



Spitzenverband
der Pflegekassen

Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI

Dezember 2011



Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI

Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und
ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum
Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte
Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest



Der Auftrag

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI eingeführt. Seit dem 1.1.2009 hat jeder Pflegebedürftige in Deutschland einen Anspruch auf individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Diese in Ergänzung zum § 7 erweiterte Pflegeberatung zielt darauf ab, den Pflegebedürftigen eine umfassende Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme notwendiger Hilfe- und Pflegeleistungen zukommen zu lassen und auf die dazu erforderlichen Maßnahmen hinzuwirken.

Laut § 7a Abs. 7 SGB XI sollen die ersten Praxiserfahrungen kurzfristig unter wissenschaftlicher Begleitung evaluiert werden (Gesetzesbegründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, BT Drs. 16/7439). Nach entsprechender öffentlicher Ausschreibung hat die Bietergemeinschaft, bestehend aus AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Infratest Sozialforschung und der Hans-Weinberger-Akademie, den Zuschlag erhalten, die im Juni 2011 ein unabhängiges Gutachten vorgelegt hat. Auf der Grundlage dieser Evaluation hat der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit im Juli 2011 einen Bericht vorgelegt. Dieses nun vorliegende wissenschaftliche Gutachten bildet die Anlage zum Bericht des GKV-Spitzenverbands.

Die zentralen Befunde

Die Ergebnisse zeigen, dass innerhalb der ersten beiden Jahre seit Einführung des individuellen Rechtsanspruchs auf die erweiterte Pflegeberatung eine vielfältige Beratungsstruktur durch die Pflegekassen entstanden ist. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind die Pflegekassen insgesamt die wichtigsten und in der Regel ersten Ansprechpartner wenn es um Information und Beratung geht. In den letzten Jahren haben (hochgerechnet) etwa 650.000 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen diesbezügliche Unterstützung erhalten – von der grundsätzlichen Information bis hin zur ausführlichen Beratung.

Die repräsentative Befragung von ca. tausend Pflegehaushalten im Rahmen der Evaluation hat gezeigt, dass Nutzer von Pflegeberatung, insbesondere jene die das Fallmanagement genutzt haben, sich sehr zufrieden zu dem Angebot äußern und damit eine Verbesserung der Pflegesituation verbinden: 80% der Nutzer, die eine ausführliche Beratung durch die Pflegekassen erhalten haben, empfinden diese als hilfreich. Sie nehmen dieses Angebot besonders gut an und empfinden dies als wirkungsvoll, wenn das Angebot individuell auf sie

„Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“

zugeschnitten und die Beratung als neutral und unabhängig empfunden wird. Diese Neutralität, so ein wichtiges Ergebnis der Evaluation, wird durch die Pflegekassen gewährleistet.

Für dieses neue Angebot ist umfassend qualifiziert worden. 2008 hatte der GKV-Spitzenverband entsprechende Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater formuliert. Der ganz überwiegende Teil der Qualifizierungsmaßnahmen wurde zum 30.6.2011 abgeschlossen. Damit ist gewährleistet, dass die neuen, zusätzlichen Kompetenzen in die Beratung einfließen.

Ungeachtet unterschiedlicher Entwicklungsstrategien und Organisationsmodelle in der Pflegeberatung und der unterschiedlichen Strukturen in den Bundesländern haben sich Modelle guter Praxis herausgebildet, aus denen viele Hinweise für einen erfolgreichen Umsetzungsprozess generiert werden können. Dabei geht es nicht nur um die genannten Qualifizierungserfordernisse sondern auch um professionelle Grundlagen der Beratungsarbeit und ein Fallmanagement, das unter Einbeziehung der relevanten Akteure stattfindet und eine effektive Steuerung des Hilfeprozesses und die Koordination entsprechender Hilfen gewährleistet.

Es ist kein überraschender Befund, dass nach den Erfahrungen aus zwei Jahren auch noch Weiterentwicklungsbedarf konstatiert wird. Auch wenn schon viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen seit 2009 von der Pflegeberatung profitieren, so müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um etwa den Zugang zur Beratung und die Bekanntheit der Angebote zu erhöhen. Auch in der Umsetzung des Fallmanagements, das komplexe Anforderungen an alle Beteiligten stellt, sind nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft und können noch Verbesserungen erzielt werden.

Ein Königsweg in der Pflegeberatung zeichnet sich den Autoren der Evaluation zufolge nicht ab – ein Befund der den unterschiedlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen in den Bundesländern sowie den unterschiedlichen Organisationsmodellen der Kranken- und Pflegekassen Rechnung trägt.

Ein wichtiger Befund der Evaluation betrifft die Frage, ob die gesetzlichen Grundlagen für die Pflegeberatung als ausreichend angesehen werden. Hier ist das Votum der Evaluatoren eindeutig: ein gesetzlicher Änderungsbedarf für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird nicht gesehen.

Die Weiterentwicklung des Angebots

In der Gesamtschau der in den ersten zwei Jahren seit der Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gesammelten Praxiserfahrungen wird deutlich, dass vielfältige Anstrengungen für die Bewältigung dieser neuen und in Zukunft noch wichtiger werdenden Aufgabe unternommen worden sind.

Aus den Erkenntnissen der Evaluation lassen sich dabei auch Hinweise dafür generieren, wie das bestehende Angebot der Pflegeberatung noch weiter verbessert werden kann. Die Erfahrungen aus den ‚Gute-Praxis-Beispielen‘ können dabei für die Profilierung der Pflegeberatung genutzt werden, in konzeptioneller wie in fachlicher Hinsicht. So liegen etwa zur Weiterentwicklung des Fallmanagements vielfältige konzeptionelle und aus der Praxis resultierende Erkenntnisse vor, die Synergie-Effekte bergen und im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der Qualität des Angebots durch die Pflegekassen hilfreich sein können. Dies erfordert eine weitere konstruktive Auseinandersetzung mit den Ergebnissen des Gutachtens. Die Notwendigkeit, dafür zu den bereits vorhandenen, neue eigene Strukturen zu schaffen, wird nicht gesehen.

Die Notwendigkeit einer effektiven Kooperation der relevanten Akteure zeigt sich nicht nur in Umsetzung des Fallmanagements. Ungeachtet des Umstands, dass die erweiterte Pflegeberatung originäre Aufgabe der Pflegekassen ist, sind die Akteure im Sinne einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung und zur Vermeidung von Doppelstrukturen und Überversorgung in der Beratung insgesamt angehalten, gut zusammen zu arbeiten. Dies gilt vor allem für die Pflegestützpunkte, in denen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen werden kann. Auch hier liegen u.a. aus den ‚Gute-Praxis-Beispielen‘ transferfähige Erkenntnisse vor, die aufzeigen, wie die unterschiedlichen Beratungsangebote aufeinander abgestimmt werden können. Eine Ausweitung kommunaler Kompetenzen in diesem Bereich ist jedoch nicht angezeigt, zumal den Kommunen in der Pflegeberatung aus Sicht der Nutzer nur eine nachrangige Bedeutung zukommt.

In den vergangenen Jahren ist auch in finanzieller Hinsicht viel investiert worden, um Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine individuelle, auf ihre Situation zugeschnittene Pflegeberatung zukommen zu lassen.

Der abschließende Hinweis der Evaluatoren, dass kein gesetzlicher Änderungsbedarf bestehe, zeigt auch, dass der eingeschlagene Weg richtig ist und die Beratung durch die Pflegekassen



„Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“

ungeachtet unterschiedlicher Strukturen ihre Wirksamkeit entfaltet. Wichtigster Maßstab dafür bleibt die Beurteilung durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen: ihr Urteil im Rahmen der Evaluation, von den Pflegekassen, die ihr wichtigster Ansprechpartner seien, neutral beraten zu werden, belegen diesen Befund.





Spitzenverband
der Pflegekassen

Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI

Evaluationsbericht des
AGP Institut für angewandte Sozialforschung,
Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest

Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI

Projektnummer: 45000035

Auftraggeber: GKV- Spitzenverband.

Mittelstrasse 51. 10117 Berlin

Projektgruppe:

Prof. Dr. Thomas Klie (Gesamtleitung, AGP Freiburg)

Mona Frommelt (Hans Weinberger-Akademie)

Ullrich Schneekloth (TNS Infratest)

AGP

Alter. Gesellschaft. Partizipation.

Institut für angewandte Sozialforschung.

Bugginger Straße 38

79114 Freiburg

Verfasser:

Thomas Klie (Gesamtleitung, AGP Freiburg)

Mona Frommelt (Hans-Weinberger-Akademie)

Ulrich Schneekloth (TNS Infratest)

Sabine Behrend

Anne Göhner

Claus Heislbetz

Christiane Hellbusch

Anja Püchner

Jella Riesterer

Manuela Schmidt

Birgit Schuhmacher

Hannes Ziller

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	9
Abbildungsverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	14
1 Einleitung	16
1.1 Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI: der gesetzliche Auftrag	16
1.2 Das der Evaluation zugrunde liegende fachliche Verständnis von Pflegeberatung	19
1.3 Fragestellungen und Module der Evaluation.....	21
1.3.1 Evaluationsmodul 1: Bundesweiter Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern.....	21
1.3.2 Evaluationsmodul 2: Bundesweiter Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in den Pflegekassen	22
1.3.3 Evaluationsmodul 3: Befragung der Nutzer einer Pflegeberatung	23
1.3.4 Evaluationsmodul 4: Fallstudien zu Unterschieden der Beratungspraxis	23
1.3.5 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....	24
2 Überblick über die Pflegeberatung in den Pflegekassen	26
2.1 Einleitung	26
2.2 Methode.....	27
2.3 Kurzbefragung der Pflegekassen	30
2.3.1 Größe und regionale Präsenz der Kassen.....	30
2.3.2 Konzepte der Pflegekassen zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.....	31
2.3.3 Die Ansiedlung der Pflegeberatung	32
2.3.4 Informationen über das Angebot der Pflegeberatung.....	37
2.3.5 Erreichbarkeit der Pflegeberatung.....	39
2.3.6 Personaleinsatz für die Pflegeberatung.....	44
2.3.7 Unterscheidung zwischen der Beratung nach § 7 und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI.....	47
2.3.8 Nachfrage nach Pflegeberatung nach § 7a SGB XI seit 1. 1. 2009.....	48
2.3.9 Praxis der Beratungsgespräche.....	49
2.3.10 Datenschutz.....	55
2.3.11 Zufriedenheit mit der bisherigen Umsetzung.....	57
2.4 Exkurs: Exemplarische Auswertung von Experteninterviews mit Kassenvertretern	58
2.4.1 Einleitung.....	58
2.4.2 Vielfalt in der Landschaft der Pflegekassen	59

2.5	Zusammenfassung Pflegekassenbefragung.....	65
3	Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in 16 Bundesländern.....	69
3.1	Einleitung	69
3.2	Methoden.....	71
3.3	Die 16 Bundesländer	76
3.3.1	Baden-Württemberg	76
3.3.2	Bayern.....	79
3.3.3	Berlin.....	82
3.3.4	Brandenburg.....	86
3.3.5	Bremen.....	89
3.3.6	Hamburg	92
3.3.7	Hessen.....	95
3.3.8	Mecklenburg-Vorpommern	99
3.3.9	Niedersachsen	102
3.3.10	Nordrhein-Westfalen	107
3.3.11	Rheinland-Pfalz.....	111
3.3.12	Saarland.....	115
3.3.13	Sachsen.....	118
3.3.14	Sachsen-Anhalt	122
3.3.15	Schleswig-Holstein.....	125
3.3.16	Thüringen.....	129
3.4	Zusammenfassung: Strukturen der Pflegeberatung in 16 Bundesländern	131
4	Fallstudien zu Unterschieden der Beratungspraxis.....	137
4.1	Hintergrund	137
4.2	Methodisches Vorgehen	138
4.2.1	Auswahl der Beratungsangebote	138
4.2.2	Eingesetzte Instrumente.....	140
4.2.3	Feldzugang und Datenerhebungen	141
4.2.4	Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse	144
4.3	Profile der Beratungsangebote	148
4.3.1	Pflegekasse <i>BW_A</i>	148
4.3.2	Pflegekasse <i>BW_B</i>	149
4.3.3	Pflegekasse <i>BW_C</i>	150
4.3.4	Pflegekasse <i>By</i>	151
4.3.5	Pflegekasse <i>NRW</i>	152
4.3.6	Pflegekasse <i>Sachs</i>	153

4.3.7	Pflegekasse <i>SH</i>	154
4.3.8	Pflegestützpunkt <i>Bran</i>	155
4.3.9	Pflegestützpunkt <i>HH</i>	156
4.3.10	Pflegestützpunkt <i>Hess</i>	157
4.3.11	Pflegestützpunkt <i>RP</i>	158
4.3.12	Pflegestützpunkt <i>Saar</i>	159
4.4	Erkenntnisse zur Beratungspraxis.....	159
4.4.1	Hintergründe der Nutzer der Pflegeberatung.....	160
4.4.2	Zugang zur Beratung	161
4.4.3	Arten und Häufigkeiten der Kontakte mit den Nutzern der Beratung	162
4.4.4	Einbeziehung Dritter	167
4.4.5	Beratungsinhalte und -themen	172
4.5	Besonderheiten ausgewählter Fallbeispiele: Struktureller Rahmen	183
4.5.1	Konzeptionelle Vorgaben zur Pflegeberatung	184
4.5.2	Personalausstattung und Qualifizierung	186
4.5.3	Integration früherer Beratungsstrukturen	188
4.5.4	Sachausstattung der Beratungsangebote	191
4.5.5	Dokumentation der Beratung und Dokumentationssoftware	192
4.5.6	Erreichbarkeit und wohnortnahe Versorgung	193
4.5.7	Informationszugang.....	195
4.5.8	Dienst- und Fachaufsicht	196
4.5.9	Datenschutz.....	197
4.5.10	Neutralität der Beratung.....	199
4.6	Besonderheiten ausgewählter Fallbeispiele: Beratungsprozesse.....	201
4.6.1	Beratungsanlässe, individuelle Beratungsaufträge und professionelles Selbstverständnis der Berater	201
4.6.2	Einsatz von Versorgungsplänen	204
4.6.3	Durchführung von Versorgungskonferenzen.....	205
4.6.4	Evaluation der Beratung	206
4.7	Besonderheiten ausgewählter Fallbeispiele: Kooperationen und Netzwerkarbeit	207
4.7.1	Interne Kooperation und Aufgabenteilung.....	207
4.7.2	Kooperation mit Pflegestützpunkten.....	208
4.7.3	Kooperation in der Vernetzten Pflegeberatung (Sachsen).....	210
4.7.4	Erfassung verfügbarer Unterstützungsangebote, Netzwerkarbeit und Kooperation mit anderen Beratungsangeboten.....	211
4.7.5	Öffentlichkeitsarbeit.....	215
4.8	Zusammenfassende Darstellung der beiden identifizierten good-practice- Beispiele.....	216

4.8.1	Pflegekasse <i>By</i>	217
4.8.2	Pflegestützpunkt <i>Saar</i>	219
5	Befragung der Nutzer einer ausführlichen Beratung zur häuslichen Pflegesituation	221
5.1	Einleitung	221
5.2	Methode.....	223
5.3	Klienten von Beratungsstellen	226
5.3.1	Differenzierung: Fallmanagement-, Beratungs- und Informationsklienten	227
5.3.2	Beratungsstellen im Wohnumfeld	230
5.3.3	Genutzte Beratungsstellen	233
5.3.4	Strukturunterschiede zwischen den verschiedenen Kliententypen	236
5.3.5	Informationsmöglichkeiten und eigener Kenntnisstand.....	238
5.4	Motive für die Inanspruchnahme einer ausführlichen Beratung	240
5.5	Barrieren bei der Inanspruchnahme von Beratungsleistungen.....	243
5.5.1	Fehlende Informationen	243
5.5.2	Fehlender Zugang	247
5.5.3	Fehlende Wirksamkeitserwartung	250
5.6	Ablauf und Inhalte der ausführlichen Beratung.....	253
5.6.1	Zeitpunkt der Beratung.....	254
5.6.2	Form und Ort des Beratungsgesprächs.....	254
5.6.3	Zahl der Kontakte	256
5.6.4	Teilnehmer an der Beratung	257
5.6.5	Inhalte und Leistungen der ausführlichen Beratung	259
5.7	Zufriedenheit und Bewertung der Wirksamkeit	267
5.8	Fazit.....	276
6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	278
7	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....	284
	Literaturverzeichnis	288

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Versicherten der Pflegekassen nach Kassenarten	30
Tabelle 2: Geplante und umgesetzte Pflegestützpunkte (PSP) in Deutschland	35
Tabelle 3: Konzeptionelle Ausgestaltung der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten pro Bundesland	35
Tabelle 4: Aufgabenverteilung Pflegestützpunkte – Pflegeberatung in Hessen	97
Tabelle 5: Pflegeberatungskräfte in Niedersachsen	105
Tabelle 6: Aufgabenverteilung Pflegestützpunkte – Pflegeberatung in Schleswig-Holstein	127
Tabelle 7: Bei Pflegekassen angesiedelte Pflegeberatung	139
Tabelle 8: In Pflegestützpunkten angesiedelte Pflegeberatung	140
Tabelle 9: Übersicht Interviews	143
Tabelle 10: Codesystem zur Auswertung der qualitativen Befragungen	146
Tabelle 11: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse <i>BW_A</i>	148
Tabelle 12: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse <i>BW_B</i>	149
Tabelle 13: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse <i>BW_C</i>	150
Tabelle 14: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse <i>By</i>	151
Tabelle 15: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse <i>NRW</i>	152
Tabelle 16: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse <i>Sachs</i>	153
Tabelle 17: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse <i>SH</i>	154
Tabelle 18: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt <i>Bran</i>	155
Tabelle 19: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt <i>HH</i>	156
Tabelle 20: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt <i>Hess</i>	157
Tabelle 21: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt <i>RP</i>	158
Tabelle 22: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt <i>Saar</i>	159
Tabelle 23: Ausschöpfung der Stichprobe	224
Tabelle 24: Inhalte der Beratung bei Beratungs- und Fallmanagementkunden	228
Tabelle 25: Genannte Beratungsstellen im Wohnumfeld nach Kliententypen	233
Tabelle 26: Für die (ausführlichste) Beratung genutzte Beratungsstelle nach Kliententyp	234
Tabelle 27: Kliententypen nach Pflegebedarf	236
Tabelle 28: Kliententypen nach Geschlecht der Hauptpflegeperson	237

Tabelle 29: Kliententypen nach Pflegestufe und Beginn des Leistungsbezugs	238
Tabelle 30: Motive für die Inanspruchnahme der Beratung nach Kliententypen	242
Tabelle 31: Informationsquellen für die ausführliche Beratung nach Kliententypen	247
Tabelle 32: Zeitpunkt der ausführlichen Beratung	254
Tabelle 33: Weitere Kontakte mit dem Berater	257
Tabelle 34: Teilnehmerkonstellation nach Beratung und Fallmanagement	259
Tabelle 35: Inhalte des Beratungsgesprächs nach Beratung und Fallmanagement	262
Tabelle 36: Merkmale der Beratung nach Art der Beratungsstelle	267
Tabelle 37: Prädiktoren für eine eher negative Bewertung der Beratung	270
Tabelle 38: Prädiktoren für eine positive Bewertung der Wirksamkeit der Beratung	273

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grundgesamtheit und Rücklauf nach Kassenarten	28
Abbildung 2: Grundgesamtheit und Rücklauf im Bezug zu den versicherten Mitgliedern	29
Abbildung 3: Geschäftsstellenpräsenz der Pflegekassen auf Bundesländer bezogen	31
Abbildung 4: Anteil Pflegekassen mit Konzept für die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	32
Abbildung 5: Angebotsformen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	34
Abbildung 6: Pflegeberatungsangebot nach Bundesländern und Angebotsformen	37
Abbildung 7: Von den Pflegekassen genutzte Informationswege	38
Abbildung 8: Anzahl Geschäftsstellen von Pflegekassen pro Bundesland	40
Abbildung 9: Erreichbarkeit der Pflegeberatung über Geschäftsstellen der Pflegekassen	41
Abbildung 10: Angebot von Hausbesuchen durch die Pflegekassen	42
Abbildung 11: Wege zur Mitarbeitergewinnung für die Pflegeberatung in Pflegekassen	45
Abbildung 12: Relation Vollzeitäquivalente zu Versicherte in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	46
Abbildung 13:Anfragen zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI seit 01.01.2009	49
Abbildung 14: Vorgehen bei der systematischen Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs	50
Abbildung 15: Werkzeuge für die Erstellung eines Versorgungsplans	51
Abbildung 16: Auslöser einer Anpassung des Versorgungsplans	52
Abbildung 17: Beratungsintensität bei Beratungsgesprächen (10 Pflegekassen)	53
Abbildung 18 Gesprächspartner im Beratungsgespräch	54
Abbildung 19: Existenz einer Datenschutzregelungen zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	56
Abbildung 20: Zufriedenheit der Pflegekassen mit der Umsetzung der Umsetzung der Pflegeberatung	58
Abbildung 21: Pflegestufen zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Beratung	160
Abbildung 22: Kontaktaufnahme zur Beratung	161
Abbildung 23: Zahl der persönlichen Gespräche mit Nutzern in der Beratungsstelle pro Fall	163
Abbildung 24: Zahl der persönlichen Gespräche mit Nutzern in der eigenen Häuslichkeit pro Fall	164
Abbildung 25: Zahl aller persönlichen Gespräche mit Nutzern pro Fall	165
Abbildung 26: Zahl aller Kontakte mit Nutzern pro Fall	166

