsangebot (Kapitel 5.2.2).

Es zeigen sich im Evaluationsvorhaben auch bestimmte Zielgruppen, die von der Beratungsmöglichkeit nicht erfahren oder hohe Barrieren haben, diese in Anspruch zu nehmen. Ungefähr 8 % der Nichtnutzerinnen und Nichtnutzer einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI kennen das Angebot nicht und haben gleichzeitig häufiger einen Bedarf für eine Pflegeberatung (Kapitel 5.2.2): Während unter allen Betroffenen ca. 17 % einen aktuellen Beratungsbedarf haben, besteht in dieser Teilgruppe zu einem Drittel ein offener Beratungsbedarf. In den Fokusgruppen wurde zudem berichtet, dass Menschen mit Migrationshintergrund schlecht erreicht würden (Kapitel 3.4.3.3). Auch die Ergebnisse zu den Angebotsstrukturen legen nahe, dass vor allem für Menschen mit Migrationshintergrund und pflegebedürftige Kinder und Jugendliche bzw. deren Angehörige spezialisierte Anlaufstellen und Beraterinnen und Berater fehlen (Kapitel 3.3.3 und 4.5).

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Anspruchsberechtigte einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zwar im Vergleich zu früheren Untersuchungen besser erreicht werden und das Angebot auch meist als zugänglich eingeschätzt wird. Es gibt jedoch bestimmte Zielgruppen, die schwer erreichbar sind. Die Information durch die Pflegekasse nimmt hier eine Schlüsselrolle ein: Wenn diese den Betroffenen nicht vorliegt oder von ihnen nicht wahrgenommen wird, ist die Informiertheit und Zugänglichkeit der Beratung deutlich schlechter.

8.1.7 Vernetzung

Zur Gewinnung von Multiplikatoren und zur Bekanntmachung des Angebots der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, aber auch für die Durchführung der Pflegeberatung sind die Vernetzung vor Ort und die Netzwerkarbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater essenziell. So beschreibt auch die Richtlinie zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2020), dass die Vernetzung vor Ort Teil der Arbeitsaufgaben einer Pflegeberaterin bzw. eines Pflegeberaters ist (Kapitel 1.1.1.2). Jedoch ist die Netzwerkarbeit in den Aufgabenbeschreibungen bei ca. einem Viertel der angestellten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater nicht als Arbeitsaufgabe benannt und nur für 9 % der Beraterinnen und Berater ist ein konkreter Prozentsatz der Arbeitszeit dafür vorgesehen (Kapitel 6.2). Für Beraterinnen und Berater in PSP wird die Netzwerkarbeit dagegen nur bei 10 % nicht als Arbeitsaufgabe benannt und für immerhin ein Drittel ist ein fester Prozentsatz der Stelle dafür vorgesehen.

Der stärkere Schwerpunkt der Netzwerkarbeit bei Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern in PSP zeigt sich in mehreren Ergebnissen des Evaluationsberichts (z. B. Teilnahme an Austauschtreffen, Arbeitsumfang für Netzwerkfähigkeit; Kapitel 4.1.4 und 4.4.2). Dieser Unterschied ist auch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben sinnvoll, da der Aufgabenbereich der Netzwerkarbeit explizit im Gesetzestext des § 7c SGB XI aufgegriffen wird. Dennoch wäre es für die Arbeit in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wichtig, wenn für alle Beraterinnen und Berater transparent ist, dass Netzwerkarbeit Teil ihrer Arbeitsaufgaben ist. Der nötige Ausbau der Netzwerkarbeit wurde auch in früheren Untersuchungen bereits beschrieben (Klie et al., 2012; Michell-Auli, 2017; Braeseke et al., 2018).

Aus den Ergebnissen der Evaluation lässt sich schließen, dass es keine oder nur selten Netzwerkstrukturen gibt, die sich explizit mit dem Thema Pflegeberatung beschäftigen (Kapitel 6.3.1). Die relevanten Akteure treffen sich jedoch in bereits vorhandenen Netzwerkstrukturen. Während die Beraterinnen und Berater der PSP häufiger daran teilnehmen, scheinen die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen oder von Dienstleistern, die nicht in lokalen Beratungsstellen arbeiten, schlechter in die Netzwerke eingebunden zu sein (Kapitel 6.3.1 und 6.3.3). Die überregionale Zuständigkeit wird von ungefähr zwei Dritteln der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als Herausforderung für die Kenntnis der lokalen Strukturen genannt (Kapitel 4.4.5). Es könnte sein, dass den betroffenen Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern einerseits der Überblick fehlt, über welche Akteure sie Zugang zu lokalen Netzwerken erhalten, und andererseits die Zeit fehlt, sich in verschiedenen Regionen zu vernetzen.

Klare Verantwortlichkeiten, wer lokal ein Netzwerk für die Pflegeberatung aufbaut oder vorantreibt, und aktuelle Datenbanken zu den Angeboten vor Ort könnten diese Aufgabe

vereinfachen. Ein Beispiel für klare Ansprechpersonen sind die kommunalen Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren, die im Rahmen des Konzepts der Vernetzten Pflegeberatung in Sachsen und Sachsen-Anhalt tätig sind (Kapitel 3.3.2.13 und 3.3.2.14). In den Bundesländern mit eingerichteten PSP könnten die PSP diese Aufgabe übernehmen, auch da Vernetzungstätigkeiten explizit zu den Aufgaben der PSP gehören (Kapitel 1.1.3). Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass in Bundesländern mit einer geringen Dichte an PSP keine gute Voraussetzung für eine lokal gut aufgestellte Netzwerkarbeit besteht. Eine Möglichkeit wäre, dass die Kommune hier eine stärkere Rolle übernimmt und eine lokale Ansprechperson – ähnlich zu den Pflegekoordinatorinnen und Pflegekoordinatoren in Sachsen und Sachsen-Anhalt – bereithält. Die in den Rahmenverträgen zur Errichtung der PSP meist vorgesehene Arbeitsteilung zwischen Kommune und Pflegekassen sieht auch bereits häufig eine stärkere Fokussierung der Netzwerktätigkeit bei den Beraterinnen und Beratern, die bei der Kommune beschäftigt sind, vor (Kapitel 3.3.2). Hier könnten klarere Verantwortlichkeiten entweder im PSP oder seitens einer Ansprechperson im Sinne einer Pflegekoordinatorin oder eines Pflegekoordinators geschaffen werden, so dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen (und auch andere Beraterinnen und Berater), die nicht in lokalen Beratungsstellen arbeiten, eine klare Anlaufstelle für die lokalen Netzwerke haben.