Abbildung 27: Kontakt zum pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen der Beratung	167
Abbildung 28: Kontakt zur Leistungsabteilung der Pflege- oder Krankenkasse	168
Abbildung 29: Kontakt zu Ehrenamtlichen / Nachbarschaftshilfen, Hospizverein, Alzheimer-Gesellschaft	169
Abbildung 30: Kontakt zu anderen Beratungsangeboten und Diensten der medizinischen und rehabilitativen Versorgung	170
Abbildung 31: Kontakt zu Diensten der pflegerischen und palliativen Versorgung (ohne Hospizverein)	171
Abbildung 32: Kontakt zu Behörden, Betreuungsstellen und Gerichten	172
Abbildung 33: Beratungsgegenstand Leistungen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern	173
Abbildung 34: Beratungsgegenstand Leistungen aus dem SGB XI (A)	174
Abbildung 35: Beratungsgegenstand Leistungen aus dem SGB XI (B)	175
Abbildung 36: Beratungsgegenstand Palliativ-Versorgung	176
Abbildung 37: Beratungsgegenstand haus- oder fachärztliche Versorgung	177
Abbildung 38: Beratungsgegenstand ehrenamtliche Hilfe	178
Abbildung 39: Beratungsgegenstand Feststellung und Leistungen bei Schwerbehinderung	179
Abbildung 40: Beratungsgegenstand Wohnberatung, Suche nach alternativen Wohnformen oder geeignetem Wohnraum	180
Abbildung 41: Beratungsgegenstand Erstellung, Überwachung und Aktualisierung eines Versorgungsplans	181
Abbildung 42: Qualifizierung der untersuchten Fälle durch die Pflegeberatungen	182
Abbildung 43: Anzahl der Kontakte mit den Nutzern der Pflegeberatung bei Fällen, die als Fallbegleitungen eingestuft werden (alle Kontakte, nur Pflegeberatungen mit mindestens 10 Fallbegleitungen)	183
Abbildung 44: Pflegehaushalte als Klienten von Beratungsstellen	226
Abbildung 45: Pflegehaushalte nach genutzten Leistungen von Beratungsstellen	229
Abbildung 46: Klienten von Beratungsstellen nach genutzten Leistungen	230
Abbildung 47: Beratungsstellen im Wohnumfeld	231
Abbildung 48: Genannte Beratungsstellen im Wohnumfeld	232
Abbildung 49: Für die (ausführlichste) Beratung genutzte Beratungsstelle	234
Abbildung 50: Für die Information genutzte Beratungsstellen	235
Abbildung 51: Einschätzung der Möglichkeit, sich bei Fragen zur Pflege zu informieren	239
Abbildung 52: Eigene Informiertheit über Themen im Zusammenhang mit der Pflege	240
Abbildung 53: Motive für die Inanspruchnahme der Beratung	241
Abbildung 54: Informationsdefizite	244

Abbildung 55: Informationsdefizite nach Beginn des Leistungsbezugs	245
Abbildung 56: Informationsquellen für die Möglichkeit der ausführlichen Beratung	246
Abbildung 57: Fehlender Zugang: Keine Beratungsstelle im Wohnumfeld	248
Abbildung 58: Subjektives Zugangshindernis: Fehlende Zeit	249
Abbildung 59: Schwierigkeit, mit Fremden über die häusliche Pflegesituation zu sprechen	250
Abbildung 60: Fehlende Wirksamkeitserwartungen	251
Abbildung 61: Fehlende Berücksichtigung der Interessen der Menschen mit Pflegebedarf	252
Abbildung 62: Drängen des Beraters zu Dingen, die man nicht will	253
Abbildung 63: Form des Beratungsgesprächs / der Beratungsgespräche	255
Abbildung 64: Ort des persönlichen Beratungsgesprächs	256
Abbildung 65: Teilnehmer an der Beratung	258
Abbildung 66: Inhalte des Beratungsgesprächs	261
Abbildung 67: Berücksichtigung persönlicher Wünsche und Bedürfnisse	263
Abbildung 68: Neutrale Information über Leistungsansprüche	264
Abbildung 69: Einschätzung, dass der Berater nicht wirklich unterstützen wollte	265
Abbildung 70: Drängen zur Inanspruchnahme eines bestimmten Pflegedienstes	266
Abbildung 71: Beurteilung der ausführlichen Beratung	268
Abbildung 72: Beurteilung der ausführlichen Beratung nach Beratungsstelle	269
Abbildung 73: Verbesserung der Pflegesituation durch die ausführliche Beratung	271
Abbildung 74: Verbesserung der Pflegesituation durch die Beratung nach Beratungsstelle	272
Abbildung 75: Einschätzung der häuslichen Pflegesituation	275

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BeKo-Stelle	Beratungs- und Koordinationsstelle
BIK	Barrierefrei informieren und kommunizieren
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bsp.	Beispiel
BT-Druck.	Bundestagsdrucksache
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing
d.h.	das heißt
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.
e.V.	eingetragener Verein
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
evtl.	eventuell
gem.	gemäß
GEZ	Gebühreneinzugsstelle
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
i.S.	im Sinne
IAV	Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen
IKK	Innungskrankenkasse
IT	Informationstechnik
k.A.	keine Angaben
KDA	Kuratorium Deutsche Altenhilfe
Km	Kilometer
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KW	Kalenderwoche
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse

LPK	Lehr- und Praxiskommentar
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mio.	Millionen
o.A.	ohne Angabe
PASW	Predictive Analysis SoftWare
PKW	Personenkraftwagen
PSP	Pflegestützpunkt
REHA	Rehabilitation
Rz.	Randzeichen
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TUB	Trägerunabhängige Beratungsstelle
u.a.	und andere
u.a.	unter anderem
u.Ä.	und Ähnliches
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VZ	Vollzeit
VZÄ	Vollzeitäquivalenzen
z.B.	zum Beispiel
Ziff.	Ziffer

1 Einleitung

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI eingeführt. Ab dem 1. 1. 2009 hat jeder Pflegebedürftige in Deutschland einen Anspruch auf individuelle Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Der Gesetzgeber hat bereits im Gesetz bestimmt, dass über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. 6. 2011 ein unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellender Bericht vorlegt werden muss (§ 7a Abs. 7 SGB XII). Im Herbst 2010 leitete der GKV Spitzenverband Bund das Ausschreibungsverfahren für die Evaluation der Pflegeberatung nach §7a SGB XI ein. Der Ausschreibung lag ein differenziertes Evaluationsdesign zugrunde, das sowohl die Befragung der Pflegekassen als auch die von Nutzern vorsah und einen Überblick über die Pflegeberatungsstrukturen in den 16 Bundesländern sowie 10 Fallstudien als Bestandteile des Evaluationsauftrages kannte. Die Bietergemeinschaft AGP Freiburg, HWA München und TNS Infratest Sozialforschung München hat sich an diesem Verfahren beteiligt und im Dezember 2010 den Zuschlag erhalten. Im Projektzeitraum vom 1. 1. 2011 bis 31. 5. 2011 erfolgte die Durchführung der Datenerhebungen und Auswertungen. Der hiermit vorliegende Abschlussbericht stellt die bundesweit gewonnenen Erkenntnisse dar und wurde in der Darstellung der Ergebnisse ausführlich mit dem Auftraggeber abgestimmt.

1.1 Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI: der gesetzliche Auftrag

Die Evaluation der Pflegeberatung orientiert sich streng an den vom Gesetzgeber mit der Pflegeberatung verbundenen Zielen und Intentionen. Aus diesem Grund wird im Folgenden der gesetzliche Auftrag zur Pflegeberatung nach §7a SGB XI in komprimierter Form dargestellt.

Der mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 neu eingefügte § 7a SGB XI begründet einen einklagbaren individuellen Rechtsanspruch auf umfassende Beratung und Hilfestellung (Pflegeberatung). Dieser Rechtsanspruch gilt für alle Personen, die Leistungen des SGB XI beziehen oder diese beantragt haben und einen erkennbaren Hilfe- und Beratungsbedarf vorweisen. Ziel der Vorschrift ist insbesondere die Einführung eines individuellen Fallmanagements im Kontext der Pflege, das über die Pflege hinaus auch andere, für die tägliche Lebensführung bei Pflegebedürftigkeit bedeutsame Bedarfe mit in den Blick nimmt. Dazu gehört etwa die Ermöglichung der Führung eines selbstbestimmten Lebens (Schiffer-Werneburg 2009 in: LPK SGB XI §7a Rz. 12) oder auch die Sicherstellung einer über die Pflege hinausgehenden Betreuung. Die Pflegeberatung übernimmt damit eine zentrale Rolle im Hinblick auf das Versorgungsmanagement im Einzelfall. Die Leistungsberechtigten sind nicht verpflichtet, Pflegeberatung nach §7a SGB XI in Anspruch zu nehmen - die Inanspruchnahme ist freiwillig. Die Entscheidung, ob ein Ratsuchender zum berechtigten Personenkreis mit Anspruch auf Pflegeberatung gehört oder nicht, liegt bei den Pflegekassen wie auch den privaten Pflege-Pflichtversicherern: sie prüfen, ob ein erkennbarer Hilfe- und Beratungsbedarf vorliegt (Schiffer-Werneburg 2009 in LPK SGB XI §7a Rz. 9).

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist als individuelles Fall- bzw. Case Management angelegt (Schiffer-Werneburg 2009 in: LPK SGB XI §7a Rz. 2). Das bedeutet, dass sie so, wie sie vom Ge-

setzgeber definiert ist, über die allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflichten der Pflegekassen nach § 7 SGB XI hinausgeht. Die Pflegeberatung richtet sich direkt an die Leistungsberechtigten, bezieht aber auch die Angehörigen und Ehegatten oder Lebenspartner in die Beratung mit ein. Zu den Aufgaben der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gehört:

- die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (vgl. § 7a Abs. 1 Nr. 1 SGB XI),
- die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans (vgl. § 7a Abs. 1 Nr. 2 SGB XI),
- die Unterstützung bei der Durchführung des Versorgungsplans (vgl. § 7a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI),
- die Überwachung und Anpassung des Versorgungsplans (vgl. § 7a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI) und
- bei komplexen Hilfebedarfen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses (vgl. § 7a Abs. 1 Nr. 5 SGB XI).

Damit ist – mit Ausnahme der Auswertung und Dokumentation bei komplexen Hilfebedarfen – der Mindestumfang einer Pflegeberatung beschrieben. Der Prozess, wie er als Pflegeberatung im Gesetz formuliert, in der Kommentierung erläutert und in die Curricula für Pflegeberatung aufgenommen ist, entspricht dem Regelkreis des Handlungsansatzes Case Management.

Mit der Pflegeberatung wird den Anspruchsberechtigten erstmals eine individuelle und zugleich umfassende Unterstützung angeboten, die denjenigen, die sie nutzen, zum einen bei der Beantragung, Inanspruchnahme und Koordination von notwendigen Leistungen aus den unterschiedlichen Leistungssystemen helfen soll (genannt sind u. a. gesundheitsfördernde, kurative, rehabilitative oder palliative Maßnahmen), zum anderen aber auch alle sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfe- und Unterstützungsangebote – jenseits des Leistungsrechts – zugänglich machen soll. Die Pflegeberatung muss über die pflegerischen Leistungen hinaus über alle in Frage kommenden Versorgungs- und Betreuungsangebote informieren und die Inanspruchnahme ermöglichen. Entsprechend sind Pflegeberater auch befugt, Anträge an alle Leistungsträger des Fünften und Elften Buches des Sozialgesetzbuches entgegenzunehmen. Die entgegengenommenen Anträge sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.

Ein zentrales und für die Pflegeberatung konstituierendes Element ist die Erstellung eines Versorgungsplans. In ihm sind die im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen sowie sonstigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen festzuhalten. Der Versorgungsplan soll Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen enthalten. Außerdem soll er auf das entsprechende regionale Leistungsangebot sowie die erforderliche Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen hinweisen. Die Pflegeberater sind verpflichtet, bei der Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und mit allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten „anzustreben“. Dieses Einvernehmen wird man als Wirksamkeitsvoraussetzung für einen Versorgungsplan ansehen müssen, da nur bei Einvernehmen eine vertrauensvolle Bereitschaft zur praktischen Umsetzung sowohl bei den Anspruchsberechtigten als auch bei den Angehörigen und sonstigen Helfern gegeben ist (Schiffer-Werneburg 2009 in: LPK SGB XI § 7a Rz.21.).

Die Pflegeberatung kann und soll in der Regel nicht selbst Leistungsentscheidungen treffen, sondern auf die erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Bewilligung durch den jeweiligen Leistungsträger „hinwirken“.

Damit die Pflegeberatung die ihr übertragenen Aufgaben erfüllen kann, sind die Pflegekassen verpflichtet, so viele Pflegeberaterinnen und -berater vorzuhalten, dass die Aufgaben zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können (§ 7a Abs. 3 SGB XI). Die Pflegeberatung kann auf Wunsch im Wohnumfeld des Leistungsberechtigten erfolgen. Beraterinnen und Berater, die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen, sollen laut Gesetz über eine Berufsausbildung als Pflegefachkraft, Sozialversicherungsfachangestellter oder als Sozialarbeiter verfügen, die über eine vom GKV-Spitzenverband Bund definierte Zusatzqualifikation zum Pflegeberater zu ergänzen ist. Die Qualifikation zum Pflegeberater umfasst neben pflegerischen und sozialrechtlichen Inhalten auch 180 Stunden Case Management/sozialarbeiterische Grundkompetenz. Die Fähigkeiten zu Kommunikation, Beratung und Moderation werden vorausgesetzt, die Weiterbildung setzt auf diesen auf. Über die Grundkompetenz zum Pflegeberater hinausgehende Kompetenzen sind nicht verpflichtend gemacht worden. Diese grundlegenden Qualifikationsanforderungen müssen bei allen in der Pflegeberatung Tätigen bis spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.

Die Pflegekassen sind darüber hinaus verpflichtet, den Pflegestützpunkten (so das Land die Einrichtung beschlossen hat) eine ausreichende Anzahl von Pflegeberatern zur Verfügung zu stellen und darüber Vereinbarungen zu treffen (§ 7a Abs. 4 SGB XI). Die Pflegekassen können die Aufgaben zur Durchführung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten auch auf andere Leistungsträger oder deren Verbände übertragen.

Die Pflegekassen haben in jedem Fall die Unabhängigkeit der Beratung sicherzustellen: „Die Pflegeberatung soll als Sachwalter der Interessen der Betroffenen fungieren“ (Schiffer-Wernerburg 2009 in: LPK SGB XI § 7a Rz. 5). Eine Unabhängigkeit in der Aufgabenwahrnehmung soll gewährleistet werden, um Fremdinteressen und eine damit einhergehende Beeinflussung des Leistungsberechtigten ausschließen zu können – der Nutzer soll in jedem Fall eine bedarfsgerechte und unabhängige Beratung erhalten, egal bei welchem Träger (Pflegekasse, Pflegestützpunkt) der Pflegeberater angestellt ist.

Die Kosten der Pflegeberatung werden je zur Hälfte aus dem Leistungshaushalt und der Verwaltungskostenpauschale der Pflegekassen gedeckt. Die Pflegekassen haben die Möglichkeit der Aufgabenübertragung auf Dritte. Das können Leistungserbringer, private oder öffentliche Beratungsstellen und sonstige Dienstleister sein, die im Bereich der Pflege tätig sind und die vorausgesetzten Kriterien (Qualifikation etc.) erfüllen. Es muss im Falle einer Aufgabenübertragung jedoch sichergestellt sein, dass die fachlichen und qualitativen Anforderungen, die an die Pflegeberatung gestellt werden, erfüllt sind und die Datenschutzvorgaben i. S. v. § 80 SGB X eingehalten werden. Eine Variante der Übertragung der Aufgaben der Pflegeberatung an Dritte kann die vollständige Beauftragung der Pflegestützpunkte durch einzelne oder alle Kassen (einer Region) sein. Zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sind alle gesetzlichen Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, welche die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, verpflichtet (§ 7a Abs. 5 SGB XI). Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen oder auch nur die privaten Versicherungsunternehmen untereinander können zur Durchführung der Pflegeberatung zusammenarbeiten und Vereinbarungen schließen. Aufgrund der vielfältigen Kooperations- und Koordinationsaufgaben, die mit der Pflegeberatung verbunden sind, ist zudem

eine Regelung zur Datenerhebung getroffen worden (§ 7a Abs. 6 SGB XI). Zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten im Zusammenhang mit der Pflegeberatung sind neben den Pflegeberatern insbesondere die Leistungsträger für die örtliche Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege, die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Pflegeeinrichtungen sowie Einzelpersonen nach § 77 SGB XI, die Mitglieder von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich tätige Personen oder Organisationen sowie die Agenturen für Arbeit und die Träger der Grundversicherung für Arbeitssuchende berechtigt.

Mit der Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird das über die Summe der Einzelfälle hinausgehende Ziel verfolgt, die individuelle Pflegeberatung mit der Entwicklung einer bedarfsgerechten Infrastruktur und einer Verbesserung der Zusammenarbeit von Kostenträger und Leistungserbringer zu verbinden. Hier wurde den Bundesländern die Möglichkeit gegeben, die Errichtung von Pflegestützpunkten zur Entwicklung einer vernetzten Infrastruktur zu beschließen. Die Pflegestützpunkte dienen dann einer wohnortnahen Versorgung und Betreuung. Werden sie errichtet, haben sich die Pflege- und Krankenkassen an ihnen zu beteiligen. In die Pflegestützpunkte ist im Falle ihres Bestehens die Pflegeberatung einzubeziehen. Nach § 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c SGB XI Pflegeberatung in Anspruch genommen werden kann.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der § 7a SGB XI auf der einen Seite verbindlich die Merkmale der Pflegeberatung festschreibt, sowie welche Mindestanforderung an sie zu stellen ist und welchen Zielen sie dient. Die Vorschrift räumt auf der anderen Seite Spielraum für die Realisierung und Umsetzung der Pflegeberatung ein, und dies in zweierlei Hinsicht: Zum einen für die jeweilige Kasse, zum anderen für Formen gemeinsamer Realisierung der Aufgaben der Pflegeberatung und der Integration von Pflegeberatung in Pflegestützpunkten.

1.2 Das der Evaluation zugrunde liegende fachliche Verständnis von Pflegeberatung

Die Evaluation orientiert sich an einem auf das Handlungskonzept Case Management basierten Verständnis der Pflegeberatung, das bei der Gesetzgebung leitend war und sich in der Gesetzesbegründung widerspiegelt (BT-Drucks. 16/7439 S. 48). Der gesetzlich festgeschriebene Prozess der Pflegeberatung entspricht dem Regelkreis des Case Managements, der auf der Fallebene die Schritte Intake (Definition der Zielgruppe), Assessment (Erfassung und Bewertung des Hilfebedarfs), Planning (Erstellen eines individuellen Serviceplans), Linking (Umsetzung des individuellen Serviceplans), Monitoring (Überwachung und ggf. Anpassung der Umsetzung des individuellen Serviceplans) und Evaluation (Auswertung des Unterstützungsprozesses aus Nutzer-, Versorgungs- und Beraterperspektive) vorsieht (Frommelt u.a. 2008). Damit kann der allgemein anerkannte Stand der Erkenntnisse in der Methode der Fallführung entsprechend den Standards der Praxis von Case Management als fachliche Referenz für die gesetzliche Regelung gelten (vgl. Wendt 2010, S. 192ff.; Wendt 2011). Lediglich die evaluierende Nachsorge als Überprüfung der Nachhaltigkeit der Implementierung von Unterstützungsleistungen wird im § 7a SGB XI nicht explizit beschrieben, ist aber in Form der Überwachung der Versorgungsplanung implizit angelegt. Evaluation und Dokumentation finden im Fallmanagement (im Sinne von Case Management) immer statt, in der gesetzlichen Regelung zur Pflegeberatung werden die Schritte des Fallmana-

gements dagegen nur bei besonders komplexen Hilfebedarfen komplett eingefordert, wobei für jeden Nutzer von Pflegeberatung die Erstellung, Durchführung, Überwachung und Anpassung eines individuellen Versorgungsplan auf Basis der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs obligatorisch ist. Die Pflegeberatung – ggf. in Kooperation mit den Pflegestützpunkten – ist im Sinne des Case Managements zunächst auf für die Fallführung der Einzelfälle (im Sinne eines Fallmanagements) verantwortlich. In der verantwortlichen Ausübung der Pflegeberatung werden damit des weiteren die betreffenden Akteure im Rahmen der Fallführung auf der Systemebene einbezogen, sei es in der Stabilisierung und Pflege vorhandener Strukturen oder als Impulsgeber für den Aufbau neuer Strukturen, wenn notwendig auch über den Einzelfall hinaus. So wirkt die Pflegeberatung (implizit im Laufe der Fallführung) zugleich auf der Systemebene an der stetigen Verbesserung regionaler Versorgungsstrukturen für den Einzelfall mit. Um einen Versorgungsplan umsetzen zu können, bedarf es der Vernetzung mit allen informellen und formellen Akteuren, die an der Versorgung zu beteiligen sind. Damit diese Vernetzung nicht in jedem einzelnen Fall erneut her- und sicher gestellt werden muss, ist eine strukturelle Stabilisierung, die Beteiligung an regionalen Koordinierungsstrukturen, wie beispielsweise Gremien, und die Rückmeldung zu festgestellter Über-, Unter- und Fehlversorgung in der jeweiligen Versorgungsregion unabdingbar. Insofern ist eine Case Management basierte Pflegeberatung immer mit dem Care Management auf regionaler und lokaler Ebene verbunden, wenn sie auf eine effiziente Fallsteuerung und Effizienz des Gesamtsystems ausgerichtet sein soll. Der Gesetzgeber weist darauf hin, dass die Pflegeberatung auf die örtlichen Leistungsangebote in allen Bereichen möglicher Hilfeleistungen von Sozialleistungen über gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen hin zu weisen und diese einzubeziehen hat.

Wie die Methode sind auch die Funktionen der Pflegeberatung methodisch im Case Management gestützt. Das im Gesetz benannte anzustrebende Einvernehmen bezüglich der Hilfeplanung, die den Hilfesuchenden selbst und sämtliche an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten umfasst, des weiteren die geforderte Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen und nicht zuletzt die zu gewährleistende Neutralität der Pflegeberatung finden ihre Entsprechung und Ausführung in den klassischen Funktionen des Case Managements wie Systemagenten, Versorgungsmaklers und Dienstmaklers (Infobroker), Kundenanwalt (Advocacy), Empowerment und Social Support (Wendt, 2010, S. 195).

Dieses hier auf den Gesetzestext direkt angewendete fachliche Verständnis der Pflegeberatung lässt sich für die Fallführung und Versorgungsplanung definieren, als ein „Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem pflegerischen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen“ (Wendt, 2010, S. 195).

Case Management wird, wie vom MDK Bayern ausgeführt, als systemstrukturierendes Handlungskonzept und Methode verstanden (MDK Bayern 2011). So besteht stets eine hohe Eigenverantwortung und fallbezogene Flexibilität der jeweiligen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Nicht jeder Klient, der sich an die Pflegeberatung wendet, benötigt ein individuelles Fallmanagement. Nicht für jeden muss ein Versorgungsplan erstellt werden. Unterschieden wird in der Case Managementdiskussion zwischen

Personen, denen ohne weitere Fallabklärung die Weitergabe gezielter Informationen ausreicht (Informationskunden)

Personen, in denen zwar eine Fallabklärung notwendig ist, eine Fallsteuerung allerdings nicht geboten ist, weil die Personen sich die Hilfen selbst zugänglich machen und koordinieren können (Beratungskunden)

Personen, bei denen eine komplexe Hilfsituation mit einer hohen Akteursdichte vorliegt, und eine individuelle Fallsteuerung erforderlich ist (Fallmanagement Kunden) (Frommelt u.a. 2008).

Wenn es sich um einen Klienten handelt, der einen entsprechenden Bedarf aufweist und mit dem eine Zusammenarbeit im Fallmanagement vereinbart wird, sind die im Gesetz niedergelegten Case Management basierten Vorgehensweisen als verbindlich zu betrachten.

Insgesamt ist Case Management auf eine effiziente und ressourcenorientierte Hilfestellung im Einzelfall und auf Effizienz des Gesamtsystems ausgerichtet. Diese Zielsetzung reflektiert der Gesetzgeber u. a. in dem angestrebten Zusammenwirken von Pflegeberatung im Einzelfall mit den Akteuren auf kommunaler Ebene – idealtypisch in Pflegestützpunkten.

Das dargelegte, dem aktuellen Stand der Case Management-Diskussion entsprechende Konzept gilt als fachliche Referenz für die Pflegeberatung und liegt der Evaluation zu Grunde. Einer solchen Explizierung des fachlichen Verständnisses von Pflegeberatung bedarf es – neben den verbindlichen gesetzlichen Vorgaben –, um über Maßstäbe für die Evaluation zu verfügen und die Empirie der Pflegeberatung anhand fachlicher Parameter diskutieren zu können.

1.3 Fragestellungen und Module der Evaluation

Die Leistungsbeschreibung „Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI“ des GKV Spitzenverbandes vom 1. November 2010 für die Evaluation der Pflegeberatung sieht vier zentrale Fragestellungen respektive methodische Zugänge für die Evaluation und die Erstellung des wissenschaftlichen Berichtes vor. Dabei handelt es sich um die Erstellung eines bundesweiten Überblicks über die Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern, um eine schriftliche Kurzbefragung aller 161 Pflegekassen, eine Nutzerbefragung von mindestens 450 Nutzern der Pflegeberatung und schließlich 10 Fallstudien aus mindestens 10 Bundesländern. In einem Fazit sollen Schlussfolgerungen für die weitere Ausgestaltung der Pflegeberatung in Deutschland ausgearbeitet werden

1.3.1 Evaluationsmodul 1: Bundesweiter Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern

Wie oben gezeigt, hat der Gesetzgeber die Umsetzung der Pflegeberatung sehr offen gestaltet und diese den Pflegekassen und im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten auch den Bundesländern übertragen. Die Evaluation sollte dementsprechend in einem ersten Teil eine Gesamtdarstellung der Strukturen von Pflegeberatung in Deutschland ergeben. Der Auftrag des GKV-Spitzenverbandes war:

Erstellung eines bundesweiten Überblicks über die Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern auf der Grundlage von:

- a. mindestens einem Expertengespräch pro Bundesland mit Vertretern der Pflegekassen auf der Landesebene, mit Vertretern der Landesregierung und Vertretern der kommunalen Spitzenverbände
- b. einer Dokumentenanalyse

Diese Vorgaben wurden wie folgt umgesetzt:

- a. Experteninterviews

In allen 16 Bundesländern wurden Experteninterviews mit Vertretern der Pflegekassen, der kommunalen Spitzenverbände und des Landes geführt. Hierzu wurden Personen recherchiert und angefragt, die über umfangreiches Sachwissen in Bezug auf die Pflegeberatungsstrukturen des jeweiligen Landes verfügen. Dabei ließen sich nicht alle 45 Interviews im eng gesteckten Zeitrahmen Evaluation verwirklichen. Letztlich wurden 29 persönliche oder telefonische Interviews geführt, die 34 thematische Befragungsfelder abdecken (teils waren Gruppeninterviews gewünscht, teils deckten Experten oder Expertinnen mehrere Länder ab).

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert, bereinigt und codiert. Aus dem codierten Material wurden ausführliche Paraphrasen erstellt, in der die Kassenperspektive, die der Kommunen und die des Landes in einem Länderprofil zusammengeführt werden. Für jede an einem Experteninterview beteiligte Pflegekasse wurde ein einzelnes Portrait erstellt.

- b. Dokumentenanalyse

Die Dokumentenanalyse wurde wie folgt angelegt und durchgeführt: zunächst wurden die relevanten Dokumententypen und Dokumentenquellen identifiziert. Es folgte eine Recherche nach den entsprechend definierten Dokumenten, die dann datenbanktechnisch erfasst und auf ihre Relevanz in Bezug auf das Thema hin geprüft wurden. Die als relevant klassifizierten Dokumente wurden analysiert und einer synoptischen Darstellung und Charakterisierung der Pflegeberatungsstruktur auf Landesebene zugrunde gelegt. Die genaue Darstellung des methodischen Zugangs, der Dokumente und der Ergebnisse sind in Kapitel 3 zu finden.

1.3.2 Evaluationsmodul 2: Bundesweiter Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in den Pflegekassen

In der Ausschreibung des GKV Spitzenverbandes Bund wurde eine schriftliche Kurzbefragung aller 161 Pflegekassen zur gegenwärtigen Praxis der Pflegeberatung gefordert. Gefragt werden sollte nach Organisationsstrukturen, der Qualifikation der eingesetzten Berater, dem Personaleinsatz, der tatsächlichen Inanspruchnahme/Nachfrage, der Beratung zugrunde liegenden Konzepten sowie der Nutzerstruktur der Pflegeberatung auf der Basis von Auskünften der Pflegekassen. Hierzu stellte der GKV Spitzenverband dem Auftragnehmer die Adressen der zu befragenden Kassen zur Verfügung und unterstützte im Vorfeld die initiale Information der Pflegekassen bezüglich der durchzuführenden Befragung.

Bei der Entwicklung des Kurzfragebogens standen folgende Ziele im Vordergrund: Die Befragung der Pflegekassen sollte eine kassenspezifische Darstellung der Aufgabenwahrnehmung nach §

7a SGB XI möglich machen. Von besonderem Interesse waren dabei die infrastrukturellen Gegebenheiten, die auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene die Umsetzung der Pflegeberatung beeinflussten. Hier sollten Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten feststellbar werden. Der Fragebogen wurde so gestaltet, dass ein Bezug zu den Fragestellungen, die im Rahmen der Fallstudien untersucht wurden, möglich war. Des Weiteren wurde über den Fragebogen untersucht, inwieweit sich die Pflegekassen in ihrer Größe, ihrer Organisationsstruktur und ihrer Repräsentanz vor Ort unterscheiden und inwieweit sich das auf die Umsetzung der Pflegeberatung auswirkt.

Die Pflegekassen gaben mittels eines Onlinefragebogens Auskunft zur Organisation der Aufgaben der Pflegeberatung und der entsprechenden Praxis. Sie wurden im Vorfeld über den GKV-Spitzenverband über Ziel und Inhalt der Onlinebefragung informiert. Über eine Recherche wurde sichergestellt, dass in jeder Kasse der richtige Ansprechpartner bzw. die richtige Abteilung den Fragebogen zum Ausfüllen erhielt. Auf diese Weise wurde erreicht, dass der Fragebogen von Personen mit entsprechender Sachkenntnis ausgefüllt wurde. Die Beantwortung der Fragen war in einem überschaubaren Zeitraum möglich. Die Ergebnisse der Kurzbefragung sind in Kapitel 2 dargestellt.

1.3.3 Evaluationsmodul 3: Befragung der Nutzer einer Pflegeberatung

Auftrag des GKV-Spitzenverbandes war, dass mindestens 450 Nutzer einer Pflegeberatung – unter Berücksichtigung aller Bundesländer – befragt werden sollten. Der Auftragnehmer wählte folgenden repräsentativen Zugang: zum einen wurde auf insgesamt 1164 Privathaushalte zurückgegriffen, die als Antragsteller oder Leistungsbezieher bereits im Rahmen der Studie „Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes“ im Auftrag des BMG Mitte des Jahres 2010 von TNS Infratest Sozialforschung telefonisch befragt worden waren. Zum anderen wurde über entsprechende Screening-Fragen weitere Pflegebedürftige bzw. Antragsteller oder Leistungsbezieher im Rahmen von kontinuierlichen Mehrthemenbefragungen identifiziert und dann im Detail zu ihren Erfahrungen mit Pflegeberatung gefragt. Die Bildung der Stichprobe erfolgte somit auf repräsentativem Wege – auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass keine Vorselektion über die Auswahl von zu befragenden Nutzern seitens der Leistungserbringer von Pflegeberatung vorgenommen wurde. Und es war möglich, die Aussagen der Nutzer von Pflegeberatung mit den Aussagen von Nicht-Nutzern zu vergleichen. Es konnte z. B. eine repräsentative Zahl von privaten Pflegehaushalten danach gefragt werden, ob die Leistung überhaupt bekannt ist. Auch konnte gefragt werden, warum Pflegehaushalte bei Kenntnis der Leistung dennoch darauf verzichteten, diese in Anspruch zu nehmen. Die Ergebnisse der Befragung der Nutzer und Nicht-Nutzer sind in Kapitel 5 dargestellt.

1.3.4 Evaluationsmodul 4: Fallstudien zu Unterschieden der Beratungspraxis

Ebenso Auftrag des GKV-Spitzenverbandes war es, mindestens zehn Fallstudien in mindestens zehn Bundesländern durchzuführen, um mit Hilfe detaillierter Fragen in Anlehnung an den Kurzfragebogen (siehe 1.2) zu erfahren, wie genau sich Organisationsstruktur, Nutzerstruktur, Qualifikation der Berater, konzeptionelle Vorgaben und rechtlicher Rahmen auf der Fallebene abbilden. Ziel sollte sein, sowohl förderliche als auch hinderliche Bedingungen in der Umsetzung der Auf-

gaben zu identifizieren und anhand der Fallstudien Beispiele für „good practice“ zu allen Themen vorzustellen. Die Grundlage der Fallstudien bildeten die in 1.1 beschriebenen Merkmale einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, wie sie der Gesetzgeber vorgegeben hat.

Umgesetzt wurden diese Aufgaben auf zwei Untersuchungsebenen, wie im Kapitel 4 Näher ausgeführt und hier einleitend skizziert: auf der ersten Ebene wurde die Organisation der Beratung bei insgesamt zwölf Beratungsangeboten untersucht. Zehn dieser zwölf Beratungsangebote wurden zudem im Detail anhand der Auswertung von je 30 Beratungsfällen betrachtet. Sieben der zwölf Beratungsangebote sind bei den Pflegekassen, fünf in einem Pflegestützpunkt angesiedelt. Die Auswahl der zwölf bzw. zehn Beratungsangebote erfolgte in enger Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband auf Basis vorab definierter Kriterien: es sollte eine möglichst große Bandbreite der Diversität in der Umsetzung bundesweit berücksichtigt werden, vorrangig sollten zudem solche Beratungsangebote mithilfe von Fallstudien untersucht werden, die nach Ansicht unterschiedlichster Experten „good practice“ in ihrem jeweiligen Umsetzungskontext abbilden.

Die Untersuchungen auf der Ebene der Organisation von Beratung erfolgten mit Hilfe von Erhebungsinstrumenten, der Analyse von Dokumenten zur Konzeption der Organisation von Beratung, der qualitativen Befragung von Beratern und der Analyse von Dokumenten zum Beratungshandeln.

Die Untersuchungen auf der Ebene der Beratungsfallebene erfolgten über die Ziehung einer zufälligen Stichprobe von je 30 laufenden und abgeschlossenen Fällen pro Beratungsangebot. Die Rücklaufquote ergab eine Gesamtzahl von n=240 Beratungsfällen, die ausgewertet werden konnten. Bei zwei der zehn vorab ausgewählten Beratungsangebote konnten die angestrebten 30 Fälle nicht untersucht werden, so dass im Bericht acht Beratungsangebote in Form einer detaillierten Auswertung auf der Ebene der Beratungsfallebene dargestellt sind. Die Ergebnisse der Fallstudien sind in Kapitel 4 ausführlich dargestellt, fließen aber auch in Kapitel 2 ein.

1.3.5 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Der Auftrag des GKV-Spitzenverbandes sieht ein ausführliches Fazit sowie Schlussfolgerungen in Bezug auf die weitere Ausgestaltung der Pflegeberatung in Deutschland vor. Diese sind in Kapitel 6 (Zusammenfassung aller Ergebnisse) und in Kapitel 7 (Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen) dargestellt.

Die Ergebnisse der Evaluation auf ganz unterschiedlichen Ebenen (Pflegekassen, Länder, Kommunen, Spitzenverbände, Beratungsangebote, Dokumente, Fälle, Nutzer und Nutzerinnen) werden in ihren unterschiedlichen Zugängen und Schritten systematisch aufeinander bezogen und anhand der Fragen, die in der Leistungsbeschreibung formuliert sind, in ein Fazit und in Handlungsempfehlungen überführt. Diese beziehen sich auf hinderliche und förderliche Faktoren für „good practice“ auf der Fallebene (konkrete Beratungsarbeit vor Ort), der Systemebene (Organisation von Pflegeberatung wie auch Vernetzung mit anderen Organisationen) und der Ebene von Care (politische und institutionelle Vorgaben auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene). Um eine Bewertung von „good practice“ vornehmen zu können, wird anhand der Darstellung der rechtlichen wie auch fachlichen Definition von Standards für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (in Anlehnung an die Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V., 2009) ein Orientierungsrahmen vorgege-

ben (vgl. auch 1.1). Mit diesem wird im Zusammenhang mit den oben dargestellten gesetzlichen Vorgaben der Nukleus für einen Standard zur Pflegeberatung gesetzt, s. o.

Die Beispiele für „good practice“ in der Umsetzung von Pflegeberatung auf der Fallebene, auf der Ebene der Organisation vor Ort, der Strukturierung und Wahrnehmung der Pflegeberatungsaufgaben auf der kommunalen und Landesebene wie auch auf der Bundesebene dienen dem GKV-Spitzenverband wie auch der Politik als Anhaltspunkt dafür, wie der Stand der Umsetzung von Pflegeberatung zu bewerten ist, wo ggf. Handlungsbedarf besteht und wie die Umsetzung der Richtlinien des GKV Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater erfolgt ist. Die Evaluationsergebnisse sind zudem geeignet, Auslegungsunsicherheiten in der Anwendung des § 7a SGB XI zu verdeutlichen und Handlungsbedarf de lege ferenda zu erkennen. Die Ergebnisse der Nutzerbefragung schließlich geben Hinweise darauf, inwieweit das Kommunikationskonzept der Pflegeberatung und ihre niederschwellige Nutzung allgemein bekannt sind und inwieweit die Fallmanagement-orientierte Ausgestaltung aus der Sicht der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger anschlussfähig ist und konkrete Wirkung zeigt.

Der Evaluationsbericht beruht auf umfangreichem Datenmaterial. Es konnte nicht vollumfänglich in den Bericht einfließen. In den jeweiligen Kapiteln wird auf die entsprechenden Datensätze und Quellen verwiesen. Auf die Veröffentlichung eines Anhangs wurde verzichtet. Zu den Kapiteln 3 und 4 liegen Transkripte, Paraphrasen der Interviews, Unterlagen der Beratungsangebote und Unterlagen zur Beratungspraxis sowie Länderberichte zu den Strukturen der Pflegeberatung etc. vor, die in dem Bericht kondensiert wurden.

2 Überblick über die Pflegeberatung in den Pflegekassen

2.1 Einleitung

Wie setzen die Pflegekassen den gesetzlichen Auftrag um, den anspruchsberechtigten Versicherten Pflegeberatung anzubieten und den eingeräumten Rechtsanspruch auf ein individuelles Fallmanagement einzulösen? Diese Frage steht bei der Evaluation der Pflegeberatung gemäß § 7a Abs. 7 SGB XI im Vordergrund. Es handelt sich für die Pflegekassen um eine neue Aufgabe die, wie eingangs beschrieben wurde, weit über die bisher vorgesehene Beratung des § 7 SGB XI hinausgeht. Die Pflegekassen haben ihren Versicherten die Pflegeberatung zugänglich zu machen und - wenn gewünscht und ein entsprechender Bedarf an Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagement besteht - entsprechende Beratung und Hilfestellung anzubieten. Es geht bei der Implementierung der Pflegeberatung also um zweierlei:

1. **Erreichbarkeit und Zugänglichkeit** des Leistungsangebotes Pflegeberatung: Die Versicherten müssen über das Beratungsangebot informiert sein, sie müssen sich über dieses Angebot ein Bild verschaffen können, sie müssen wissen, an wen sie sich wenden können. Und es muss bei entsprechenden Anfragen die Kompetenz bei den Pflegekassen vorhanden sein, zu prüfen, ob es sich um einen Fall der Pflegeberatung handelt oder nicht und ob eine komplexe Fallkonstellation vorliegt, bei der Bedarf für ein individuelles Fallmanagement gegeben ist.
2. **Durchführung** einer qualifizierten Pflegeberatung, wenn sie gewünscht ist und entsprechender Bedarf besteht: durch qualifizierte Berater, die den individuellen Hilfebedarf feststellen, einen Versorgungsplan mit Einverständnis des Anspruchsberechtigten sowie der beteiligten Helfer ausarbeiten, umsetzen und die Durchführung begleiten, ggf. unter Anpassung des Versorgungsplans, und schließlich bei besonders komplexen Hilfebedarfen die Umsetzung evaluieren und dokumentieren.

Wie die Pflegekassen den gesetzlichen Auftrag organisatorisch umsetzen, liegt in ihrer eigenen Verantwortung. Sie haben dabei einen vergleichsweise großen Gestaltungsspielraum. Sie können diese Aufgabe selbst wahrnehmen. Sie können bei dieser Aufgabe mit anderen kooperieren. Es ist ihnen auch gestattet, die Aufgaben durch Dritte wahrnehmen zu lassen oder Dritte zu beteiligen - generell, an bestimmten Orten oder für bestimmte Zielgruppen. Sie können (und müssen) diese Aufgabe, soweit vorhanden, (auch) in Pflegestützpunkten wahrnehmen oder wahrnehmen lassen, soweit dies vom Versicherten gewünscht wird.

Die Ausgangssituation der Pflegekassen ist im Hinblick auf die Übernahme der Aufgaben der Pflegeberatung sehr unterschiedlich. Sie entspricht der Heterogenität der Pflegekassenlandschaft. Die 156 Pflegekassen¹, die jeweils mit der Verpflichtung zur Implementierung der Pflegeberatung konfrontiert sind, unterscheiden sich nach:

¹ Stand zu Beginn der Evaluation am 01.01.2011

- Größe (Mitglieder/Versichertenzahl/Zahl der versicherten Pflegebedürftigen)
- Dienstleistungskonzeption (Online-Kasse, regionale Geschäftsstellen)
- Regionaler Ausdehnung ihres Geschäftsstellennetzes (nur in einem Bundesland, schwerpunktmäßig in einem Bundesland oder einer Region, unterschiedliche Dichte in unterschiedlichen Regionen, bundesweites Netz)
- Mitgliedschaften (berufsspezifische Eingrenzung, z.B. Landwirtschaft, Bergbau, Gartenbau oder freier Zugang für gesetzlich Versicherte).