Insgesamt findet bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vorwiegend informelle Netzwerkarbeit statt (Kapitel 6.3.2 und 6.3.3). Drei Viertel der Beraterinnen und Berater haben keine schriftlichen Vereinbarungen mit Stellen, mit denen sie bei fast allen Beratungsfällen zusammenarbeiten (Kapitel 6.3.2). Einen regelmäßigen Austausch in Form von Treffen mit Akteuren, mit denen häufig zusammengearbeitet wird, berichtet nur ein Fünftel der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Die Qualität der Zusammenarbeit bei konkreten Beratungsfällen wird jedoch meist als gut eingeschätzt (Kapitel 6.3.2). Wie schon bei den möglichen Multiplikatoren zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist jedoch auch hier die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft problematisch. Für die meisten anderen relevanten lokalen Akteure scheint die Zusammenarbeit bei konkreten Beratungsfällen dagegen besser zu funktionieren als die Zuweisung zum Beratungsangebot. Dieser gute Austausch zu konkreten Beratungsfällen könnte auch dafür genutzt werden, die jeweiligen Akteure über das Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI besser zu informieren, so dass mehr Multiplikatoren gewonnen werden. Insbesondere die Zuweisung durch Leistungserbringer, kommunale Stellen und andere lokale Beratungsstellen könnte und sollte auf diese Weise verbessert werden.

8.2 Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Die Ergebnisse des Evaluationsvorhabens zeigen eine regelmäßige Inanspruchnahme der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Sowohl laut Sekundärdaten der Pflege-

kassen als auch laut den Angaben der befragten Pflegegeldbeziehenden kommt es nur sehr selten zu Pflegegeldkürzungen oder zu Pflegegeldentzug, weil die verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht in Anspruch genommen wurden. Auf eine ganzjährig Pflegegeldbeziehende bzw. einen ganzjährig Pflegegeldbeziehenden kommen nach den Sekundärdaten der Pflegekassen 1,5 Beratungsbesuche. Angesichts von zwei (Pflegegrade 2 und 3) bzw. vier (Pflegegrade 4 und 5) jährlich vorgeschriebenen Beratungsbesuchen müsste sich aus den Sekundärdaten ein Wert von über zwei pro Kopf errechnen. Die tatsächliche Inanspruchnahme von Beratungsbesuchen durch Pflegegeldbeziehende liegt somit im Durchschnitt unter den gesetzlichen Vorgaben. Die Evaluationsergebnisse zeigen ferner, dass es in nennenswertem Umfang zu Verzögerungen beim Abruf der Beratungsbesuche kommt, da die betroffenen Pflegegeldbeziehenden zu ungefähr einem Viertel von der Pflegekasse an die Notwendigkeit der Termine erinnert werden und die Beratungsbesuche sich dadurch vermutlich zeitlich verschieben (Kapitel 7.4.2).

Ungefähr 30 % der befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater führen sowohl Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI als auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durch. Dies kann einerseits zu Abgrenzungsproblemen der beiden Beratungsformen führen und birgt andererseits die Chance, auch schwer erreichbare Pflegebedürftige, die jedoch den Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch nehmen müssen, für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu erreichen – sofern Bedarf besteht. Allerdings kann für die Beratungsperson selbst die Schwierigkeit bestehen zu bestimmen, wo die Leistung eines Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 SGB XI aufhört und wann eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beginnt.

8.2.1 Situationen mit nicht sichergestellter Pflege

Die Angabe, wie häufig eine Pflege als nicht sichergestellt eingestuft wird, unterscheidet sich danach, ob Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater oder Pflegegeldbeziehende befragt werden (Kapitel 7.3). Letztere berichten zu 99 %, dass die Pflege immer sichergestellt gewesen ist – wobei aber zu beachten ist, dass Personen, bei denen die Pflege nicht sichergestellt ist, möglicherweise seltener an einer Befragung teilnehmen. Aus den Angaben der Beraterinnen und Berater lässt sich dagegen schließen, dass bei ca. 7 % der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Pflege nicht sichergestellt ist. Dieser Wert ist jedoch deutlich höher als berichtete Anteile einer nicht sichergestellten Pflege aus Befragungen von Pflegediensten bzw. aus Sekundärdaten von Pflegekassen (Büscher et al., 2010a). Da die Information, dass die Pflege nicht sichergestellt ist, nur mit Einwilligung der Betroffenen übermittelt werden kann, ist eine Unterschätzung des Anteils in den Sekundärdaten jedoch wahrscheinlich. Auch Pflegedienste können ein Interesse daran haben, diese Meldung nicht weiterzugeben, um potenzielle Kundinnen und Kunden nicht zu verärgern. Dennoch sollte der Anteil von 7 % mit Vorsicht interpretiert wer-

den. Die befragten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater stellen hier eine sehr selektive Gruppe dar, die sowohl Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI als auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI durchführen (Kapitel 8.3.3).

Fazit und
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Die Angaben dieser Beratungspersonen geben jedoch Aufschluss über die Gründe einer nicht sichergestellten Pflege: Drei Viertel der Beraterinnen und Berater nennen die Überlastung der pflegenden Angehörigen als Grund für die nicht sichergestellte Pflege. Ungefähr die Hälfte gibt zudem eine fehlende Wohnraumanpassung, fehlende Hilfsmittel und eine Ablehnung der Pflege durch die pflegebedürftige Person als Grund einer nicht sichergestellten Pflege an (Kapitel 7.3). Von den wenigen Pflegegeldbeziehenden, bei denen es vorkam, dass die Pflege als nicht gesichert eingeschätzt wurde, kennt aber nur die Hälfte die Gründe dafür, was für eine unzureichende Kommunikation in diesen Fällen spricht (Kapitel 7.3).

8.2.2 Beratungsinhalte und Qualität

Ähnlich wie bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI spielt bei über 80 % die Klärung von Leistungsansprüchen und spielen sogar bei über 90 % Belastungen aufgrund der Pflegesituation eine Rolle in den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Kapitel 7.4.3). Trotzdem wird ungefähr ein Viertel bis ein Drittel der Betroffenen nicht über Angebote zur Entlastung der Pflegepersonen, wie Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege, aufgeklärt. Ungefähr die Hälfte erhält konkrete Hinweise zu pflegerischen Tätigkeiten. Die Betroffenen werden zu mindestens zwei Dritteln bei den Beratungsbesuchen auf weiterführende und umfassendere Beratungsangebote hingewiesen, was deutlich häufiger als bei einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist (vgl. Kapitel 4.3.1). Dieser Unterschied spiegelt die Grenzen der Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit wider - in einem umfassenden Beratungssetting nach § 7a SGB XI ist ein Weiterverweisen vermutlich seltener erforderlich. Die von den Pflegegeldbeziehenden berichteten Beratungsinhalte entsprechen weitestgehend den Vorgaben aus den Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI (GKV-Spitzenverband, 2018b). Durch die Anpassung der Empfehlung hinsichtlich der Möglichkeit, die Pflegekassen unabhängig von der Einwilligung der Beratenen über die Notwendigkeit einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu informieren, ist zu erwarten, dass die Weitervermittlung in diese Richtung zukünftig gesteigert wird (Kapitel 1.1.4).