Diese unterschiedlichen Kassenmerkmale spielen für die Realisierung des Anspruchs auf Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements eine bedeutsame Rolle.

Eine weitere wichtige Einflussgröße für die Implementierung der neuen Aufgabe Pflegeberatung stellt die unternehmensstrategische Ausrichtung der jeweiligen Pflege- respektive Krankenkasse dar. Letztere stehen im Wettbewerb miteinander. Bei den Kranken- und Pflegekassen, die ihr Angebot vor allem an jüngere Bevölkerungsgruppen adressieren, spielt die Pflegeberatung unternehmensstrategisch (noch) eine untergeordnete Rolle. Bei Kranken- und Pflegekassen, die viele ältere Menschen zu ihren Versicherten zählen, kann sich die Pflegeberatung als wichtige und interessante Ergänzung einer Strategie der Versicherten- und Kundenbindung anbieten und die eigenen Bemühungen um eine vernetzte und aufeinander bezogene Leistungsgewährung von Kranken- und Pflegekassenleistungen, etwa im Bereich Prävention, unterstützen. Bei Kassen mit einem stärkeren regionalen Bezug bietet die Aufgabe der Pflegeberatung ggf. die Möglichkeit, die örtliche Präsenz zu steigern. Die neue Aufgabe Pflegeberatung trifft damit bei den 156 Pflegekassen auf sehr unterschiedliche Ausgangssituationen, unternehmensstrategische Ausrichtungen und Ressourcenkonstellationen.

2.2 Methode

Im Mittelpunkt der empirischen Erhebung der Pflegeberatung in den Pflegekassen stand eine schriftliche Kurzbefragung mittels eines standardisierten Fragebogens. Die Befragung wurde online in der Zeit vom 03. bis zum 25. März 2011 durchgeführt². Vorab wurden die Pflegekassen in einem Rundschreiben des GKV Spitzenverbandes am 04.02.2011 über das Vorhaben der Evaluation informiert und über ein Faxformular zur Angabe des zuständigen Ansprechpartners für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gebeten. Der Empfang der Ansprechpartner (n=97) wurde per Fax oder Email bestätigt. Bei fehlender Rückmeldung wurde der Link zur Befragung an die durch den GKV-Spitzenverband benannten Kontaktadressen gesandt. Die Befragung sollte ein differenziertes Bild über die organisatorische und konzeptionelle Planung und Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den Kassen ermöglichen. Aus diesem Grunde wurden im Fragebogen sowohl Fragen zur Ansiedlung der Pflegeberatung, der Konzeption, der internen Organisation als auch zum konkreten organisatorischen Ablauf der Pflegeberatung gestellt.

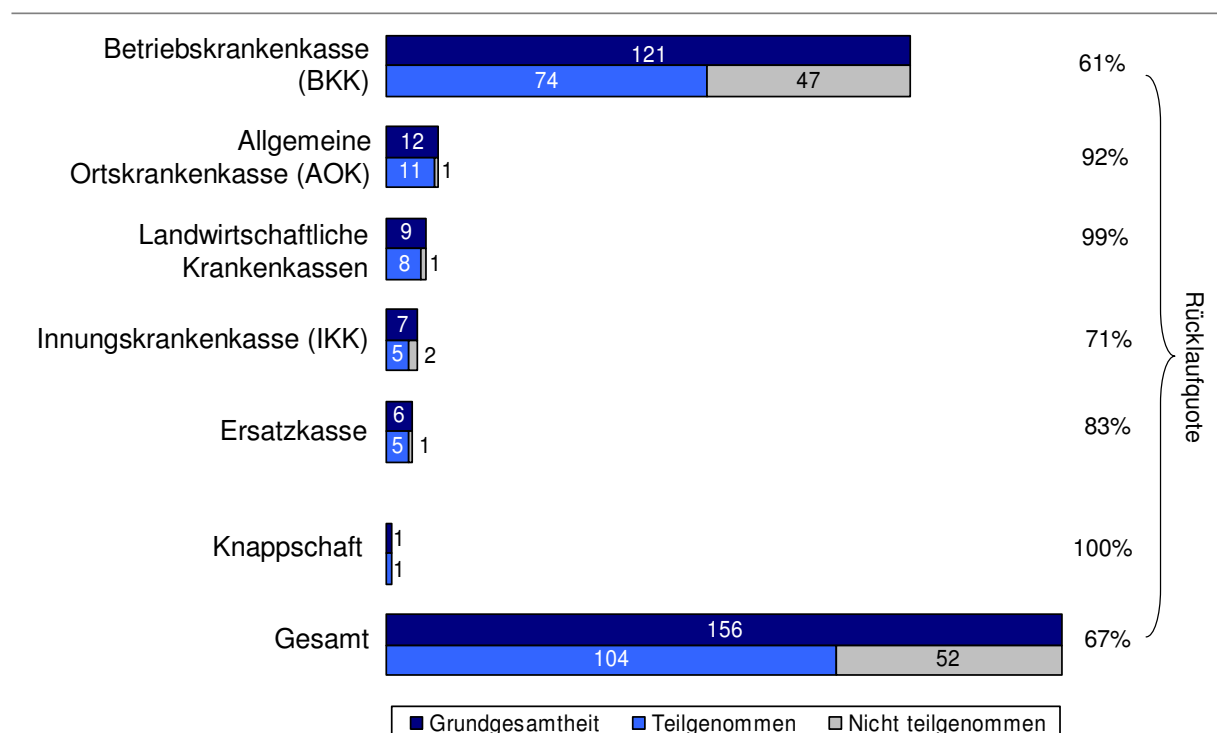
² Für die Realisierung der Onlinebefragung wurde die Software von Globalpark verwendet. Sie ermöglicht eine freie und übersichtliche Gestaltung des Fragebogens und bietet nach Abschluss der Befragung eine gute Schnittstelle zur Vorbereitung und Übertragung der Ergebnisdaten. Für die spätere Auswertung der Daten wurde die statistische Analyse-Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) verwendet.

Ergänzend zu den Ergebnissen der Kassenbefragung wurden Dokumente und Materialien, die von den gesetzlichen Pflegekassen oder bei den Experteninterviews zur Verfügung gestellt wurden, ausgewertet³. Die Dokumente geben exemplarisch Aufschluss über Arbeitsweisen und eingesetzte Tools und sie veranschaulichen die Praxis der Pflegeberatung. Weiterhin konnten aus den auf Landesebene geführten Experteninterviews mit Vertretern von Pflegekassen Einsichten in kassenspezifische Umsetzungen des Beratungsauftrages gemäß § 7a SGB XI gewonnen werden.

Von den 156 Pflegekassen haben sich 104 an der Befragung beteiligt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 67%. Eine Allgemeine Ortskrankenkasse, die sich in einem organisatorisch noch nicht abgeschlossenen Fusionsprozess befand, hat drei Fragebögen ausgefüllt, so dass die Gesamtzahl der vorliegenden ausgefüllten Fragebögen auf 106 zu beziffern ist. Die Anzahl der teilnehmenden Allgemeinen Ortskrankenkassen in der Befragung wird daher mit 13 angegeben. Eine Aufschlüsselung des Fragebogenrücklaufs nach Kassenarten zeigt, dass sich die Betriebskrankenkassen mit 74 Kassen an der Befragung mit der höchsten absoluten Zahl beteiligt haben, aber gleichzeitig gemessen an der gesamten Zahl der Betriebskrankenkassen in Deutschland auch den höchsten Anteil an den nicht an der Befragung teilnehmenden Kassen aufweisen (47).

Abbildung 1: Grundgesamtheit und Rücklauf nach Kassenarten

Grundgesamtheit und Rücklauf nach Kassenarten



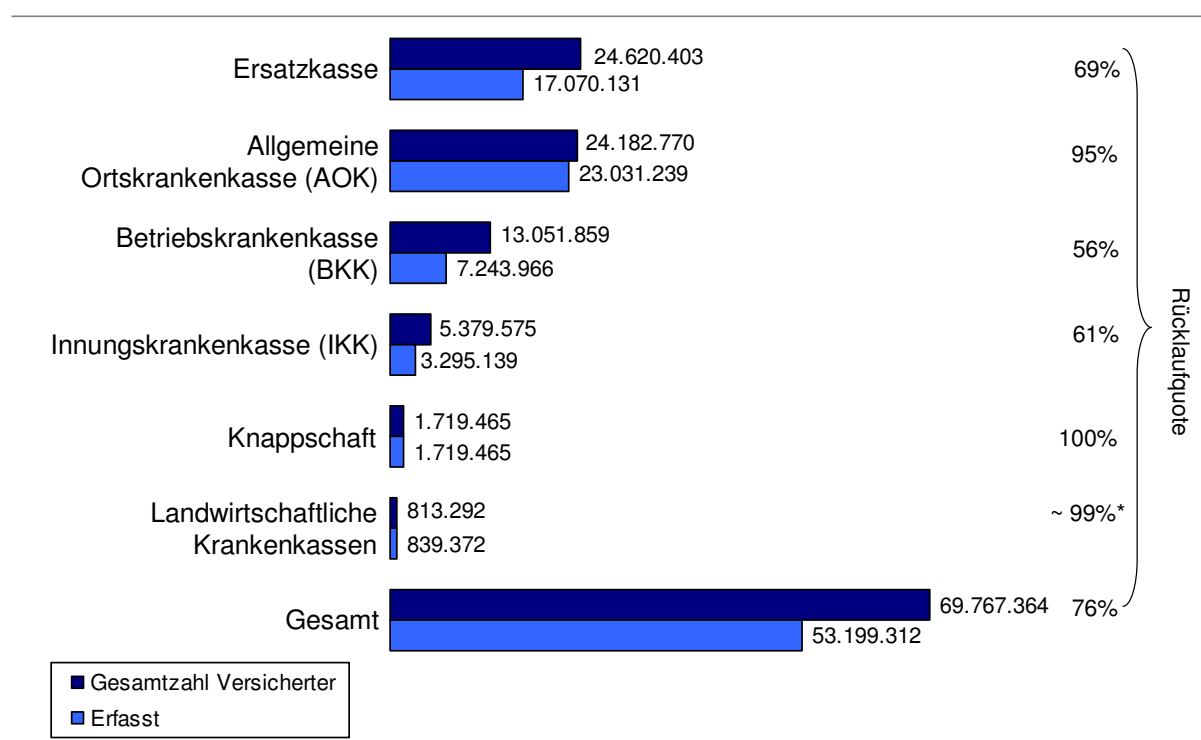
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

³ Diese Dokumente sind interne Arbeitspapiere der Pflegekassen und stellen insoweit teilweise Betriebsgeheimnisse dar. Die Übergabe der Dokumente an die Forschungseinrichtungen erfolgte unter der Auflage diese nicht zu zitieren oder dem Bericht anzufügen, bzw. für jedes Dokument eine Einzelfreigabe zu erwirken.

Auch wenn sich insgesamt 52 Kassen nicht an der Befragung beteiligt haben, bleiben damit lediglich 24% aller Versicherten und nur 9% der pflegebedürftigen Versicherten „unberücksichtigt“. Die Grundgesamtheit der gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen⁴ beträgt 2.258.766, durch die teilnehmenden 104 Pflegekassen werden 2.045.957 (91%) repräsentiert. Im weiteren Bericht werden als Referenzdaten die Mitgliederzahlen bzw. die versicherten Pflegebedürftigen der an der Befragung teilnehmenden Pflegekassen genannt. Eine Gewichtung wurde nicht vorgenommen. Die Referenzzahlen sind für die Mitgliederzahlen 76 vom Hundert und für die versicherten Pflegebedürftigen 91 vom Hundert.

Abbildung 2: Grundgesamtheit und Rücklauf im Bezug zu den versicherten Mitgliedern

Grundgesamtheit und Rücklauf nach Versicherten



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Damit ist der größte Teil der Anspruchsberechtigten, denen das Angebot der Pflegeberatung zusteht (76 % der Versicherten bzw. 91 % der versicherten Pflegebedürftigen) durch die Ergebnisse der vorliegenden Befragung repräsentiert.

Die folgende Auswertung basiert auf den n=106 ausgefüllten Fragebögen. Des Weiteren wurden die Ergebnisse der Analyse der Materialien von 29 Pflegekassen und Bundesverbänden (108 Dokumente) sowie die Aussagen und Dokumente aus den Experteninterviews mit acht Kassenvertretern (ohne Bundes-/Landesverbände), mit in die Auswertung einbezogen.

⁴ Den Zahlen der Grundgesamtheit liegt die KM1 und PG 2 Statistik vom 31.07.2011 zu Grunde.

2.3 Kurzbefragung der Pflegekassen

2.3.1 Größe und regionale Präsenz der Kassen

Die Pflegekassen unterscheiden sich in ihrer Größe, d.h. in der Zahl ihrer Versicherten sehr deutlich. Diese Unterschiede korrespondieren mit der Kassenart. Während die Ersatzkassen, Innungskrankenkassen, die Knappschaft und die Allgemeinen Ortskrankenkassen als Pflegekassen überwiegend mehr als eine Million Versicherte vertreten, liegen die Zahlen der Betriebs- wie auch die der landwirtschaftlichen Pflegekassen - mit wenigen Ausnahmen unter 200.000 Versicherten.

Tabelle 1: Anzahl der Versicherten der Pflegekassen nach Kassenarten

	Klein (bis zu 200.000 Versicherte)	Mittel (200.001 bis 1.000.000 Versicherte)	Groß (über 1.000.000 Versicherte)	Gesamt
AOK	0	5	8	13
BKK	66	7	1	74
Ersatzkasse	0	2	3	5
IKK	0	4	1	5
Knappschaft	0	0	1	1
Landwirtschaftliche Krankenkassen	8	0	0	8
Gesamt	74	18	14	106

Entsprechend der unterschiedlichen Altersstruktur der Versicherten in den Pflegekassen differiert auch die Zahl der aktuell Pflegebedürftigen unter den Versicherten erheblich. Lediglich neun Pflegekassen haben über 100.000 Pflegebedürftige unter ihren Versicherten, immerhin 55 Kassen unter 1.000. Insofern besitzt die Aufgabe der Pflegeberatung für die Kassen jeweils eine unterschiedliche Relevanz. Der Anteil von Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl der Versicherten einer Kasse liegt in einer Spanne von 0,05% bis 9,35%.

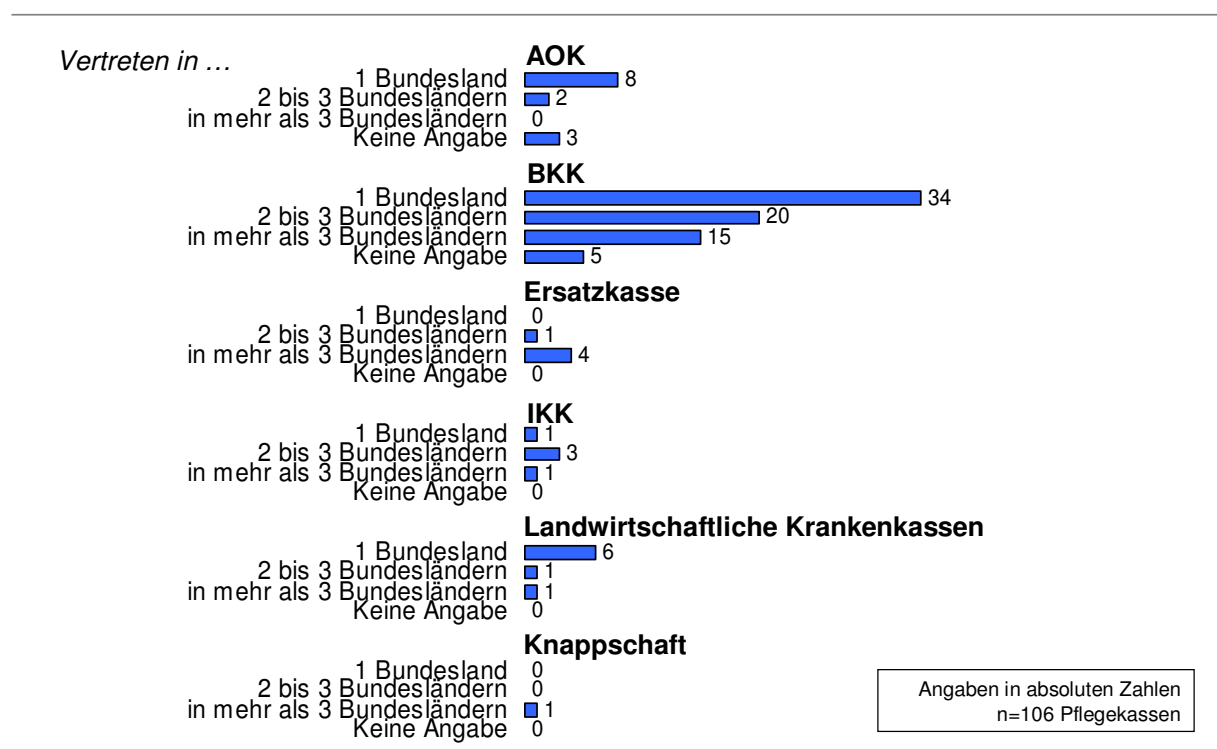
50 % der Pflegekassen haben einen Anteil an pflegebedürftigen Versicherten, der unter 2 % liegt, weitere 40% der Pflegekassen einen Anteil zwischen 2 und 5,5 % und nur 10 % haben einen Anteil von über 5,5% pflegebedürftige Versicherte. Diese 10% setzen sich zusammen aus vier landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Knappschaft, sechs Allgemeinen Ortskrankenkassen und zwei Betriebskrankenkassen. Einige Pflegekassen haben somit überproportional viele pflegebedürftige Versicherte.

Die regionale Präsenz in Form von Geschäftsstellen differiert je nach Pflegekasse ebenfalls erheblich. So ist es sowohl für die Allgemeinen Ortskrankenkassen als auch für die Betriebs- und die landwirtschaftlichen Krankenkassen typisch, dass sie oftmals nur in einem bis maximal drei Bundesländern mit Geschäftsstellen vertreten sind, während die Ersatz- und Innungskrankenkassen aber auch viele Betriebskrankenkassen Geschäftsstellen in allen oder zumindest in mehreren Bundesländern eingerichtet haben. Auch hierdurch werden zum Teil sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Gestaltung der Aufgabe der Pflegeberatung gesetzt. Pflegekassen, die in mehreren oder gar allen Bundesländern vertreten sind, haben sich mit den jeweils unterschiedlichen Strukturen auf Landesebene auseinanderzusetzen. Diese Strukturen können zu-

sätzlich durch die bereits eingeführten oder zu errichtenden Pflegestützpunkte (an denen sie sich zu beteiligen haben) beeinflusst werden. Auch andere bereits vorhandene Formen der Vernetzung und Kooperation, dies insbesondere in den Bundesländern, in denen - über die Modellstützpunkte hinaus - keine Pflegestützpunkte errichtet wurden, beeinflussen die Pflegeberatungsstrukturen der Pflegekassen. Dabei sind für kleine Kassen mit bundesweiter Verbreitung die föderalen Unterschiede schwerer zu bewältigen als für große Kassen, die über eine bessere Ressourcenausstattung verfügen. Deutlich wird dies am Beispiel einer in fünf Ländern vertretenen, kleineren Kasse, die dort, wo keine Pflegestützpunkte aufgebaut wurden, mit einem erheblich höheren Personaleinsatz in der Pflegeberatung arbeiten muss, aber gleichzeitig kein bundesweites Gesamtkonzept zur Beratung auflegt, da sie sich in anderen Ländern finanziell an den Pflegestützpunkten beteiligt.

Abbildung 3: Geschäftsstellenpräsenz der Pflegekassen auf Bundesländer bezogen

In wie vielen Bundesländern sind die Kassen vertreten?



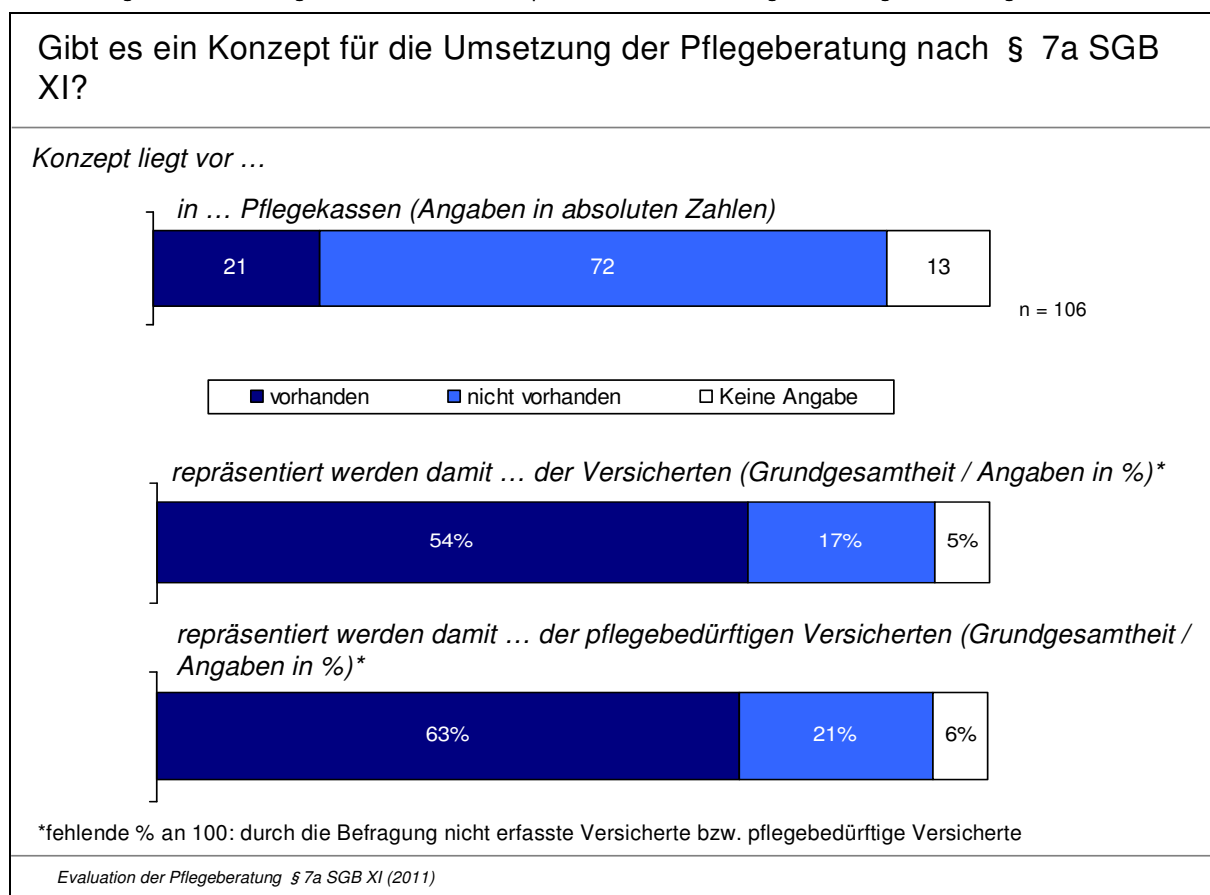
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

2.3.2 Konzepte der Pflegekassen zur Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Bei der Pflegeberatung handelt es sich um ein anspruchsvolles Aufgabenkonzept, das sowohl in seinen organisatorischen, qualifikatorischen als auch rechtlichen Implikationen hohe Anforderungen an den Implementierungsprozess für die jeweilige Pflegekasse stellt. Dieser bildet sich typischerweise in entsprechenden Strategien und Konzepten für die Umsetzung der Pflegeberatung ab. 21 der teilnehmenden Pflegekassen die 63 % der pflegebedürftigen Versicherten repräsentieren geben an, über ein Konzept für die Umsetzung der Pflegeberatung zu verfügen. 72

gaben an, dass ein entsprechendes Konzept (noch) nicht vorhanden sei. Es sind im Wesentlichen die großen Kassen, die über ein Konzept verfügen. Teilkonzepte (Qualifizierungskonzepte oder Umsetzungshilfen für die Weiterbildung zum Pflegeberater) finden sich auf bundesverbandlicher Ebene, aber auch bei einzelnen Kassen. Innerhalb einzelner Kassen werden regional unterschiedliche Konzepte angewandt. So arbeitet eine Kasse, die in drei Bundesländern vertreten ist, einerseits in hoch integrierten Pflegestützpunkten eng mit der kommunalen Beratung zusammen, führt andererseits aber reine „Kassen“-Stützpunkte ohne kommunale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nur punktuell mit kommunalen Pflegestützpunkten kooperieren. Auch in der Unterstützung durch DV-Lösungen zeigt sich die Komplexität. So wird in Nordrhein-Westfalen in allen Pflegestützpunkten ein einheitlicher Versorgungsplan eingesetzt, der aber ergänzt wird von kasseninternen Standardlösungen, die bundesweit im Einsatz sind. Soweit die Konzepte schriftlich vorliegen, weisen sie einen unterschiedlichen Detaillierungsgrad aus. Sie sind mehr oder weniger hinterlegt mit Ablaufplänen, Umsetzungshilfen, Vordrucken respektive entsprechenden EDV-gestützten Tools und Dokumentationsvorgaben.

Abbildung 4: Anteil Pflegekassen mit Konzept für die Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI



2.3.3 Die Ansiedlung der Pflegeberatung

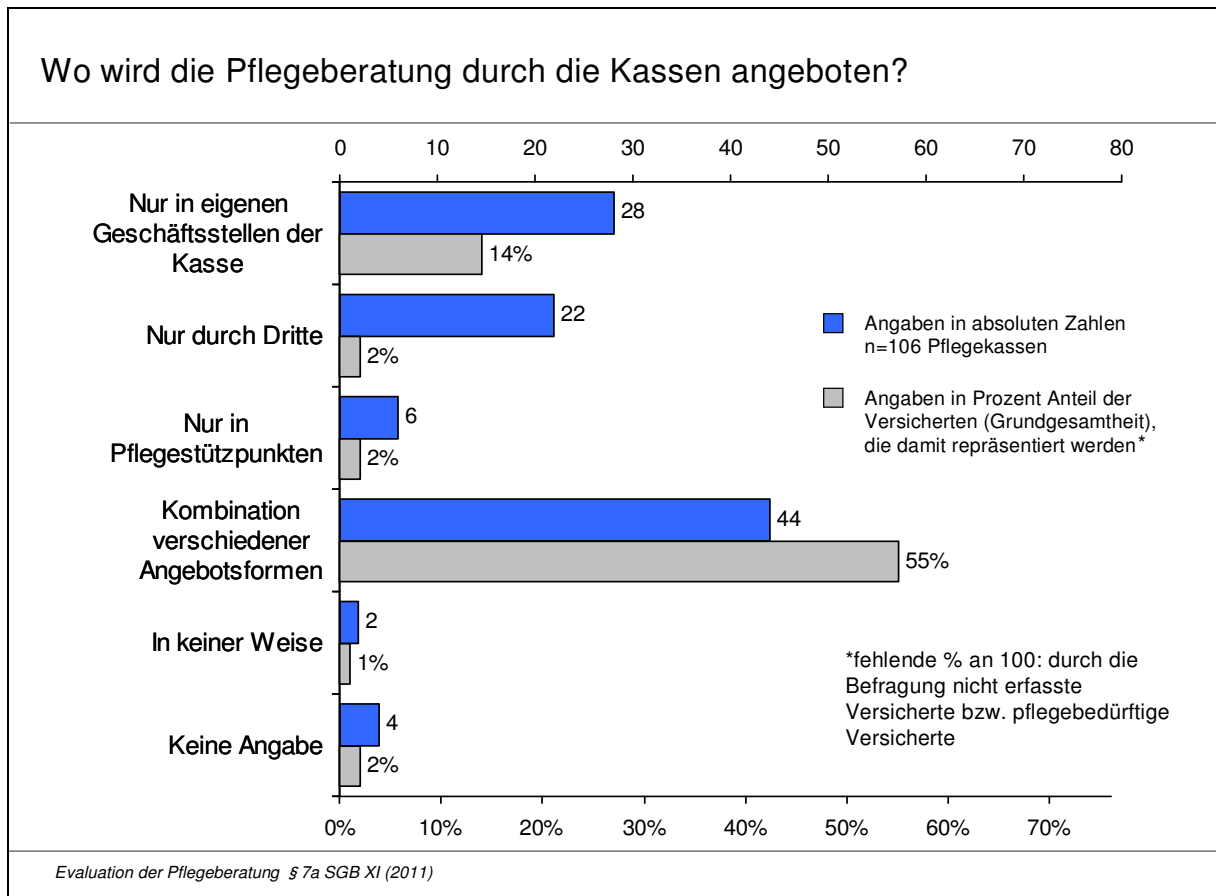
Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI ist eine Aufgabe der Pflegekassen. Sie muss – so weit vorhanden – auch in Pflegestützpunkten gewährleistet werden (§ 7a Abs. 1 S. 10 SGB XI). Pflegekassen können bei der Aufgabe der Pflegeberatung miteinander kooperieren und Dritte an der Aufgabe beteiligen (§ 7a Abs. 1 S. 7 SGB XI). In der Befragung geben die Pflegekassen überwie-

gend an, die Pflegeberatung in Kombination von verschiedenen Angebotsformen sowohl in eigenen Geschäftsstellen als auch in Pflegestützpunkten oder unter Einbeziehung Dritter anzubieten. 55% der Versicherten haben die Möglichkeit zu wählen, bei wem sie die Pflegeberatung in Anspruch nehmen – sofern die erforderliche Infrastruktur örtlich vorhanden ist. Immerhin 28 Kassen geben an, ihre Beratung nur in ihren Geschäftsstellen oder über die Geschäftsstellen anzubieten. Darunter sind auch 25 Pflegekassen, die in solchen Bundesländern vertreten sind, in denen Pflegestützpunkte errichtet wurden. 22 Kassen, die etwa zwei Prozent der Versicherten repräsentieren, lassen die Aufgaben der Pflegeberatung durch Dritte wahrnehmen und halten selbst kein eigenständiges Angebot vor. Die Abwicklung erfolgt entweder im Rahmen eines Bundesrahmenvertrags⁵ (5 Kassen) oder über die Beauftragung eines externen Dienstleisters.⁶ (17 Kassen). Sechs Kassen geben an, ihre Pflegeberatung ausschließlich in Pflegestützpunkten anzubieten. Dabei sind nicht in allen Bundesländern, in denen diese Kassen tätig sind, Pflegestützpunkte vorhanden bzw. es ist nicht vorgesehen, dass die Pflegeberatung (regelmäßig) in den Pflegestützpunkten stattfindet. Zwei kleine Kassen geben an, die Aufgabe der Pflegeberatung „in keiner Weise“ anzubieten.

⁵ Die gegenseitige Beauftragung bzw. Übernahme von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI erfolgen im Rahmen des „BKK Bundesrahmenvertrag Pflegeberatung zwischen den BKK Landesverbänden“, Stand 31.07.2008.

⁶ Als externer Dienstleister wurde die Firma spektrumK GmbH 15mal benannt. SpektrumK wurde 2007 von Betriebskrankenkassen und den BKK-Landesverbänden gegründet. Sie bietet für alle gesetzlichen Krankenkassen Dienstleistungen z.B. für die Bereiche des Versorgungs-, Finanz- und Informationsmanagement an. Des Weiteren wurde ein Abrechnungszentrum und „Verschiedene Anbieter“ benannt.

Abbildung 5: Angebotsformen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI



Die Zahlen machen deutlich, dass die Aufgabe der Pflegeberatung in den Kassen in unterschiedlichen Organisationsvarianten wahrgenommen wird, entweder als eigene Aufgabe oder in Kooperation – häufig in Pflegestützpunkten, manchmal mit anderen Kassen selten übertragen an externe Dienstleister. Die Angaben der Pflegekassen geben keine Hinweise über die tatsächliche Inanspruchnahme der Pflegeberatung je nach Organisationsform. Da die Infrastruktur der Pflegestützpunkte in sehr unterschiedlicher Weise und räumlicher Ausdehnung implementiert wurde, kann davon ausgegangen werden, dass für die Versicherten nicht überall unterschiedliche Optionen der Inanspruchnahme von Pflegeberatung zur Verfügung stehen.

Dort wo die Bundesländer von ihrem Bestimmungsrecht Gebrauch gemacht haben, Pflegestützpunkte zu errichten, hat die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch in diesen stattzufinden bzw. muss auch dort in Anspruch genommen werden können.

Die geplanten und umgesetzten Pflegestützpunkte sowie deren konzeptionelle Gestaltung werden in den Tabelle 2 und Tabelle 3 aufgelistet. Die Daten wurden zusammengestellt aus den Experteninterviews, der Dokumentenanalyse, einer ergänzenden Internetrecherche, die Bevölkerungsdaten wurden dem Statistikportal.de entnommen.

Tabelle 2: Geplante und umgesetzte Pflegestützpunkte (PSP) in Deutschland

Bundesland	PSP vorge- sehen	PSP geplant	Einwohner pro PSP(geplant)	Anzahl umgesetzt (Stand 01.04.2011)
Baden-Württemberg	ja	50	214.898	39
Bayern	ja	60	208.662	6
Berlin	ja	36	95.655	26
Brandenburg	ja	19	133.460	17
Bremen	ja	3	220.619	3
Hamburg	ja	8+1	218.235	9
Hessen	ja	26	233.152	17
Mecklenburg-Vorpommern	ja	18	91.733	2
Niedersachsen	ja	36	220.245	23
Nordrhein-Westfalen	ja	159	112.536	79
Rheinland-Pfalz	ja	135	29.724	135
Saarland	ja	8	127.823	8
Sachsen	nein	0	-	(1) ⁷
Sachsen-Anhalt	nein	0	-	(1) ⁸
Schleswig-Holstein	ja	15	188.802	11
Thüringen	ja	5	447.200	1
Gesamt		570		378

(Quelle: eigene Erhebung)

Deshalb stellt sich die Frage, welchen Einfluss die Pflegestützpunkte auf das Pflegeberatungsangebot der Kassen selbst haben. Konzentrieren sie sich in den Bundesländern mit einer eigenen Pflegestützpunktinfrastruktur in der Wahrnehmung der Pflegeberatungsaufgaben auf die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten? Halten sie parallel eigene Angebote aufrecht oder konzentrieren sie sich auch dort, wo Pflegestützpunkte vorhanden sind, auf die Pflegeberatung durch eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren jeweiligen Geschäftsstellen?

Tabelle 3: Konzeptionelle Ausgestaltung der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten pro Bundesland

Bundesland	Pflegeberatung kon- zeptionell vorgesehen in PSP	Pflegestützpunkte - Korrektur der Planungszahlen und sonstige Bemerkungen
Baden- Württemberg	überwiegend bei Pflegekassen, auch im PSP	3 weitere geplant, 2 noch offen
Bayern	ja	bis Ende 2011 voraussichtlich Errichtung 10 weiterer Pflegestützpunkte
Berlin	ja, nur in kassenseitigen PSP	erste Errichtungsphase abgeschlossen; Empfehlung des Landessteuergremium an den Berliner Senat über die Errichtung weiterer 10 PSP erfolgt
Brandenburg	ja	18.04.2011: Eröffnung 18.PSP; 01.06.2011: Eröffnung letzter PSP der ersten Errichtungsphase

⁷ Pilot-Pflegestützpunkt Plauen

⁸ Pilot-Pflegestützpunkt Hettstedt

Bundesland	Pflegeberatung konzeptionell vorgesehen in PSP	Pflegestützpunkte - Korrektur der Planungszahlen und sonstige Bemerkungen
Bremen	ja	
Hamburg	ja	1 Spezial-PSP für Kinder und Jugendliche
Hessen	ja	
Mecklenburg-Vorpommern	ja	nur 5 von 18 Landkreisen werden PSP einrichten
Niedersachsen	nein, nur auf Wunsch des Klienten	Ursprünglich geplant: 47, errichtet: 23, in Planung: 7 in Landkreisen sowie 6 in der Region Hannover
Nordrhein-Westfalen	ja	k.A. im Interview
Rheinland-Pfalz	ja	
Saarland	ja	keine weiteren geplant, evtl. Personalaufstockung in den PSP
Sachsen	Pilot Plauen	
Sachsen-Anhalt	Pilot Hettstedt	
Schleswig-Holstein	nein, nur auf Wunsch des Klienten	
Thüringen	nein, wird weitervermittelt an Pflegekassen	1 weiterer PSP unmittelbar vor Eröffnung, 2 geplante in der Errichtung gefährdet, da Kommunen unter Haushaltsvorbehalt

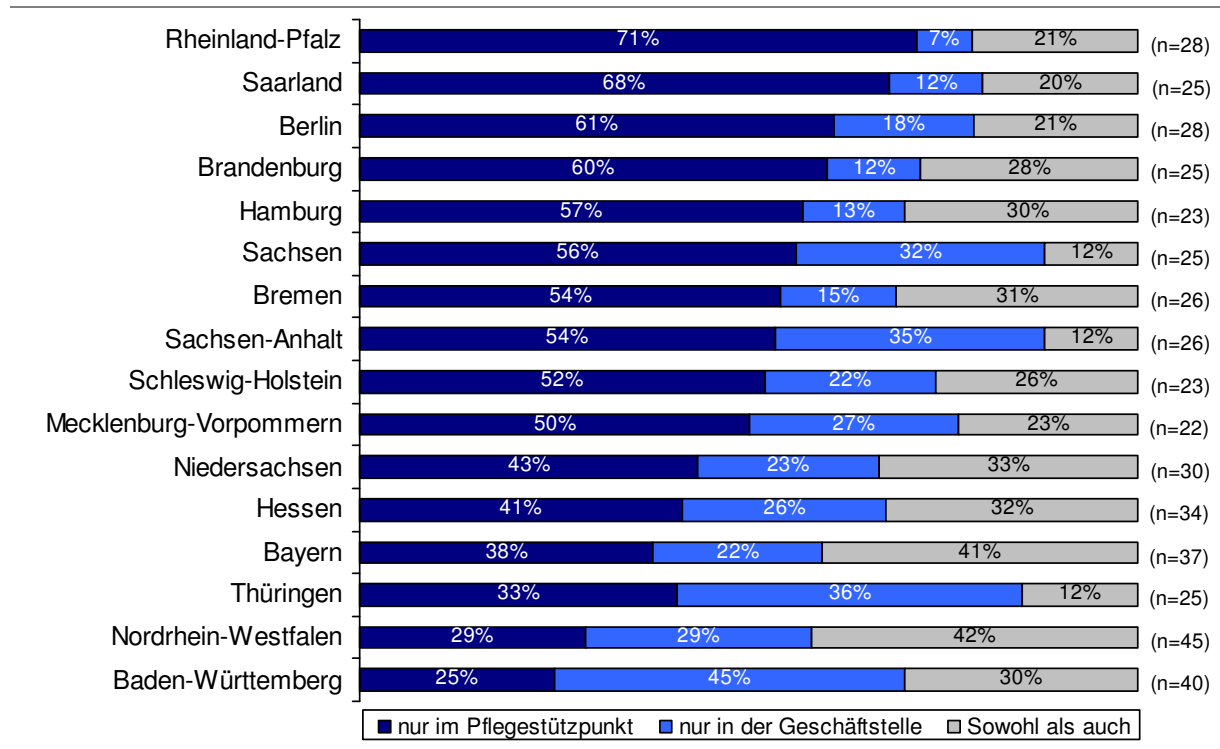
Bei der Kassenbefragung haben nicht alle Kassen Angaben darüber gemacht oder machen können, wie ihre Pflegeberatung in den einzelnen Bundesländern ausgestaltet ist bzw. wie diese nach Bundesländern variiert (Abbildung 6). Insofern ergeben die Befragungsergebnisse kein vollständiges Bild. Es zeigt sich gleichwohl in der Tendenz, dass in den Ländern, in denen die Beteiligten sich darauf verständigt haben, dass die Pflegeberatung vornehmlich in den Pflegestützpunkten angeboten werden soll und diese entsprechend ausgebaut wurden, die Pflegeberatung von der überwiegenden Zahl der Kassen nur in den Pflegestützpunkten angeboten und durchgeführt wird. Das gilt insbesondere in den Ländern Rheinland-Pfalz und Saarland. Mit Einschränkungen ist die Konzentration der Beratung auf die Pflegestützpunkte auch in Brandenburg und Hamburg festzustellen - Ländern, die ebenfalls über eine vergleichsweise leistungsfähige Infrastruktur mit Pflegestützpunkten verfügen und in den Kooperationsvereinbarungen mit den Kassen vorsehen, dass die Pflegeberatung dort stattfindet⁹. In allen Bundesländern finden sich aber auch Kassen, die Pflegeberatung nur in den eigenen Geschäftsstellen und als eigene Aufgabe wahrnehmen, und das auch dann, wenn die Pflegeberatung nach den Vereinbarungen auf Landesebene vornehmlich in den Pflegestützpunkten stattfinden soll. Die Zahl dieser Kassen ist in den Ländern am höchsten, in denen Vereinbarungen getroffen wurden, die vorsehen, dass die Pflegeberatung grundsätzlich nicht in den Pflegestützpunkten erfolgen soll. Damit wird deutlich, wie bedeutsam die Vereinbarungen auf Landesebene und der Einfluss der Länder ist: Nur dort, wo die Länder sich an den Pflegestützpunkten finanziell beteiligen – und die Kommunen kooperati-

⁹ Die Antworten der Kassen sind zum Teil nicht plausibel. In Sachsen und in Sachsen-Anhalt, werden (außer einem Pilot-Pflegestützpunkt) keine weiteren Pflegestützpunkte angeboten. Dennoch wurden die Antwortoptionen für die Angebotsform „nur im Pflegestützpunkt“ oder „sowohl als auch“ in diesen beiden Bundesländern von Pflegekassen ausgewählt.

onsbereit und finanziell leistungsfähig sind -, wird die Pflegeberatung auch konsequent in den Stützpunkten angeboten.