Die bisherige Befundlage zur Qualität der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist heterogen (Büscher et al., 2010a; Büscher et al., 2010b; Jungnitz et al., 2017). Die beratenen Pflegegeldbeziehenden in der vorliegenden Evaluation bewerten sie mehrheitlich positiv. Die häufig formulierte Erwartung, dass sich die Pflegegeldbeziehenden kontrolliert fühlen oder von den Beratungspersonen der Pflegedienste dazu gedrängt werden, ambulante Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, wird von über 90 % der Befragten

nicht bestätigt (Kapitel 7.4.4). Letzteres kann jedoch auch an der generell hohen Auslastung der Pflegedienste im Zeitraum des Evaluationsvorhabens liegen. Über drei Viertel der Pflegegeldbeziehenden berichten, dass sie durch die Beratungsbesuche besser über ihre Leistungsansprüche Bescheid wissen und besser orientiert sind, wo sie weiterführende Hilfe- und Unterstützungsleistungen erhalten. Immerhin bei ca. 60 % haben die Beratungsbesuche zur Lösung von Problemen, zur Verbesserung der Pflegesituation und zur Verbesserung von Pflege Techniken beigetragen. Weiterhin werden – trotz der im Zeitraum des Evaluationsvorhabens hohen Auslastung der Pflegedienste – keine größeren Probleme bei der Organisation der Beratungsbesuche berichtet (Kapitel 7.4.2). Die Veränderungen des § 37 SGB XI durch das PpSG und die Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation gemäß § 37 Abs. 5a SGB XI zum Januar 2019 bzw. 2020 könnten zudem die Verschränkung der Beratungsbesuche mit dem Beratungsangebot nach § 7a SGB XI fördern (Kapitel 1.1.4.2).

8.3 Stärken und Limitationen

Die vorliegende Evaluation nach § 7a Abs. 9 SGB XI zu der Pflegeberatung und den Beratungsstrukturen nach § 7a SGB XI sowie zu den Beratungsbesuchen in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI hat verschiedene Stärken und Limitationen, die sich aus dem Design, den Stichproben sowie der Umsetzung der Befragungen und der vorhandenen Datenqualität ergeben.

8.3.1 Design

Das Design ist dafür ausgelegt, mit einer Kombination von einfachen Zufallsstichproben und dem Ansatz einer Klumpenstichprobe sowie der Analyse von Sekundärdaten der Pflegekassen repräsentative Aussagen zu gewährleisten. Um eine möglichst umfassende Perspektive auf das Beratungsgeschehen zu erhalten, wurden dabei Sichtweisen von unterschiedlichen Akteuren kombiniert. Alle für die Evaluation aufgeworfenen Fragestellungen werden somit von mehreren Seiten beleuchtet. Die Ergebnisse der vielfältigen Datenquellen (Befragungen der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, der Nutzerinnen und Nutzer, der Erstantragstellenden und Pflegegeldbeziehenden, Daten der Pflegekassen, umfangreiche Recherchen und Dokumentenanalysen sowie Erkenntnisse aus den Fokusgruppen) konnten so zu einem Gesamtbild integriert werden, so dass Schwächen einzelner Datenquellen möglichst durch Ergebnisse aus anderen Perspektiven ausgeglichen werden konnten.

Der Methodenmix von quantitativen und qualitativen Ansätzen hat dabei mehrere Vorteile. Einerseits konnten die quantitativen Erhebungsinstrumente auf Grundlage der qualitativen Erkenntnisse entwickelt werden, so dass sichergestellt wurde, dass alle relevan-

ten Aspekte abgefragt wurden. Andererseits konnten die quantitativen Ergebnisse durch Erkenntnisse aus den Fokusgruppen ergänzt und veranschaulicht werden.

Fazit und
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Das Design hat zudem einen bundesweiten und regionalen Ansatz vereint, was der Evaluation die Möglichkeit bietet, sowohl bundesweite Aussagen zu treffen als auch regionale Unterschiede herauszuarbeiten. Inhaltlich wurden mit dieser Evaluation zudem erstmalig umfangreiche Erkenntnisse zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aus Sicht der Beraterinnen und Berater berichtet. Zudem wurden die wenigen bisherigen empirischen Studien zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch die aktuellen Auswertungen von Sekundärdaten der Pflegekassen, Sichtweisen der Pflegegeldbeziehenden und der Beratungspersonen ergänzt.

Dennoch ergaben sich im Verlauf des Projekts Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft mancher Erkenntnisse, die bei der Interpretation beachtet werden sollten. Die Daten müssen immer im Zeithorizont gesehen werden, in dem sie erhoben wurden. Da sich die Pflegeversicherung kontinuierlich weiterentwickelt, musste das Evaluationsvorhaben auf teilweise veraltete Datengrundlagen zurückgreifen (z. B. stammen die Rahmenverträge zur Einrichtung von PSP teilweise noch von 2009). Richtlinien und Empfehlungen, die erst kurz vor oder während der Projektlaufzeit herausgegeben wurden, konnten sich noch nicht vollständig in den erhobenen Daten widerspiegeln.

Zudem muss beachtet werden, dass es sich bei allen Datenquellen um retrospektive Einschätzungen handelt. Die Daten wurden lediglich querschnittlich erhoben. Aus diesem Grund sind die Erkenntnisse zu Wirkungen und Ergebnissen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI mit Vorsicht zu interpretieren. Für aussagekräftige Erkenntnisse zu Wirkzusammenhängen wäre ein längsschnittliches Design – möglichst mit einer Kontrollgruppe – erforderlich.

8.3.2 Bundesweite Datenerhebungen

Bei den bundesweiten Datenerhebungen wurden entweder Sekundärdaten analysiert, wurde eine Vollerhebung unter den Pflegekassen angestrebt oder eine einfache Zufallsstichprobe gezogen, um repräsentative Aussagen zu gewährleisten.

Daten der Pflegekassen

Die quantitativ erhobenen Daten und Sekundärdaten der Pflegekassen weisen Einschränkungen bezüglich der Repräsentativität und Aussagekraft der Ergebnisse auf. Aufgrund der geringen Datenqualität konnten insbesondere die sonst meist als objektiv geltenden Sekundärdaten der Pflegekassen nur bedingt in das Evaluationsvorhaben einfließen und müssen mit Vorsicht interpretiert werden, auch wenn bei den Pflegekassen,

deren Daten ausgewertet wurden, immerhin über 80 % aller Geld-, Sach- und Kombinationsleistungsbeziehenden versichert sind. Die zusätzliche Online-Befragung der Pflegekassen wurde nur von einem Drittel aller Pflegekassen beantwortet, bei denen auch nur ein Drittel der Leistungsbeziehenden versichert sind. Es können also keine Aussagen für alle Pflegekassen getroffen werden. Da zu vermuten ist, dass es Unterschiede zwischen den Pflegekassen in der Priorisierung des Pflegeberatungsangebots nach § 7a SGB XI gibt (vgl. Klie et al., 2012), kann es gut sein, dass Pflegekassen, die sich weniger in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI engagieren, inkonsistentere Sekundärdaten geliefert haben und auch seltener an der Online-Befragung teilgenommen haben, so dass die berichteten Ergebnisse positiv verzerrt sind.

Daten der Erstantragstellenden und Pflegegeldbeziehenden

Die beiden Versichertenbefragungen (Erstantragstellende und Pflegegeldbeziehende), die im Rahmen der Evaluation durchgeführt wurden, wurden als einfache Zufallsstichprobe umgesetzt und hatten mit ungefähr 50 % einen erstaunlich hohen Rücklauf. Trotzdem ist nicht auszuschließen, dass eine Selektion in der Beantwortung der Fragebögen vorliegt. Vergleiche mit der Pflegestatistik zeigen jedoch keine starken Abweichungen in den Verteilungen von Alter oder Pflegegraden. Die teilnehmenden Erstantragstellenden sind etwas älter als erwartet und weisen einen eher niedrigeren Pflegegrad auf als in offiziellen Statistiken. Die sonstige Stichprobenbeschreibung zeigt keine besonders auffällige Zusammensetzung der Teilnehmenden. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Teilnehmenden (oder deren Angehörige, die die Fragebögen ausgefüllt haben) etwas gesundheitlich fitter und gebildeter sind, wodurch möglicherweise der berichtete Beratungsbedarf etwas unterschätzt und die Kenntnis des Beratungsangebots nach § 7a SGB XI etwas überschätzt sein könnte.

Einschränkend muss bei beiden Befragungen beachtet werden, dass nicht ganz klar ist, ob die Befragten immer genau wussten, zu welchem Beratungsgespräch sie befragt wurden. Da im Rahmen der Pflege viel Beratung – nicht nur durch die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI – stattfindet, kann es hier leicht zu Verwechslungen mit allgemeinen Beratungen vom MDK, von Pflegediensten oder anderen Beratungsstellen kommen. Es wurde versucht, durch einen starken Zuschnitt der Zielgruppen (z. B. kein Pflegegeldbezug bei den Erstantragstellenden) diesem Effekt entgegenzuwirken. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Angaben sich teilweise auf andere Beratungen beziehen. Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurde deshalb mit der Nutzerbefragung noch ein weiterer Zugang zu den Ratsuchenden gewählt, so dass die Ergebnisse besser eingeordnet werden können.

8.3.3 Regionale Klumpenstichprobe

Fazit und
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Die Klumpenstichprobe ist eine Form der Zufallsstichprobe, die ebenfalls repräsentative Aussagen zulässt. Mit 29 zufällig gezogenen Regionen (Klumpen) in Deutschland sind mit den vorhandenen Daten bundesweite Aussagen möglich. Dazu wurden in den Regionen alle dort tätigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und alle dort ansässigen Beratungsstellen zum Thema Pflege zur Teilnahme an der Online-Befragung eingeladen. Es kann allerdings sein, dass im Zuge der Recherche der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und Beratungsstellen bestimmte Akteure nicht gefunden wurden. Aufgrund der umfangreichen Recherchen ist jedoch nicht davon auszugehen, dass Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater bzw. relevante Beratungsstellen im größeren Umfang nicht angeschrieben wurden. Dennoch haben nicht alle angeschriebenen Personen und Beratungsstellen an der Befragung teilgenommen.

Pflegeberaterinnen und Pflegeberater

Durch die starke Einbindung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und der Pflegekassen bzw. von deren Verbänden in mehrere Projektschritte konnte unter den Beraterinnen und Beratern ein relativ hoher Rücklauf von knapp 60 % erreicht werden. Es konnten auch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater aus unterschiedlichen Anstellungsverhältnissen (Pflegekasse, PSP, Selbstständige, Dienstleister, Pflegedienst) für die Befragung gewonnen werden. Trotzdem ist davon auszugehen, dass vor allem engagiertere Personen teilgenommen haben und somit eine leicht positive Verzerrung der Daten vorliegen könnte. Weiterhin könnten insbesondere Beraterinnen und Berater mit einer besonders hohen Arbeitslast nicht teilgenommen haben, so dass die Ergebnisse zum Beratungsumfang und den Herausforderungen möglicherweise leicht unterschätzt sind. Die Beraterinnen und Berater, die Angaben zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI gemacht haben, sind zudem eine sehr selektive Gruppe, da sie sowohl die Beratungsbesuche als auch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen. Daher sollten die Ergebnisse, die darauf beruhen (vorwiegend zur nicht sichergestellten Pflege), vorsichtig interpretiert werden.

Beratungsstellen

Für die Beratungsstellen war der Rücklauf mit 27 % deutlich geringer als bei den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern. Es ist davon auszugehen, dass mit der spezifischen Fokussierung der Befragung auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI insbesondere Beratungsstellen, die diese Beratungsform nicht anbieten, schwer erreicht wurden. Möglich ist auch, dass Beratungsstellen, die nicht genau wissen, was eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist, seltener teilgenommen haben. Entsprechend könnten die Ergebnisse zur Zusammenarbeit der Beratungsstellen mit Akteuren der Pflegeberatung nach

§ 7a SGB XI überschätzt sein. Neben den PSP gibt es nur wenige andere Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten. Deshalb kann mit 39 teilnehmenden Beratungsstellen, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI anbieten, aufgrund der Ergebnisse der regionalen Recherchen davon ausgegangen werden, dass die meisten dieser Stellen, die in einer der 29 in der Stichprobe vertretenen Regionen tätig sind, an der Befragung teilgenommen haben.