Abbildung 6: Pflegeberatungsangebot nach Bundesländern und Angebotsformen¹⁰

Wie gestaltet sich das Angebot der Pflegeberatung in den einzelnen Bundesländern?



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

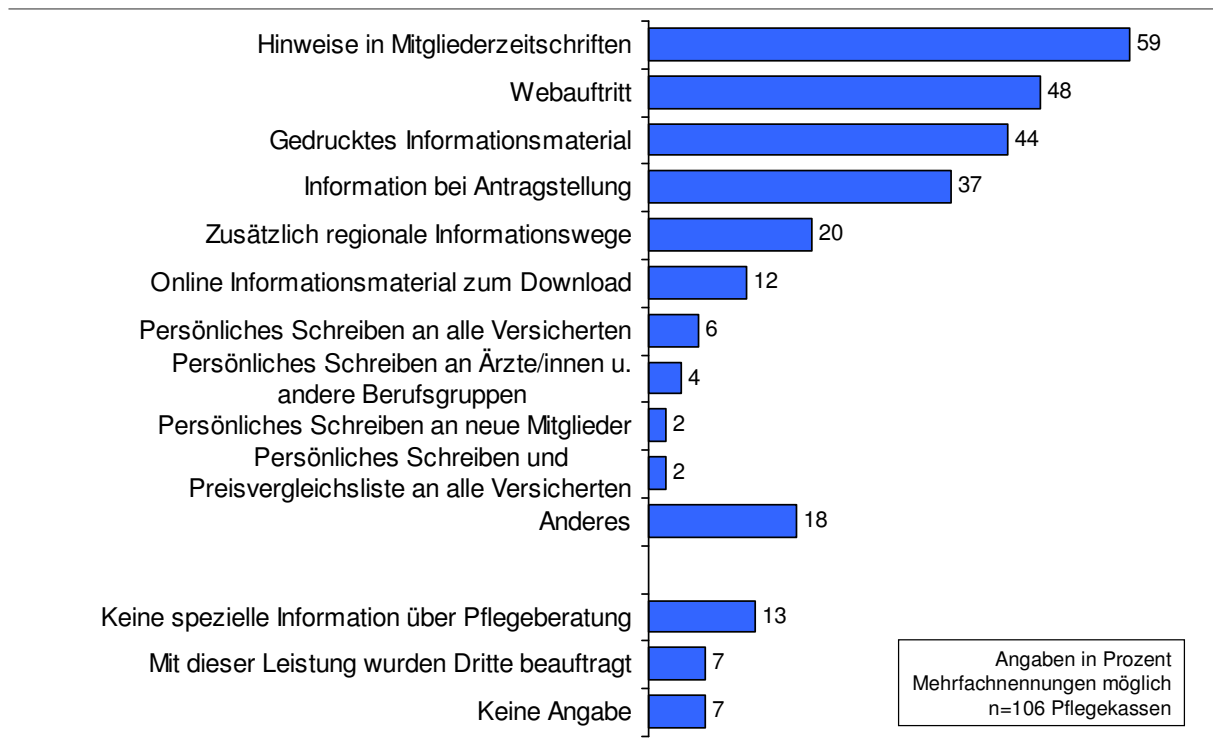
2.3.4 Informationen über das Angebot der Pflegeberatung

Bei dem Leistungsanspruch auf „Pflegeberatung“ handelt es sich um eine neue Leistung, auf die Versicherte seit dem 1.1.2009 Anspruch haben. Auch wenn sie vielfach schon Beratung im Zusammenhang mit Pflegefragen in Anspruch genommen haben, gegebenenfalls auch in intensiver Weise, kann keinesfalls vorausgesetzt werden, dass alle berechtigten Versicherten Vorstellungen davon haben, was mit der Leistung „Pflegeberatung nach § 7a SGB XI“ gemeint ist und was unter einem individuellen Fallmanagement zu verstehen ist. Ob ein Ratsuchender diese Leistung als nützlich empfindet, sie mit Wirksamkeitserwartungen (siehe Kapitel 5) verbindet oder auch nicht, hängt auch und entscheidend davon ab, ob die Versicherten über dieses Leistungsangebot entsprechend informiert werden.

¹⁰ Zahlen beruhen auf der schriftlichen Befragung der Pflegekassen. Sie sind in den Ländern Sachsen und Sachsen - Anhalt nicht plausibel, s. vorige Anmerkung.

Abbildung 7: Von den Pflegekassen genutzte Informationswege

Hinweise zur Pflegeberatung: Informationswege



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Pflegekassen nutzen verschiedene Möglichkeiten um über das Leistungsangebot der Pflegeberatung hinzuweisen. Der am häufigsten genannte Informationsweg ist die jeweilige Mitgliederzeitung. 44 Kassen verfügen über gedrucktes Informationsmaterial, 12 bieten Downloads zu diesem Thema an. 37 Kassen informieren bei der Antragsstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung über die Möglichkeit, Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen. Lediglich 20 Kassen nutzen regionale Informationswege, um auf das neue Angebot hinzuweisen. Ein persönliches Anschreiben an alle Versicherten mit einem Hinweis auf das Angebot der Pflegeberatung und einer Preisvergleichsliste (gem. § 7 Abs. 3 Satz 2 SGB XI) übersenden nach eigenen Angaben nur zwei Kassen. Aus den exemplarisch geführten Experteninterviews ergeben sich weitere Informationswege, die von den Kassen zum Teil systematisch genutzt werden. Dazu gehören etwa die persönliche telefonische Kontaktaufnahme bei jedem Erstantrag auf Pflegeleistung mit dem Hinweis auf die Pflegeberatung, der routinemäßig vorgesehene Hausbesuch bei jedem Antragsteller oder eine gesonderte schriftliche Information über die Pflegeberatung, sowohl aus Anlass des Antrags auf Pflegeleistung als auch bei Hinweisen aus dem MDK-Gutachten auf einen gegebenenfalls bestehenden Beratungsbedarf.

Die Informationspolitik der Pflegekassen ist sehr unterschiedlich angelegt. Die individuelle, z. T. aufsuchende (regelmäßiger Hausbesuch) Ansprache auf das Pflegeberatungsangebot scheint die Ausnahme zu sein, zumindest was die absolute Zahl der Kassen anbelangt. Insbesondere kleinere Kassen scheinen eher defensiv mit dem Informationsauftrag umzugehen oder übertragen ihn auf Dritte.

Die Information über die Leistung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird nicht nur durch die Kassen selbst verbreitet, sondern zusätzlich durch kommunale Beratungsstellen, Pflegestützpunkte und auch Träger der freien Wohlfahrtspflege. Diese Informationsbemühungen müssen zu denen der Pflegekassen hinzugedacht werden und weisen regelmäßig einen regionalen Bezug auf. Man wird davon ausgehen dürfen und müssen, dass der Bekanntheitsgrad des Leistungsangebots der Pflegeberatung je nach Kasse aber auch je nach Region sehr unterschiedlich ausfällt (vgl. Kapitel 5.3.5).

Im Zusammenhang mit den Evaluationen von Pflegestützpunkten wurden die Nutzer darüber befragt, wie sie von dem Angebot der Beratung erfahren haben. In Hamburg zeigt sich, dass regionale Informationswege über Zeitungen (31,1 %) neben der Information durch Behörden (16,3%) und der Mund-zu-Mund Propaganda (11,2%) am effektivsten (n=3921) sind. Das Internet spielt hier nur eine relativ untergeordnete Rolle (6,6%) (Döhner et al. 2010, S. 47). Dies erklärt sich sicherlich auch dadurch, dass in Hamburg das Durchschnittsalter der pflege- und hilfebedürftigen Personen im Evaluationszeitraum bei 75 Jahren gelegen hat und etwa ein Drittel der Ratsuchenden Pflegepersonen (n= 1921) selbst bereits Rentner oder Pensionäre waren. (ebenda, S. 49-52). Ähnliche Ergebnisse bezüglich der Informationswege wurden für Brandenburg veröffentlicht: Hier sind die Informationswege (n=194) Zeitung, Flugblatt und Internet (34%) zusammengefasst. Freunde, Bekannte und Angehörige decken ebenfalls einen hohen Anteil der Information von Beratungssuchenden (16 %) ab (vgl. Ramboll 2011, S. 14).

2.3.5 Erreichbarkeit der Pflegeberatung

2.3.5.1 Pflegeberatungsanlässe

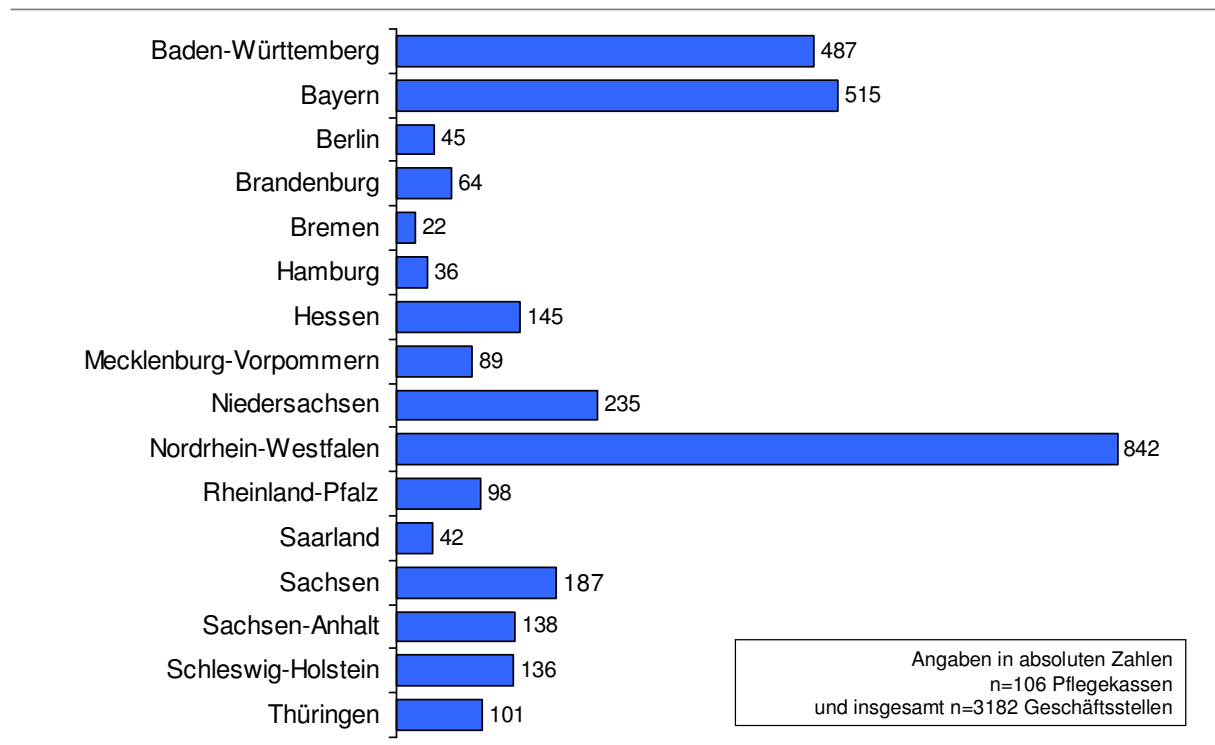
Die Inanspruchnahme von Pflegeberatung ist in verschiedenen Situationen indiziert: Etwa bei beginnender Demenz wenn sich ein Pflegebedarf andeutet oder wenn dieser plötzlich eingetreten ist, z.B. nach einem Schlaganfall. Unter dem Gesichtspunkt der Prävention kann Pflegeberatung von großer Bedeutung sein. Durch ein frühzeitiges individuelles Fallmanagement können die richtigen Weichen für die künftige Versorgung, aber auch für die Bewältigung der Aufgaben, die mit der Pflege und Betreuung verbunden sind, gestellt werden (vgl. auch Berger, Hansen 2004, S. 41). Pflegeberatung kann auch bei einer plötzlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, bei Krisensituationen pflegender Angehöriger, bei Qualitätsproblemen in der Pflege oder beim Ausfall von existenznotwendigen Hilfen gefragt sein. In einem Fall ist der Bedarf an Pflegeberatung „wartefähig“, in anderen Situationen ist sie unmittelbar und zeitnah erforderlich. Diese verschiedenen Konstellationen wurden schon in der Vergangenheit beim Aufbau von Beratungsinfrastrukturen mitberücksichtigt: Ein Pflegenottelefon für die aktuellen, nicht aufschiebbaren Notfälle, aufsuchende Beratung nach Terminabsprache bei aktuellem Beratungsbedarf ohne unmittelbaren Handlungsdruck und die Beratung in der Geschäftsstelle, insbesondere für Angehörige und unter präventiven Gesichtspunkten, all das sind Angebote, die unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht werden. Der tatsächlichen Ausgestaltung der Erreichbarkeit der Pflegeberatung kommt eine grundlegende Bedeutung zu- sie beeinflusst die Art der Nutzung wie auch den jeweiligen Nutzen für die Ratsuchenden. Die verschiedenen Interventionsanlässe zeigen die Notwendigkeit unterschiedliche ausgeprägter Angebotsformen. Vor allem die nicht planbaren akuten Beratungssituationen bedürfen einer Pflegeberatungsstruktur mit einer guten, barrierefreien Erreichbarkeit.

2.3.5.2 Beratung durch und in Geschäftsstellen

Im Fokus der Pflegekassen steht die (telefonische) Erreichbarkeit über die insgesamt 3.182 Geschäftsstellen der Kassen, die sich an der Befragung beteiligt haben. An sie können sich Anspruchsberechtigte und ihre Angehörigen bei Bedarf wenden.

Abbildung 8: Anzahl Geschäftsstellen von Pflegekassen pro Bundesland

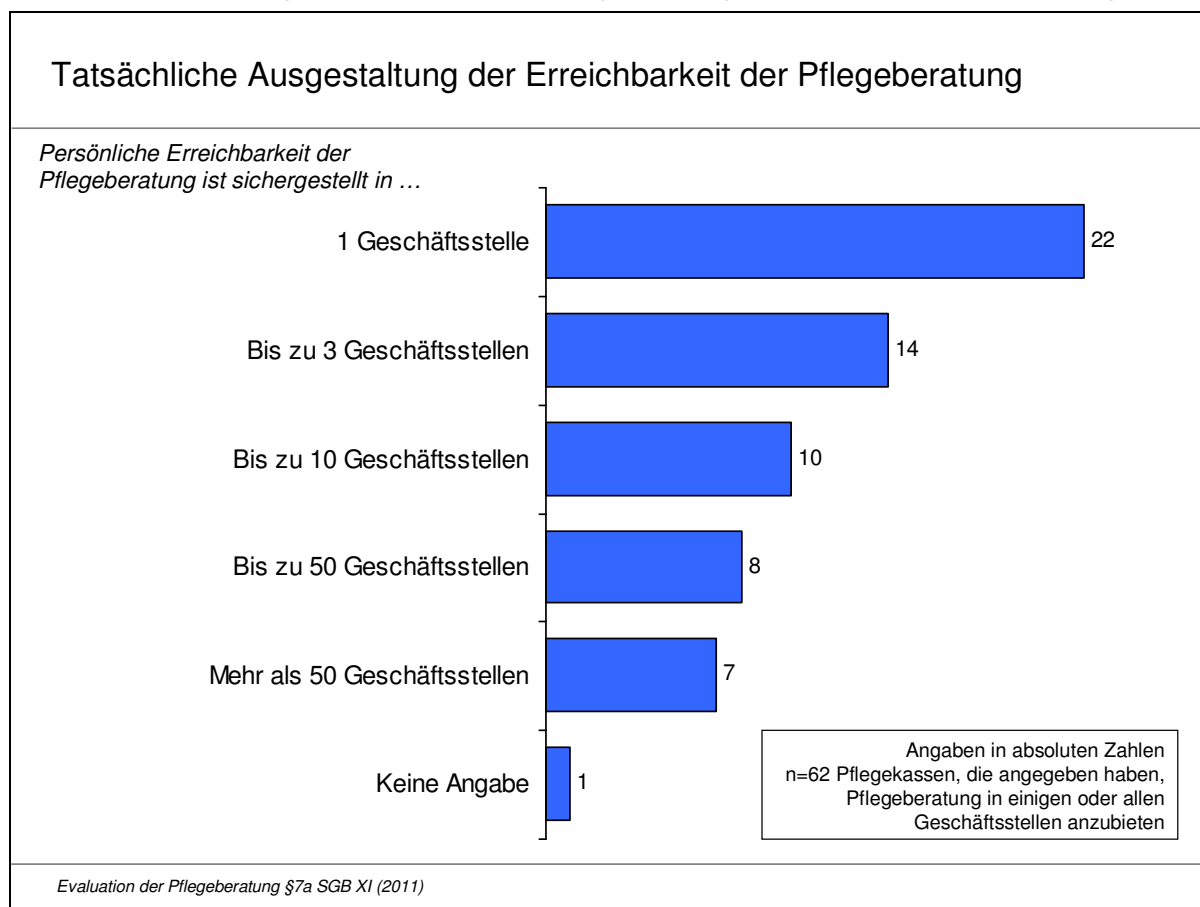
Anzahl der Geschäftsstellen in den einzelnen Bundesländern



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Über eine Geschäftsstelle im Bundesgebiet verfügen 22 Kassen, 14 Pflegekassen über bis zu 3 Geschäftsstellen. Von einer vergleichsweise wohnortnahen Geschäftsstelleninfrastruktur kann lediglich bei etwa 15 Kassen ausgegangen werden, wobei die tatsächliche Verteilung der Geschäftsstellen auf Ballungsgebiete bzw. ländliche Regionen aus den verfügbaren Kassenunterlagen nicht hinreichend herausgearbeitet werden konnte. Die Geschäftsstellen sind unterschiedlich auf die Bundesländer verteilt (Abbildung 8).

Abbildung 9: Erreichbarkeit der Pflegeberatung über Geschäftsstellen der Pflegekassen



Bei einer Quote von 70% Erstkontakten per Telefon wie in den Hamburger Stützpunkten (vgl. Döhner et al. 2010, S. 46) ist die Erreichbarkeit zu den Geschäftszeiten oder über Telefonschaltungen von großer Bedeutung. Sehr eingeschränkte oder wechselnde Geschäftszeiten stellen sich als Zugangsbarrieren dar. Die Erreichbarkeit in den Geschäftsstellen der Pflegekassen besteht zu den üblichen Geschäftszeiten. Um eine Erreichbarkeit rund um die Uhr sicher zu stellen, betreiben 23 Kassen eine bundesweit einheitliche Telefonhotline. Sechs dieser Hotlines sind kostenpflichtig, zehn Hotlines gewähren eine 24-Stunden Erreichbarkeit an sieben Tagen die Woche, zwölf von ihnen sind nur zu den üblichen Geschäftszeiten geschaltet. Regional bestehende Pflegenotruftelefone, die für alle pflegebedürftigen Personen zur Verfügung stehen, sind hierbei nicht berücksichtigt. Bundesweit einheitlich ist ein entsprechendes Angebot bei den gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen nicht verfügbar. Einige Kassen statten ihre Pflegeberater mit Mobiltelefonen aus, über die sie auch für Telefonanfragen zu den Geschäftszeiten ständig erreichbar sind. Für die telefonische Beratung geben 24 Kassen an, eine „umfassende“ Beratung anzubieten. 75 Kassen beschränken sich auf erste Informationen. Eine umfassende Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements kann aber nicht allein telefonisch erfolgen. Ein telefonischer Erstkontakt ist jedoch hoch bedeutsam für das Erkennen des Bedarfs und die Vermittlung einer Pflegeberatung beziehungsweise für den Beginn eines Pflegeberatungsprozesses.