Nutzerinnen und Nutzer

Die Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurden über die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater rekrutiert. Dies birgt den Vorteil, dass sichergestellt ist, dass die Befragten tatsächlich das Beratungsgeschehen im Rahmen einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bewerten. Jedoch kann die Auswahl der Personen, die einen Fragebogen bekommen haben, selektiv durch die Beraterinnen und Berater gesteuert worden sein. Es wurde versucht, auch hier eine Zufallsstichprobe umzusetzen, indem den Beraterinnen und Beratern vorgegeben wurde, dass sie jedem Kontakt in einem bestimmten Zeitraum einen Fragebogen aushändigen sollen. Es lässt sich jedoch nicht nachvollziehen, ob tatsächlich so vorgegangen wurde. Der relativ geringe Rücklauf von 299 Fragebögen (8 %) spricht eher dafür, dass der Fragebogen seltener als vorgesehen an die Ratsuchenden ausgehändigt wurde. Es ist also davon auszugehen, dass eine positive Verzerrung in den Ergebnissen der Nutzerbefragung vorliegt. Da sich die Ergebnisse meist mit den Angaben der Erstantragstellenden, die zufällig angeschrieben wurden, decken, ist anzunehmen, dass die berichteten Ergebnisse dennoch belastbar sind.

Fokusgruppen

Die Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden hat diverse Vorteile - bei der Interpretation der Ergebnisse aus den Fokusgruppen sollte jedoch beachtet werden, dass die Ergebnisse selektive Sichtweisen der Teilnehmenden wiedergeben, die nicht zwingend mit repräsentativen Angaben übereinstimmen. Auch wenn dieser Limitation durch die - für qualitative Ansätze - hohe Anzahl an Fokusgruppen, den strukturierten Ablauf, die standardisierte Auswertung und nicht zuletzt durch die Zufallsstichprobe der Regionen, in denen die Fokusgruppen stattfanden, entgegengewirkt wurde, können die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen teilweise auf selektiven Äußerungen von bestimmten Personengruppen beruhen. Trotzdem boten die strukturierten Fokusgruppen die Möglichkeit, auch valide Ergebnisse vor allem zur Vernetzung zusammenzustellen.

8.4 Handlungsempfehlungen und weiterer Forschungsbedarf

Fazit und
nach
§ 37 Abs. 3 SGB XI

Es ergeben sich aus den dargestellten Ergebnissen sechs Handlungsempfehlungen und mehrere offene Fragen, die in zukünftigen Studien beantwortet werden können.

(1) Angebotsstrukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vereinheitlichen und ergänzen

Auch wenn die Pflegeberatung bundesweit meist von Pflegekassen bzw. von beauftragten Dienstleistern erbracht wird, zeigen sich u. a. durch die länderspezifische Ausrichtung der Errichtung von PSP oder die Umsetzung der Vernetzten Pflegeberatung deutliche regionale Unterschiede. Die Rahmenvereinbarungen zur Errichtung der PSP stammen teilweise noch aus dem Jahr 2009, so dass für die betroffenen Bundesländer dringender Handlungsbedarf besteht, eine Anpassung der Rahmenvereinbarungen an die neuen gesetzlichen Regelungen, Richtlinien und Empfehlungen zu initiieren. Dabei sollte insbesondere der gesetzliche Auftrag, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch im PSP anzubieten, berücksichtigt werden. Auch könnte dabei die Rolle der PSP in den lokalen Netzwerkstrukturen zur Pflegeberatung klarer definiert werden (siehe Handlungsempfehlung (4)).

Wichtig für die Angebotsstrukturen sind klare Verantwortlichkeiten und die Verzahnung von bestehenden Angeboten. Gerade regionale Projekte zur Erprobung innovativer Ansätze im Rahmen der Pflegeberatung oder zur Erreichung spezifischer Zielgruppen sollten in vorhandene Strukturen eingebunden werden. Die Pflegekassen sollten gemeinsam mit den Kommunen Bedarfe und entsprechende Angebote bzw. Weiterbildungen der Beraterinnen und Berater für besondere Zielgruppen, insbesondere für pflegebedürftige Menschen mit Migrationshintergrund, pflegebedürftige mit psychischen Erkrankungen, pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Kinder bzw. Jugendliche bzw. deren Angehörige, ausbauen und in die bestehende Angebotslandschaft integrieren. Dabei sollten die lokal spezifisch benötigten Bedarfe, z. B. hinsichtlich Angeboten für bestimmte in der Region häufig vertretene Migrationsgruppen, berücksichtigt werden.

(2) Information über die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verbessern

Die vorliegende Evaluation zeigt, dass die Versicherten hauptsächlich von ihrer Pflegekasse von dem Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfahren und dass der effektivste Weg, um tatsächlich in Kontakt mit einer Pflegeberaterin oder einem Pflegeberater zu kommen, die schriftliche Interessenbekundung zu sein scheint. Zielführend

kann für einen einfachen Zugang also ein Formular zur Interessenbekundung sein, das den Versicherten von ihren Pflegekassen zusammen mit der Erstinformation über das Beratungsangebot zugesandt wird. Die gesetzliche Vorgabe zur Nennung einer Ansprechperson, die noch von wenigen Pflegekassen umgesetzt wird, sollte zudem zumindest durch die Nennung einer zielführenden Kontaktmöglichkeit (ohne Callcenter und Weiterleitungen) gewährleistet werden.

Nur wenige Pflegekassen nennen in der Information der Versicherten konkrete Termine. Diese gesetzliche Vorgabe scheint jedoch auch wenig praktikabel zu sein und eine Terminvereinbarung gelingt nach den Ergebnissen dieser Evaluation normalerweise auch ohne Terminvorschlag zeitnah. Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob diese gesetzliche Vorgabe bestehen bleiben sollte.

Die im Rahmen der Evaluation befragten Ratsuchenden bestätigen mehrheitlich, dass ihre Pflegekasse sie zwar grundsätzlich über den Anspruch auf Pflegeberatung informiert hat, dass aber weitergehende Informationen und Erläuterungen vermisst werden, worum es sich dabei handelt. Insbesondere Versicherte von Pflegekassen, die kein spezifisches Informationsmaterial (z. B. Broschüren, Flyer) zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI einsetzen, sind möglicherweise nicht in der Lage, die Unterschiede zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zu erkennen¹¹³. Zudem kristallisierte sich in der Befragung der Nichtnutzerinnen und Nichtnutzer heraus, dass die Information der Pflegekasse eine Schlüsselrolle für Kenntnis und Deckung des Beratungsbedarfs einnimmt. Ein wichtiger Ansatzpunkt, um den Zugang zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu verbessern, dürften – zumindest bei einigen Pflegekassen – daher auch genauere und umfassendere Informationen über dieses Angebot sein.

(3) Zugänglichkeit und Bekanntheit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verbessern

Zur leichteren Auffindbarkeit der PSP sollte der Webaufttritt in vielen Regionen verbessert werden. Eine Darstellung von Seiten der Kommune oder von Landesministerien kann die Betroffenen daran hindern, zielsicher die richtige Anlaufstelle zu finden. Auch wurde die eigene Webseite allgemein als wirksames Mittel der Öffentlichkeitsarbeit genannt, so dass sich diese Investition voraussichtlich auch in einer höheren Bekanntheit des Angebots niederschlägt. Die jeweiligen Träger der PSP sollten entsprechend eine einfache Auffindbarkeit der PSP im Internet gewährleisten und ggf. für die PSP eigene Webseiten einrichten.

¹¹³ Das Internet liefert zu dem Suchbegriff „Pflegeberatung“ zahlreiche Treffer von Leistungsanbietern, die unter diesem Begriff die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI bzw. allgemeine Beratungen offerieren.

Dieses Ergebnis lässt sich teilweise auch auf die Auffindbarkeit des Pflegeberatungsangebots nach § 7a SGB XI der Pflegekassen im Internet übertragen. Es wäre gut, wenn eine kassenunabhängige Suche nach Pflegeberatung im Internet zu kassenübergreifenden Informationsseiten des BMG oder des GKV-Spitzenverbandes führt, so dass Betroffene nicht an kostenpflichtige Anbieter geraten, sondern zielsicher das Pflegeberatungsangebot der Pflegekassen finden.

Um das Angebot bekannter zu machen, sollten zudem die bereits bei der Zusammenarbeit meist gut funktionierenden Netzwerke genutzt werden. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater könnten selbst bei den lokalen Akteuren, mit denen sie in konkreten Beratungsfällen zusammenarbeiten, Aufklärungsarbeit leisten, so dass anschließend auch eine verbesserte Zuweisung von Ratsuchenden zum Angebot der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgt. Dafür wäre seitens der jeweiligen Arbeitgeber eine stärkere Gewichtung der Netzwerkarbeit in ihrer Tätigkeit erforderlich (siehe Handlungsempfehlung (4)).

Multiplikatoren, die verstärkt gewonnen werden sollten, sind der MDK, Pflegeeinrichtungen und -dienste, Ärztinnen und Ärzte sowie das Entlassmanagement der Krankenhäuser. Insbesondere mit Krankenhäusern empfehlen sich schriftliche Vereinbarungen zur Übergabe und Weitervermittlung von Betroffenen an PSP oder die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der jeweiligen Pflegekassen. Der MDK empfiehlt bereits eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, wenn diese erforderlich erscheint. Er könnte jedoch stärker auch eine aufklärende Funktion übernehmen, die generell über das Beratungsangebot informiert. Schwer zu erreichen bleiben die Ärztinnen und Ärzte. Möglicherweise lohnt es sich in Modellprojekten innovative Ansätze zu erproben, wie diese besser in die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eingebunden werden können. Eine mögliche Schnittstelle stellen hier ambulante Pflegedienste dar, die eventuell häufiger als die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bereits in Kontakt mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stehen. Zudem können öffentlichkeitswirksame Kampagnen und kassenübergreifendes Informationsmaterial des BMG oder des GKV-Spitzenverbandes möglicherweise eine breitere Information der Gesellschaft erreichen und auch in Arztpraxen und Krankenhäusern eher gelesen werden als kassenspezifisches Informationsmaterial.

(4) Vernetzung bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vereinfachen

Lokale Vernetzung ist eine wichtige Voraussetzung für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Das Evaluationsvorhaben zeigt jedoch, dass diese Aufgabe bei den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern häufig zu kurz kommt. Aufgabe der Arbeitgeber der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater ist es hier, den angestellten Beraterinnen und Beratern ausreichend Zeit für die Netzwerkarbeit einzuräumen, damit gerade auch Aufgaben wie die erwähnte Gewinnung von Multiplikatoren (Handlungsempfehlung (2)) gelingen können.

Wichtig für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die nicht bei einer lokalen Beratungsstelle angebunden sind, ist eine lokale Ansprechperson oder -stelle, die ihnen den Einstieg in die lokalen Netzwerke ermöglicht. In den Regionen der Vernetzten Pflegeberatung übernimmt die kommunale Pflegekoordination diese Aufgabe. Es gilt zu klären, ob in anderen Regionen PSP (siehe Handlungsempfehlung (1)) oder ebenfalls die Kommune eine solche Aufgabe übernehmen können. Dies hätte den Vorteil, dass die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen der Pflegeberatung im PSP und den Beraterinnen und Beratern der Pflegekassen bzw. von Dienstleistern gefördert werden. Von Kommunen oder Bundesländern organisierte Austauschmöglichkeiten und Vernetzungstreffen zur Pflegeberatung (oder deren explizite Thematisierung in bereits vorhandenen Netzwerken) würden die lokale Vernetzung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vereinfachen und die entstehenden Synergien, z. B. in Form von geteiltem Wissen über lokale Angebote, können den Betroffenen zugutekommen.

(5) Gesetzliche Vorgaben und Richtlinien (er)klären

In den Ergebnissen der Evaluation zeigt sich, dass die gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI unterschiedlich interpretiert und ausgelegt werden. Schwierigkeiten bereitet vor allem die Definition, ab wann eine Beratung eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist und wann eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI über die in § 7b SGB XI beschriebenen Beratungsgutscheine erbracht wird. Ersteres mag darin begründet sein, dass die allgemeine pflegerechtliche Beratung aus § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI (aF) in § 7a SGB XI integriert wurde, ohne dies im Wortlaut wiederzugeben. Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob die allgemeine pflegerechtliche Beratung, die dann auch allen Versicherten und nicht nur Leistungsbeziehenden und Antragstellenden zur Verfügung steht, wieder aufgegriffen werden sollte (inklusive einer klaren Abgrenzung zum Beratungsgeschehen nach § 7a SGB XI). In § 7b SGB XI könnte vor allem der Begriff Beratungsgutschein missverständlich sein, da nicht immer ein Dokument mit einem Gutschein ausgehändigt wird. Die in diesem Evaluationsbericht vorgenommene Definition, wann eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI als Beauftragung nach § 7b SGB XI gilt, ist in Anlehnung an Gesetzeskommentare und Gesetzesbegründungen entstanden und ergibt sich nicht selbstverständlich aus dem Gesetzestext. Der Gesetzgeber sollte insbesondere den § 7b SGB XI überarbeiten, so dass einerseits die Terminvorgaben (Handlungsempfehlung (1)) entfallen und andererseits – sofern eine explizite Regelung zur Beauftragung Dritter erforderlich erscheint – präzisiert wird, wann Beratungsgutscheine zum Einsatz kommen. Dabei sollte auch der Begriff der Beratungsgutscheine überdacht werden.