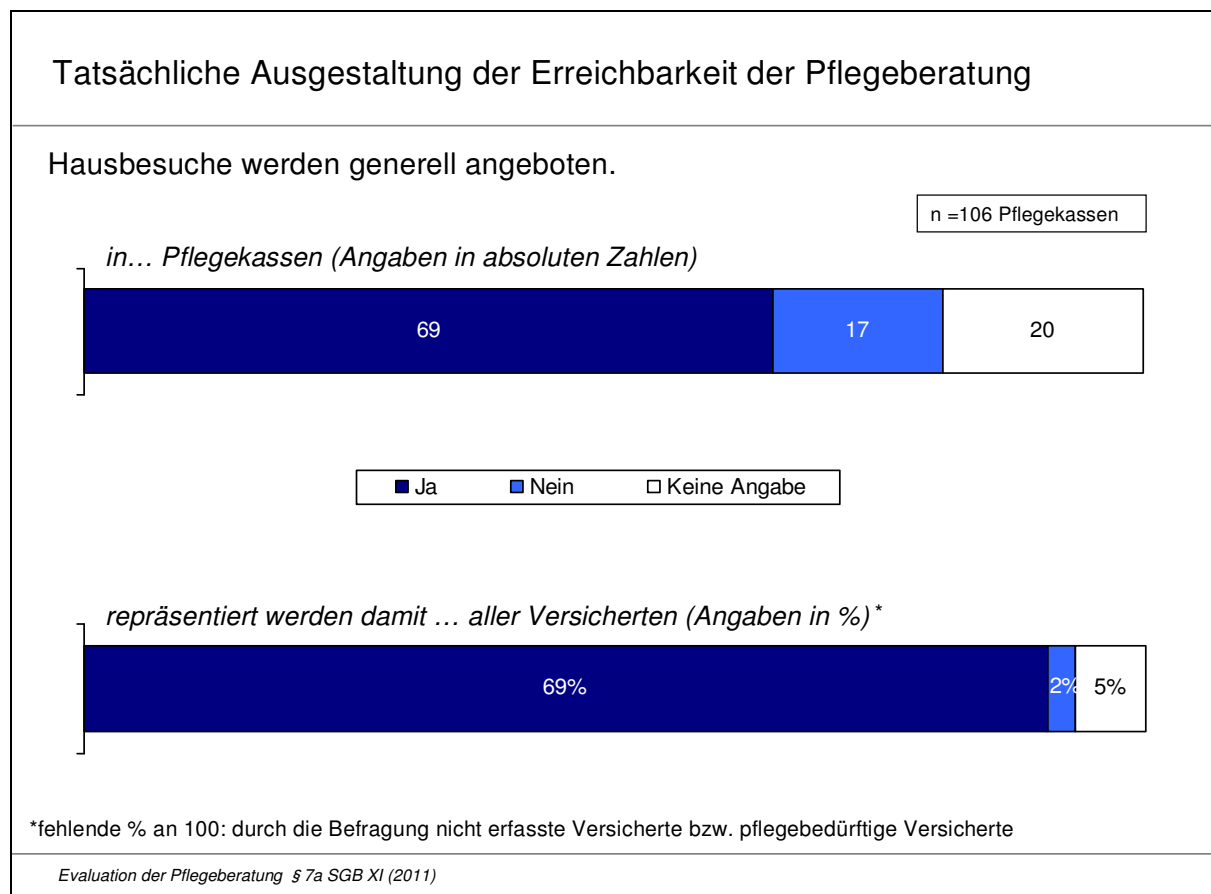
Die Kassen bedienen sich auch der Internetkommunikation. Bei E-Mail-Anfragen garantieren 64 Pflegekassen eine Bearbeitungszeit der jeweiligen Anfrage innerhalb von zwei Werktagen, 62 Pflegekassen nehmen nach einer E-Mail-Anfrage telefonisch Kontakt zu den Ratsuchenden auf.

Die neuen elektronischen Kommunikationswege spielen in der Konzeption der Pflegekassen, wie sie mit der Aufgabe der Pflegeberatung umgehen wollen, eine vergleichsweise große Rolle. Hier gilt es, wie bereits im Kapitel 2.3.4 ausgeführt, die jeweiligen Zielgruppen einzeln zu betrachten und die passenden Angebote bereitzustellen. Die Nutzung von Internet und E-Mail ist für viele Pflegebedürftige und pflegende Angehörige (noch) keine Selbstverständlichkeit.

2.3.5.3 Beratung in der eigenen Häuslichkeit

Den Anspruchsberechtigten soll auf Wunsch die Pflegeberatung als Beratung in ihrer häuslichen Umgebung oder in Einrichtungen angeboten werden. Für die Mehrzahl der Versicherten ist nach Angaben der Pflegekassen eine zugehende Pflegeberatung realisierbar: 69 Pflegekassen bieten diese Leistung an und repräsentieren dabei 69% der Versicherten. Allerdings geben 17 Kassen an, Hausbesuche generell nicht durchzuführen, diese repräsentieren 2 Prozent der Versicherten.

Abbildung 10: Angebot von Hausbesuchen durch die Pflegekassen



In den Experteninterviews wurden meistens die Hausbesuche oder eine aufsuchende beziehungsweise zugehende Beratung als der zentrale Weg der Pflegeberatung qualifiziert. Vielfach ließe sich der Bedarf an Pflegeberatung respektive eine umfassende Ressourcenermittlung nur mit Kenntnis der häuslichen Umgebung und unter Einbeziehung der für die Pflege wichtigen Akteure realisieren. Für viele Kassen ist Pflegeberatung dort, wo sie indiziert ist, Beratung in der häuslichen Umgebung des Anspruchsberechtigten. Dabei interpretieren Pflegekassen den Rechtsanspruch auf Pflegeberatung jedoch unterschiedlich: Als Leistungsanspruch, der angemeldet werden muss inklusive des Wunsches, dass die Pflegeberatung in der eigenen Häuslich-

keit stattfinden soll oder als „Bringschuld“ der Pflegekassen, die die Kassen als Obliegenheit trifft, um denjenigen, die Pflegeberatung benötigen, diese auch nahe zu bringen. Aus den Angaben der Pflegekassen, aufsuchende Beratung anzubieten, sind somit keine Schlüsse auf die Zahl derer zu ziehen, die diese Leistung bei Bedarf auch tatsächlich erhalten.

Einige Experteninterviews geben Hinweise darauf, dass je nach Kassenart und Konzeption der Pflegekassen in der Umsetzung der aufsuchenden Pflegeberatung große Unterschiede bestehen. Bei der einen Kasse werden grundsätzlich alle Menschen mit Pflegebedarf aufgesucht, es sei denn, sie lehnen eine aufsuchende Beratung ausdrücklich ab. Bei anderen Kassen bedarf es einer eigenständigen Anforderung der Pflegeberatung. Hier zeigt sich, in welcher unterschiedlicher Weise die Pflegekassen strategisch und konzeptionell mit dem Angebot der aufsuchenden Pflegeberatung umgehen.

2.3.5.4 Beratung für besondere Zielgruppen

Die meisten Menschen mit Pflegebedarf sind hochbetagt. Der Pflegebedarf steht dabei in der Regel im Kontext einer alterstypischen Multimorbidität. Dennoch ist jede Pflegesituation anders, jeder Mensch mit Pflegebedarf „verschieden“. Das individuelle Fallmanagement ist gerade auf das Besondere jedes Einzelfalles ausgerichtet, etwa was spezifische Personen und die lebensweltlichen Konstellationen anbelangt. Desgleichen haben bestimmte Gruppen von „Pflegebedürftigen“ einen von den Hochbetagten abweichenden typischen Bedarf: Knapp 20% aller Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, sind Menschen unter 60 Jahre (Pfaff 2011, S. 8). Es finden sich sehbehinderte, taubblinde und stumme Menschen unter ihnen, ebenso wie psychisch kranke Menschen oder chronisch kranke, körperlich, geistig oder seelisch behinderte Kinder. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationsgeschichte nimmt zu. Entsprechend stellt sich die Frage, inwieweit sich die Kassen konzeptionell auf den besonderen Unterstützungsbedarf spezieller Zielgruppen einrichten. 24 Pflegekassen (davon sechs durch Dritte) geben an, dass sie spezielle Angebote für jüngere Menschen mit Behinderung, für Menschen mit Migrationshintergrund oder für pflegebedürftige Kinder vorhalten. Einige Kassen sind dabei, entweder alleine oder im regionalen Verbund mit anderen Beratungsstellen für die unterschiedlichen (möglichen) Zielgruppen der Pflegeberatung eigene Beratungsangebote zu schaffen, diese entsprechend zu qualifizieren und auch bekannt zu machen. Dies wurde gerade in Experteninterviews betont. Im Zusammenhang mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten kann auf eine entsprechende zielgruppenspezifische Beratungsinfrastruktur zurückgegriffen und diese in eine Infrastruktur der Pflegeberatung eingebunden werden. Beispielhaft sei hier das Bundesland Hamburg genannt, das eine entsprechende Spezialisierung von Pflegestützpunkten vorgenommen hat. Von der AOK Nord-Ost wird in Berlin von Bemühungen berichtet, das Angebot der Pflegeberatung auf spezielle Zielgruppen wie Sehbehinderte, Taubstumme, psychisch Kranke etc. auszurichten. 72 Pflegekassen geben an, keine Angebote für Zielgruppen mit speziellem Unterstützungsbedarf (selbst oder über Dritte) anzubieten. Ob das Angebot der Pflegeberatung für Pflegebedürftige diesen besonderen Gruppen barrierefrei und zielgruppensensibel für Versicherte aller Kassen zur Verfügung steht, kann nicht beurteilt werden. Der spezifische Bedarf ließe sich im Rahmen regionaler Kooperationen decken, die im Gesetz vorgesehen sind, aber noch nicht überall entwickelt wurden. Denkbar wäre hier eine Vernetzung der Pflegeberatung mit den Servicestellen für Rehabilitation oder auch Kooperationen mit der regionalen Beratungsinfrastruktur von Behindertenverbänden und Betroffeneninitiativen.

2.3.6 Personaleinsatz für die Pflegeberatung

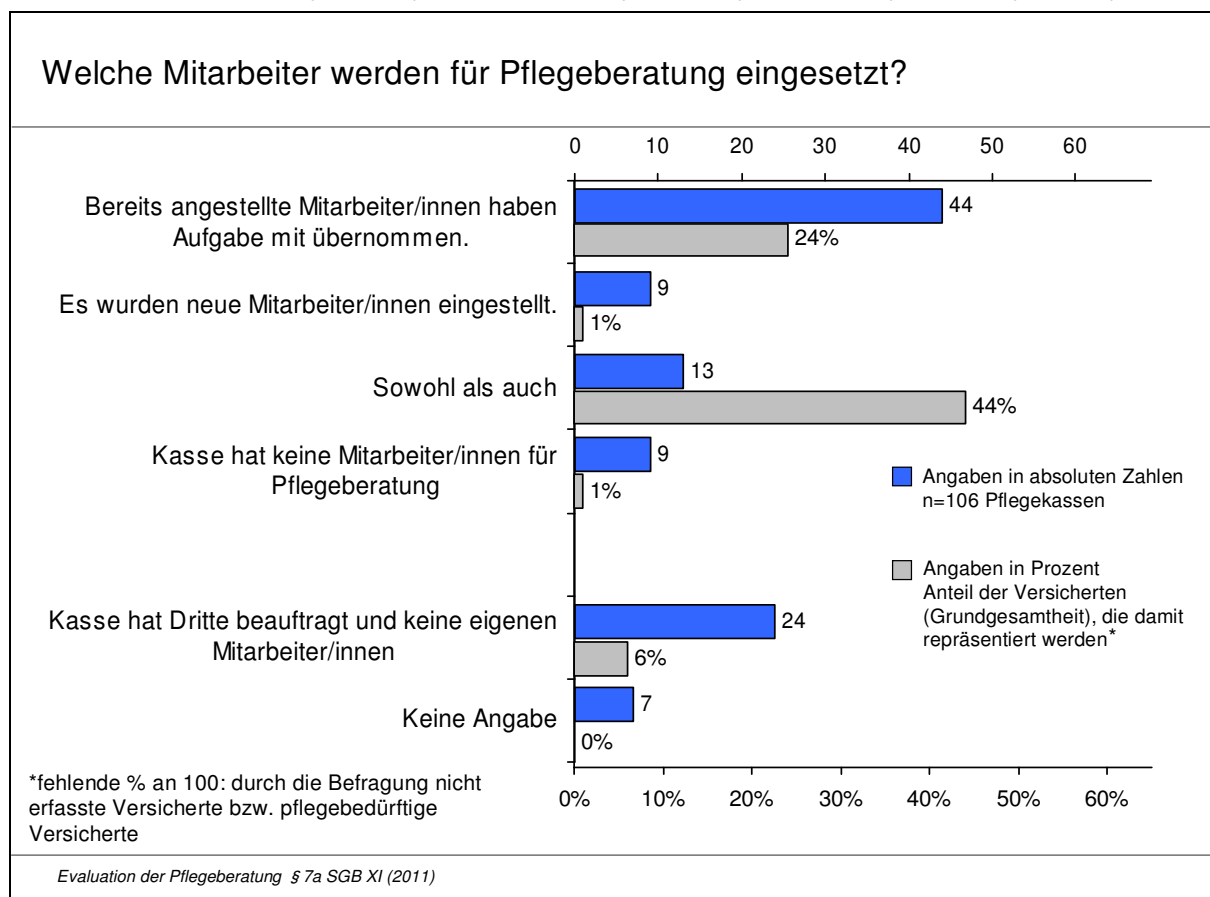
Die adäquate Ausführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI setzt qualifiziertes und ausreichendes Personal voraus. Dabei ist die Anzahl von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern so zu bemessen, dass die Aufgaben der Pflegeberatung im Interesse der Ratsuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können (§ 7a Abs. 3 SGB XI). Für die Aufgabe der Pflegeberatung kommen unterschiedliche Berufsgruppen in Betracht: In § 7a Abs. 3 SGB XI werden explizit Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte und Sozialarbeiter genannt. Für sie ist jeweils eine Zusatzqualifikation erforderlich, die in einer Empfehlung des GKV Spitzenverbandes geregelt ist und sich inhaltlich an den Standards der zertifizierten Case Management-Ausbildung (DGCC) orientiert, was die Gestaltung des Fallmanagements betrifft. Einheitliche Richtzahlen für die Personalbemessung für die Aufgabe der Pflegeberatung existieren bislang nicht. Einzelne Kassen arbeiten mit pauschalen Stellenanteilen (25 - 30 % auf ein 100 % Deputat) andere mit einer Quote von 1:100 Versorgungsplänen pro Pflegeberater (Antworten aus dem Fragebogen auf die offene Frage 10a).

Im Bereich der Personalqualifizierung und Weiterbildung haben einige Pflegekassen und Bundesverbände Empfehlungen oder Umsetzungshilfen ausgearbeitet. So gibt es neben den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifizierung von Pflegeberatern eine „Umsetzungshilfe der Ersatzkassen für die Weiterbildung zum Pflegeberater“, ein „Qualifizierungskonzept Pflegeberater“ des AOK-Bundesverbandes, eine Handreichung für Supervisoren und viele kassenspezifische Schulungs- und Ausbildungskonzepte. In den Experteninterviews wurde deutlich, dass der ganz überwiegende Teil der Schulungsmaßnahmen pünktlich bis zum 30.06.2011 abgeschlossen ist. Vorteile, die in der Qualifikation liegen sind vielfältig: So erhielten die Beratungskräfte einen Professionalisierungsschub, der sie befähigte auch mit schwierigen Beratungs-Konstellationen umzugehen, sie entwickelten eine hohe Arbeitszufriedenheit, weil die Nutzerzufriedenheit höher sei und in der Zusammenarbeit gut qualifizierter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflegekassen und Kommunen strahle das hohe Niveau der Ausbildung auf das ganze Team aus.

Für die Ausbildungsinhalte im Bereich Case Management haben einige Kassen Kooperationen mit DGCC-zertifizierten Case Management-Ausbildungsinstituten geschlossen, um hier eine möglichst große Übereinstimmung mit den fachlichen Standards der DGCC zu erreichen.

Die Kassen verfolgen unterschiedliche Strategien, wie sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Aufgabe der Pflegeberatung gewinnen und einsetzen.

Abbildung 11: Wege zur Mitarbeitergewinnung für die Pflegeberatung in Pflegekassen

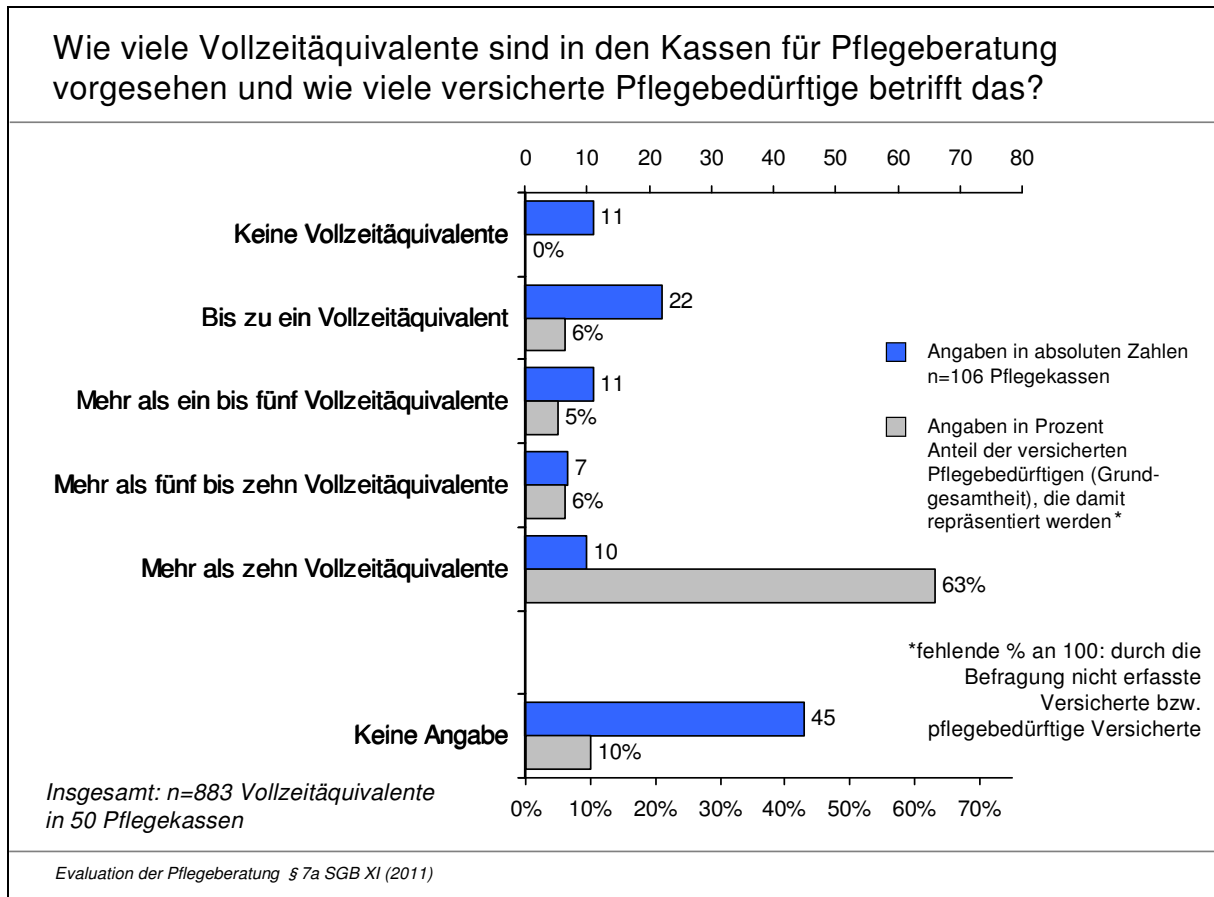


Bei 44 Kassen wurden bereits angestellte Mitarbeitende mit dieser Aufgabe betraut. Diese führen die Pflegeberatung entweder als ausschließliche Tätigkeit oder zusätzlich zu anderen wahrzunehmenden Aufgaben aus. Neun Kassen haben nur neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingestellt, in 13 Kassen wurden sowohl bereits Beschäftigte als auch neue Kolleginnen und Kollegen mit der Aufgabe betraut. Neun Kassen verfügen über keine eigenen Mitarbeitenden für die Pflegeberatung. Die Übertragung von Aufgaben der Pflegeberatung auf bereits beschäftigte Mitarbeitende kann unterschiedliche Hintergründe haben: bereits vorhandene Kompetenzen, Aufgabenbezug zur bisher wahrgenommenen Aufgabe, geringer Organisationsaufwand bei einer „Umsetzung“ Auch die Kompensation von Personalüberhängen und die Refinanzierungsstruktur der Pflegeberatung spielt bei einigen Kassen eine Rolle: Die Umsetzung von bereits beschäftigtem Personal (bei Personalüberhang) entlastet den KV-Haushalt trotz der Übernahme der neuen Aufgabe (lt. Kassen-Verbandsberechnung).

Bei 24 Kassen wurden Dritte beauftragt, weswegen keine eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Aufgabe vorgehalten werden. Insgesamt sind bei 67 Pflegekassen, die in der Befragung Angaben zur Personalausstattung gemacht haben und die etwa 74% der pflegebedürftigen Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung repräsentieren, 1.059 Personen mit der Aufgabe der Pflegeberatung befasst.

50 Pflegekassen haben Angaben zu den vorgesehenen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gemacht. In diesen Kassen sind für die Pflegeberatung 883 VZÄ vorgesehen. Diese Pflegekassen repräsentieren 1.432.170 versicherte Pflegebedürftige (63 % der Grundgesamtheit).

Abbildung 12: Relation Vollzeitäquivalente zu Versicherte in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI



Die Qualifizierung der für die Aufgaben der Pflegeberatung eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist bei 45 Kassen bereits abgeschlossen, bei 18 Kassen hat diese begonnen und in sechs Kassen (fünf Betriebskrankenkassen, eine landwirtschaftliche Krankenkasse) hat diese noch nicht begonnen. 21 Kassen machten keine Angaben zum Ausbildungsstand.

Die überwiegende Anzahl der Kassen (76), die 52 % der pflegebedürftigen Versicherten repräsentiert, gibt an, dass sie mittelfristig keinen personellen Ausbau für die Aufgabe der Pflegeberatung plant. 15 Kassen (25 % der pflegebedürftigen Versicherten) planen eine personelle Erweiterung. Eine Ersatzkasse plant für alle Bundesländern einen Ausbau. Die restlichen 15 Nennungen verteilen sich auf vier Allgemeine Ortskrankenkassen, zwei Ersatzkassen, fünf Betriebskrankenkassen, eine Innungskrankenkasse und eine landwirtschaftliche Krankenkasse die in unterschiedlicher Weise einen weiteren Personalausbau auf einzelne Bundesländer bezogen planen, dabei sind alle Kassengrößen vertreten. 15 Pflegekassen haben keine Angaben zur personellen Veränderungen gemacht.