Beide Vorschläge an den Gesetzgeber – die klare Definition einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und die der Beauftragung nach § 7b SGB XI – sind nicht zwingend erforderlich, um eine gute Beratung für die Versicherten zu gewährleisten. Allerdings erschweren

die unterschiedlichen Interpretationen die Dokumentation des Beratungsgeschehens bei den Pflegekassen und in den PSP, wodurch die Daten in großen Teilen nicht einheitlich dokumentiert werden und zum Teil nicht für den Evaluationsbericht verwendet werden konnten. Eine Auswertung von Sekundärdaten zum Beratungsgeschehen erscheint jedoch auch zukünftig sinnvoll, wobei abzuwägen ist, welche Informationen von den Pflegekassen erfasst werden sollten. Zum Beispiel ist die Anzahl der Hausbesuche auf Beratungsebene schwer zu erfassen, da ein Fall meist mehrere Gespräche umfasst, von denen unterschiedlich viele im Hausbesuch stattfinden können.

(6) Versorgungsplan in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI verstärkt als Arbeitsmittel einsetzen

Aus der Evaluation geht hervor, dass der Versorgungsplan von den Ratsuchenden häufig als irrelevant eingeschätzt wird. Dabei geht jedoch das Potenzial der Einbindung und des Empowerments der Betroffenen verloren, da er wichtige Hinweise zu Verantwortlichkeiten und zu den geplanten Maßnahmen enthält. Die Relevanz des Versorgungsplans für die Betroffenen könnte dadurch erhöht werden, dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater stärker gemeinsam mit den Ratsuchenden an dem Dokument arbeiten. Wenn er als eine gemeinsame Referenz für die nächsten Schritte gesehen wird, kann er neben dokumentarischen Zwecken auch stärker die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehöriger fördern und ihnen helfen, die erforderlichen Hilfen und Maßnahmen nachzuvollziehen oder selbst in Angriff zu nehmen. Um mehr darüber zu erfahren, wie eine stärkere Nutzung des Versorgungsplans als Arbeitsmittel erreicht werden kann, könnten zukünftige Evaluationen einen besonderen Schwerpunkt auf die Arbeitsweise mit dem Versorgungsplan sowohl aus Sicht der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater als auch aus Sicht der Beratenen legen.

Weiterer Forschungsbedarf: Strukturen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die Pflegeberatungsstrukturen in Deutschland sind komplex und regional sehr unterschiedlich. Um herauszufinden, inwiefern die unterschiedlichen Konzepte voneinander lernen können, sollten zukünftige Studien die Unterschiede zwischen den Strukturen und dem Zugang zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zwischen Ländern mit (unterschiedlicher Dichte von) PSP und solchen ohne PSP genauer untersuchen.

Weiterer Forschungsbedarf: Bedarfssituationen für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die vorliegende Evaluation zeigt die Schwerpunkte und Inhalte der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auf und gibt erste Hinweise darauf, wann ein besonderer Bedarf für eine solche umfassende Beratung vorliegt (z. B. zeitnah nach oder bei der Antragstellung und

bei Entlassung aus dem Krankenhaus). Um das Angebot zielgerichteter an die Personen heranzutragen, die einen Beratungsbedarf haben, wäre es sinnvoll, zukünftig zu untersuchen, in welchen Situationen im Verlauf einer Pflegebedürftigkeit oder bei welchen besonderen Belastungen bzw. Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen ein erhöhter Beratungsbedarf besteht. Dadurch könnten sich (z. B. aufgrund sozioökonomischer oder sozialer Merkmale) auch weitere Zielgruppen als die in dieser Evaluation berücksichtigten herauskristallisieren, für die besondere Beratungsbedarfe durch spezialisierte Anlaufstellen oder weitergebildete Beraterinnen und Berater vorgehalten werden sollten.

Weiterer Forschungsbedarf: Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Die empirische Studienlage zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist bisher nicht sehr umfangreich. Der vorliegende Evaluationsbericht gibt daher wertvolle Informationen sowohl aus Sicht der Beratenden als auch aus Sicht der Beratungspersonen. Dennoch müssen gerade die Angaben zur Sicht der Beratungspersonen mit Vorsicht betrachtet werden, da fast ausschließlich Beratungspersonen befragt wurden, die auch Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI anbieten. Die Beratungspersonen sind jedoch eine wichtige Quelle für valide Informationen zu den Situationen, in denen die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist. Wichtig wäre daher, zukünftig bei der Untersuchung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI einen stärkeren Fokus auf die Befragung der Beratungspersonen zu legen. Auch die Zusammenarbeit von Pflegediensten und Pflegekassen, z. B. bezüglich der Meldung von Fällen mit nicht sichergestellter Pflege, scheint wenig transparent (vgl. Büscher et al., 2010a; Büscher & Oetting-Roß, 2016) und bedarf weiterer Forschung.

Weiterer Forschungsbedarf: Wirksamkeit der Pflegeberatung

Es wurden erste Ergebnisse zu Wirkungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI berichtet. Allerdings gilt hier einschränkend der querschnittliche Charakter des vorliegenden Evaluationsvorhabens. Um aussagekräftige Ergebnisse über die Wirkungen und Wirkmechanismen der beiden Beratungsformen zu erhalten, sind längsschnittliche Untersuchungen, wenn möglich mit einer adäquaten Vergleichsgruppe, notwendig.

9 Literatur

- Bayerischer Landtag (2019). Pflegende Angehörige besser unterstützen – Ausbau von Pflegeberatung, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten. Drucksache: 18/2542 vom 26.07.2019. 18. Wahlperiode.
- Böttcher, S. & Buchwald, C. (2016). Evaluation der AOK-Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Kurzbericht: Ausgewählte Ergebnisse Oktober 2016. Halle: Zentrum für Sozialforschung Halle e. V.
- Braeseke, G., Pflug, C. & Beikirch, E. (2018). Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie zur Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. Berlin: IGES Institut.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung – BBSR (Hrsg.) (2017). Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR (Ausgabe 2017). Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Büscher, A., Holle, B., Emmert, S. & Fringer, A. (2010a). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, 103-110. doi: 0.1007/s00391-010-0099-4
- Büscher, A., Holle, B., Emmert, S. & Fringer, A. (2010b). Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Eine empirische Bestandsaufnahme. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Büscher, A. & Oetting-Roß, C. (2016). ZQP-Perspektivwerkstatt Qualität in der häuslichen Pflege: Potenziale von Beratung und Schulung. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Deutsche Alzheimergesellschaft (2018). Informationsblatt: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Verfügbar unter http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenz_erkrankungen_dalzg.pdf (Abruf am 14.01.2020)
- Deutscher Bundestag (2007). Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Drucksache: 16/7439.
- Deutscher Bundestag (2012). Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG). Drucksache: 17/9669.
- Deutscher Bundestag (2015). Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflege-stärkungsgesetz - PSG II). Drucksache: 354/15.
- Deutscher Bundestag (2016). Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflege-stärkungsgesetz - PSG III). Drucksache: 18/9518.
- Eggert, S. & Vähjunker, D. (2015). Information und Beratung bei Pflegebedürftigkeit. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.

- Eisfeld, B. & Krahmer, U. (2018). § 7a Pflegeberatung. In U. Krahmer & M. Plantholz (Hrsg.), Sozialgesetzbuch XI Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxis-kommentar. Baden-Baden: Nomos.
- Engstler, H., Alcántara, A. L., Luitjens, M. & Klaus, D. (2019). German Ageing Survey, Deutscher Alterssurvey (DEAS): Documentation of instruments and variables 1996–2017. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Verfügbar unter https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/fdz/DEAS_Instrumentendokumentation_1996-2017.pdf (Abruf am 20.11.2020)
- Geiss, S., Pupeter, M. & Schneekloth, U. (2019). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Allgemeine Befragungen. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf (Abruf am 20.03.2020)
- GKV-Spitzenverband (2018a). Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern vom 29. August 2008 in der Fassung vom 22. Mai 2018. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/180522_Pflege_Empfehlungen_7a_Abs_3_Satz_3_SGB_XI.pdf (Abruf am 09.12.2019)
- GKV-Spitzenverband (2018b). Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI vom 29.05.2018, zuletzt geändert am 21.05.2019. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2019_08_13_Pflege_Empfehlungen_QS_37Abs.5_21_05_2019.pdf (Abruf am 09.12.2019)
- GKV-Spitzenverband (2020). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 7. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) in der Fassung vom 05. Oktober 2020. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2020-10-05_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf (Abruf am 20.11.2019)
- Gödecke A. (2015). Kreis bietet Senioren- und Pflegeberatung aus einer Hand. Northeim: Hessische/Niedersächsische Allgemeine (HNA). Verfügbar unter <https://www.hna.de/lokales/northeim/northeim-ort47320/kreis-bietet-senioren-pflegeberatung-einer-hand-4808153.html> (Abruf am 05.03.2020)
- Gutzmann, H., Schäufele, M., Kessler, E.-M. & Rapp, M. (2017). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), Pflgereport 2017: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer.

- Jungnitz, L., Tammen-Parr, G., Schumann, F. et al. (2017). Modellprojekt Qualitätssicherung von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) in der Landeshauptstadt Potsdam 2016/2017. Potsdam.
- Klie, T., Frommelt, M., Schneekloth, U. et al. (2012). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. In GKV-Spitzenverband (Hrsg.), Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 10 : Pflegeberatung. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Klie, T. & Bruker, C. (2016). Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern in Berlin. Freiburg: AGP Sozialforschung im FIVE e. V. Verfügbar unter https://agp-freiburg.de/downloads/projekte/18/Versorgungskoordination_Expertise_AGP_2016.pdf (Abruf am 14.01.2020)
- Kofahl, C. & Lüdecke, D. (2014). Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Kinder Spezial, 48, 13-19.
- Kohls, M. (2012). Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demografischen Wandel. Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=11 (Abruf am 14.01.2020)
- Krahmer, U. & Kempchen, U. (2018). § 7b Beratungsgutscheine. In U. Krahmer & M. Plantholz (Hrsg.), Sozialgesetzbuch XI Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe gGmbH - KDA (2019). Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz. Verfügbar unter <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/regionalbueros/> (Abruf am 06.12.2019)
- Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen, Sächsischer Städte- und Gemeindetag, Sächsischer Landkreistag, Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2010). Vernetzte Pflegeberatung im Freistaat Sachsen. Erfahrungsbericht zur Entwicklung von vernetzten Beratungsstrukturen (Mai 2010). Dresden.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen - MDS (2018). MDK-Pflegebegutachtungen 2018 – Ergebnisse der Pflegebegutachtungen nach dem neuen Begutachtungsverfahren in Prozent. Verfügbar unter <https://www.mds-ev.de/mdk-statistik/spv-beratungen-und-begutachtungen.html> (Abruf am 22.01.2019)
- Michell-Auli, P., Schöpke, B. & Schimitzek, I. (2017). Qualitätstestung 2016: Evaluation der compass private Pflegeberatung. Köln: compass private Pflegeberatung.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen - MAGS (2019). Pflegeberatung und Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz. Verfügbar unter <https://www.mags.nrw/pflegeberatung> (Abruf am 04.12.2019)
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (o. J.-a). Beratungsstrukturen für ältere Menschen. Verfügbar unter https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/senioren_generationen/senioren_und_pflugestuetzpunkte_niedersachsen/beratungsstrukturen-fuer-aeltere-menschen-14162.html (Abruf am 22.11.2019)
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (o. J.-b). Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen (SPN). Verfügbar unter <https://www.senioren-in-niedersachsen.de/index.cfm?uuiid=018C07D2B18D0BE978CED155C59C5965> (Abruf am 04.12.2019)
- Plantholz, M. (2018). § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen. In U. Krahrmer & M. Plantholz (Hrsg.), Sozialgesetzbuch XI Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos.
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. & Unger, R. (2010). Barmer GEK Pflege-report 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Sankt Augustin: Asgard.
- Rothgang, H., Bohns, S., Bauknecht, M., Sauer, S., Baumkötter, A., Naber, H., Petrick, F. & de Vasconcelos, D. (2012). Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen.
- Schleswig-Holsteiner Landtag (2004). Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegequalitätsoffensive. Drucksache: 15/3904 vom 14.04.2002. 15. Wahlperiode.
- Schneekloth, U., Geiss, S. & Pupeter, M. (2017). Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). München: TNS Infratest Sozialforschung.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Hrsg.), Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (S. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Statistisches Bundesamt (2016). Daten aus dem Gemeindeverzeichnis kreisfreie Städte und Landkreise nach Fläche und Bevölkerung auf Grundlage des ZENSUS 2011 und Bevölkerungsdichte. Gebietsstand: 31.12.2015. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017). Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018). Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse 2017. Wiesbaden.
- Strupeit, S. & Kersten, A. (2018). Gutachten zum Thema: Anforderungen und Rahmenbedingungen für wiederholte Beratungsbesuche zur Stärkung Pflegebedürftiger und deren Angehöriger in der häuslichen Pflege. Schwäbisch Gmünd: PH Schwäbisch Gmünd University of Education.

-
- Thüringer Landesamt für Statistik (2019). Planungsregionen in Thüringen. Stand: 01.01.2019. Verfügbar unter https://statistik.thueringen.de/datenbank/auflistung.asp?auswahl1=r_planungsregion (Abruf am 10.12.2019)
- Zich, K., Nolting, H.-D. & Pflug, C. (2019). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Schnittstellen Eingliederungshilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_3_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf (Abruf am 06.02.2020)