Ein schriftlich niedergelegtes Konzept zur Zeit- und Personalbemessung für die Pflegeberatung haben nur wenige Kassen, es sind jedoch alle Kassenarten vertreten: acht Allgemeine Ortskrankenkassen, fünf Betriebskrankenkassen, drei Ersatzkrankenkassen, zwei Innungskrankenkassen und drei landwirtschaftliche Krankenkassen sowie die Knappschaft. Wie bereits ausgeführt arbeiten diese Kassen am ehesten mit pauschalen Stellenanteilen oder mit einer Quote von 1:100 Versorgungsplänen pro Pflegeberater. Die Praxis, Stellenanteile mit einer Ausfertigung von Versorgungsplänen zu koppeln, kann jedoch zu Fehlanreizen führen. Es ist möglich, dass auch

dann, wenn kein Bedarf besteht, ein Versorgungsplan erstellt wird, um die vorgegebenen (internen) Normen zu erfüllen.

Dezidiertere Personalbemessungen finden sich eher in den Vereinbarungen über die Errichtung von Pflegestützpunkten. Hier wurden Verhältniszahlen von allen Pflegeberatern auf 38.000 bis 100.000 Versicherte benannt. Diese sind als Anhaltzahlen zu sehen, die mehr oder weniger stringent umgesetzt werden. In Hessen dient die Evaluation in besonderem Maße der Ermittlung von Anhaltzahlen. In den Experteninterviews wurde deutlich, dass die Frage der gezielten Personalbemessung bei den Kassen eine besondere Rolle spielt. Pflegekassen, die Pflegeberatung als zugehende Beratung für alle pflegebedürftigen Versicherten konzipieren und sie mit entsprechenden Routinen hinterlegen, nehmen eine aktive Haltung in der Personalplanung ein. Andere Kassen machen keine Angaben, was die Bezifferung weiteren Personalbedarfs anbelangt. Auch hier zeigt sich, dass die kassenspezifischen Strategien Einfluss haben auf die Anzahl des für Pflegeberatung vorgesehenen Personals.

2.3.7 Unterscheidung zwischen der Beratung nach § 7 und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Mit der Pflegeberatung gemäß 7a SGB XI wird eine neue Leistung eingeführt, die über den bisherigen Beratungsauftrag der Pflegekassen gemäß § 7 SGB XI hinausgeht (vgl. ausführlich Schiffer-Werneburg 2009 in: LPK SGB XI § 7a Rz. 8). Gleichzeitig stehen die Aufgaben der §§ 7 und 7a SGB XI wie auch die Aufgaben der anderen Sozialleistungsträger, die sie auch in den Pflegestützpunkten gemäß § 92c SGB XI wahrnehmen, in einem engen Zusammenhang: Eine Beratung nach § 7 SGB XI hat sich ggf. auch auf die Information über den Rechtsanspruch nach § 7a SGB XI zu beziehen. Innerhalb einer entsprechenden Informations- oder Beratungssituation können sich Hinweise auf den entsprechenden Bedarf für eine ausführliche Beratung beziehungsweise ein individuelles Fallmanagement nach § 7a SGB XI ergeben. Insofern stellen alle Beratungsangebote, die im Zusammenhang mit der Beratung gemäß § 7 SGB XI stehen, ihrerseits Bausteine einer für alle zugänglichen und Beratungsbedarfe wahrnehmenden Infrastruktur für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dar. Die Beratung nach § 7 SGB XI kann – idealtypisch betrachtet – im Sinne des Case Managements eine Screening-Funktion haben: Sie bedient allgemeine Informations- und Beratungsanliegen, verweist aber bei Bedarf an die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Die individuellen Hilfe- und Beratungsleistungen gemäß § 7a SGB XI sind nicht für alle pflegebedürftigen Pflegeversicherten erforderlich – umso wichtiger ist eine treffsichere Einordnung und Adressierung der Beratungsanliegen. Beide Angebote – Aufklärung und Beratung nach § 7 wie auch Pflegeberatung und Fallmanagement nach § 7a – müssen somit aufeinander bezogen sein. Gleichwohl sind beide Aufgaben unterschiedlicher Natur, kennen unterschiedliche Anspruchsberechtigte und werden ggf. unterschiedlich finanziert: hier nur aus dem Verwaltungshaushalt, dort auch aus dem Leistungshaushalt

Die Aufwendungen der Pflegeberatung werden gemäß § 7a Abs. 4 Satz 5 SGB XI mit 50 % auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 SGB XI angerechnet. Die Anrechnung von Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI auf den Leistungshaushalt senkt die abzuführende Verwaltungskostenpauschale und erhöht den Betrag, der im Rahmen des Finanzausgleiches geltend gemacht werden kann. Daraus ergibt sich ein Anreiz, Personal im Bereich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI einzusetzen (vgl. Ausführungen zu Personalumsetzung Kapitel 2.3.6.).

Auf die Frage, ob sie einen Unterschied zwischen der Beratung nach § 7 und § 7a SGB XI machen, antworten 51 Kassen mit „ja“, 37 mit „nein“. Dabei sind es überwiegend die kleinen Kassen, die hier keine Differenzierung vornehmen, aber auch zwei Allgemeine Ortskrankenkassen.

Aus den Experteninterviews ergibt sich, dass einige Kassen für ihre Pflegeberaterinnen und Pflegeberater einen Anreiz setzen, ihre Beratung als Pflegeberatung abzurechnen, da dies für die (interne) Finanzierung der Pflegeberatungsstellen Relevanz besitzt. Was jeweils als Pflegeberatung abgerechnet wird, kann angesichts der von einigen Kassen nicht vorgenommenen Differenzierung von Beratung nach § 7 und § 7a SGB XI nicht sicher gesagt werden. Die Fallstudien verweisen darauf, dass einige Kassen Beratungen, die die Merkmale einer Pflegeberatung nicht erfüllen (lediglich Überprüfung der Pflegestufe), gleichwohl intern als „Pflegeberatung“ zählen und als Aufwendungen für Aufgaben gemäß § 7a SGB XI abrechnen. Gleichwohl kann festgehalten werden, dass die meisten, insbesondere die großen Kassen, eine deutliche Aufgabendifferenzierung zwischen § 7 und § 7a SGB XI vornehmen, die sich, wie die Experteninterviews zeigen, zum Teil auch in der internen Aufbauorganisation niederschlägt. So legen einige Kassen großen Wert darauf, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter allein für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zuständig sind und ihnen keinerlei andere Aufgaben übertragen werden. Dies wird bei manchen Kassen auch explizit mit dem Anspruch auf Unabhängigkeit in der Aufgabenwahrnehmung in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI begründet. Manche Kassen präferieren gerade vor diesem Hintergrund die Wahrnehmung der Aufgaben der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten: dort werde sie unabhängig wahrgenommen.

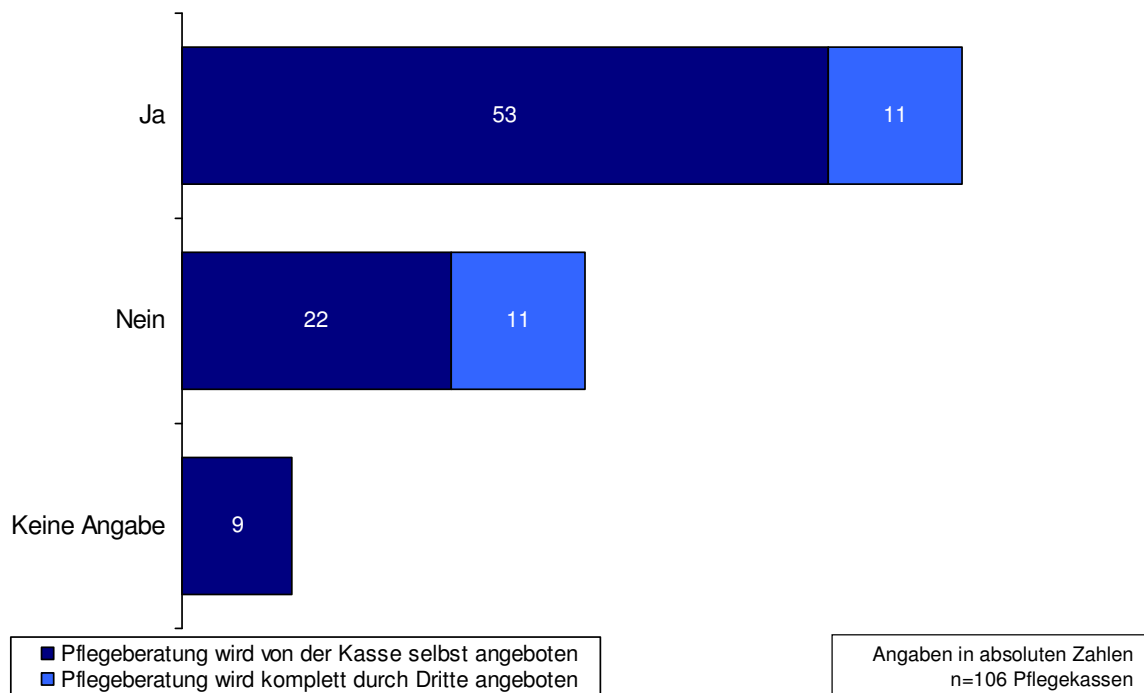
2.3.8 Nachfrage nach Pflegeberatung nach § 7a SGB XI seit 1. 1. 2009

Seit dem 1.1.2009 besteht ein Anspruch auf Pflegeberatung. Er ist vielen Versicherten noch nicht bekannt. Nicht alle Versicherten können etwas mit dem Begriff „Pflegeberatung“ anfangen, obwohl der Wunsch nach Unterstützung und auch der Bedarf offensichtlich vorhanden sind, wie die Nutzerbefragung zeigt (siehe auch Kap.5). Entsprechend ist zu erwarten, dass sich die Nachfrage nach bzw. die Inanspruchnahme von Pflegeberatung erst mit der Zeit entwickeln wird. Eine solche Entwicklung wird auch im Rahmen der Experteninterviews auf Landesebene bestätigt. In der Befragung der Pflegekassen (Abbildung 13) gaben 64 Kassen (85% der pflegebedürftigen Versicherten) an, dass sie bereits seit dem 01.01.2009 Anfragen zur Pflegeberatung hatten, davon lassen 11 Kassen die Pflegeberatung von Dritten durchführen. 33 Pflegekassen (8% der pflegebedürftigen Versicherten) gaben an, dass die Leistung Pflegeberatung bei ihnen noch nie nachgefragt wurde. Dabei sind es im Wesentlichen Betriebskrankenkassen, die angegeben haben, dass noch keine Anfragen eingingen. Es haben aber auch drei Allgemeine Ortskrankenkassen, entsprechend geantwortet. Insgesamt repräsentieren die 33 Pflegekassen 7% aller pflegebedürftigen Versicherten¹¹. Bei 13 Kassen die angegeben haben, dass sie noch keine Anfragen verzeichnet haben ist auf der Internetseite kein Hinweis auf die Leistung der Pflegeberatung ersichtlich. Überwiegend, so lässt sich festhalten, haben die Pflegekassen bereits Erfahrung mit der Pflegeberatung gemacht und eine entsprechenden Nachfrage zu verzeichnen. Über die Quantifizierung der Nachfrage lassen sich keine Aussagen treffen, da nur wenige Kassen statistische Daten zur Verfügung gestellt haben.

¹¹Davon haben 8 Kassen ≤ 100 , 16 Kassen $> 100 \leq 1000$, 7 Kassen $> 1000 \leq 6200$, 2 Kassen $> 40000 \leq 90000$ pflegebedürftige Versicherte.

Abbildung 13:Anfragen zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI seit 01.01.2009

Gab es schon Anfragen zur Pflegeberatung seit 1. Januar 2009?



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

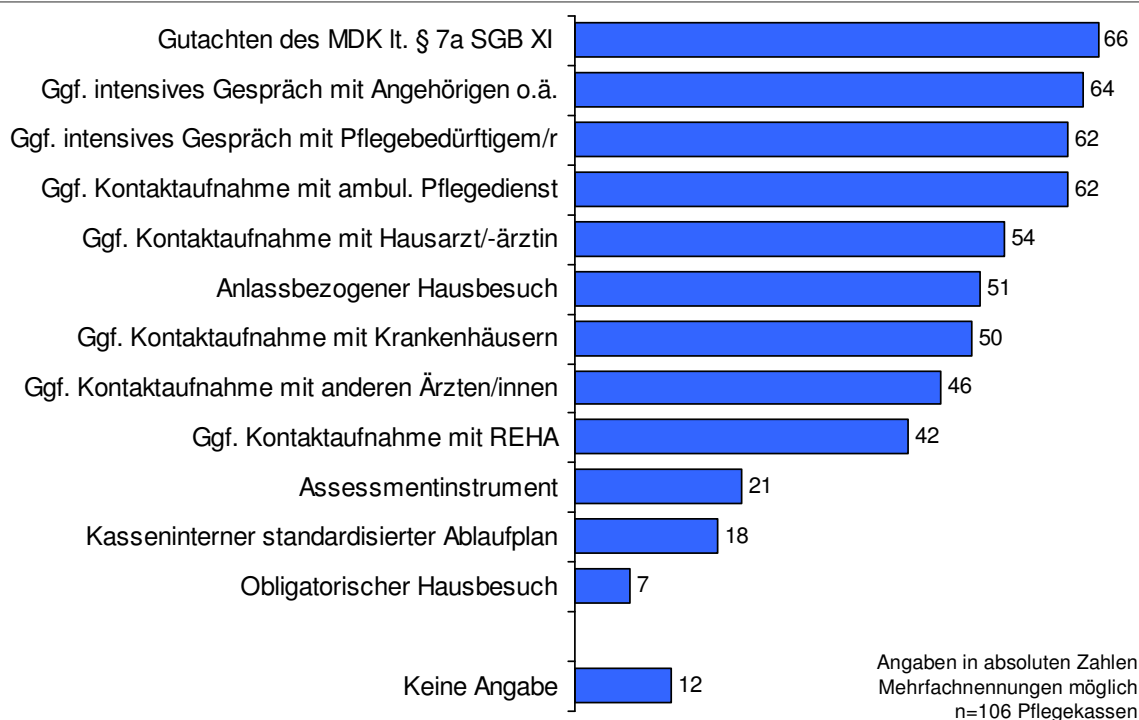
2.3.9 Praxis der Beratungsgespräche

2.3.9.1 Case Management-basierte Arbeitsweise der Pflegeberater

Die Pflegeberatung gemäß § 7a orientiert sich, wie schon im Vorwort dargestellt, in ihrem gesetzlich definierten Vorgehen am Handlungskonzept des Case Managements (vgl. Frommelt u.a. 2008). Zunächst ist der Hilfebedarf systematisch zu erfassen (Assessment), ein individueller Versorgungsplan ist zu erstellen (Planning), die vereinbarten Maßnahmen sind durchzuführen (Linking) und die Durchführung des Versorgungsplans soll überwacht und ggf. an eine veränderte Bedarfslage angepasst werden (Monitoring). In besonders komplexen Fallkonstellationen ist auch eine Dokumentation und Auswertung vorgesehen (Evaluation). Korrespondierend zu dieser am Case Management orientierten Vorgehensweise in der Pflegeberatung soll sich auch die Ausbildung der Pflegeberater an den Ausbildungsstandards für zertifizierte Case Manager orientieren. Aus der Kassenbefragung lassen sich einige Erkenntnisse über die Arbeitsweise der Pflegeberater im Rahmen der Umsetzung ihres Beratungsauftrages in den Pflegekassen gewinnen.

Abbildung 14: Vorgehen bei der systematischen Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs

Vorgehen bei der systematischen Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

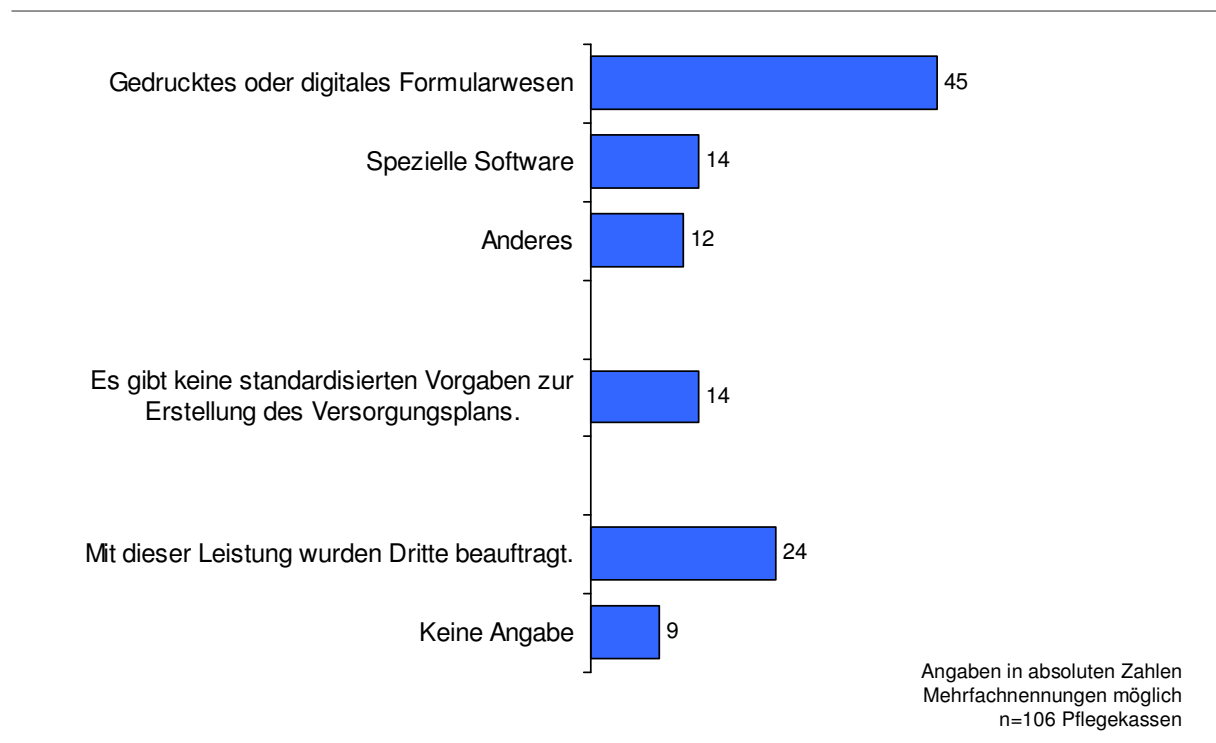
Die meisten Pflegekassen ziehen für die Pflegeberatung das MDK Gutachten heran, so wie es auch in § 7a Abs. 1 Satz 2 Ziff. 1 SGB XI vorgesehen ist. Aus den Experteninterviews ergibt sich, dass, wenn die Pflegeberatung bei der Pflegekasse des Versicherten stattfindet, das MDK Gutachten zumeist „automatisch“ oder routinehaft hinzugezogen wird und den Kassen in den EDV-gestützten Versichertenakten entsprechend zur Verfügung steht. Findet die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten statt, ist dieser Rückgriff routinemäßig nicht möglich. Einige Kassen nutzen, so die Erkenntnisse aus den Experteninterviews, nicht nur die MDK Daten, sondern ggf. auch die aus der Datenerfassung der Krankenkasse zur Verfügung stehenden Informationen für die Pflegeberatung. Dies geschieht überwiegend auf Grundlage einer expliziten Einwilligung der Versicherten. Intensive Gespräche mit Angehörigen und Pflegebedürftigen gehören nach den Ergebnissen der Kassenbefragung ebenso zu der systematischen Erfassung des Hilfebedarfes wie in vielen Fällen auch die Kontaktaufnahme mit dem ambulanten Pflegedienst und den Hausärztinnen bzw. Hausärzten. Auch die Kontaktaufnahme mit Krankenhäusern gehört zum Repertoire von 50 Pflegekassen, 51 sehen einen anlassbezogenen Hausbesuch, sieben Kassen einen obligatorischen Hausbesuch vor. Lediglich 18 Kassen verfügen über einen standardisierten Ablaufplan für die systematische Erfassung des Hilfebedarfes.

Eine immer größere Bedeutung spielen EDV-gestützte Assessment-, Hilfeplanungs- und Dokumentationsprogramme. In immer mehr Pflegestützpunkten wird auf Landesebene mit einheitlichen Softwareprogrammen gearbeitet oder darüber nachgedacht, solche einzuführen. Das Gleiche gilt für die Pflegekassen- hier werden jedoch vorrangig eigene Lösungen entwickelt, die kompatibel sind mit den bereits eingesetzten internen Programmen. Ungeachtet der Bemühun-

gen, Daten im Rahmen der Pflegeberatung systematisch zu erfassen und damit auch statistische Erkenntnisse zur Häufigkeit von Beratungsanliegen, zu demographischen Merkmalen Ratsuchender wie auch zu besonders häufig eingesetzten Hilfen im Rahmen der Versorgungsplanung zu gewinnen, können jedoch keine bundesweiten Erkenntnisse zu den Beratungsanliegen und den über die Pflegeberatung erfolgenden Unterstützungsaktivitäten gewonnen werden, da die Daten in der Regel in der jeweiligen Pflegekasse bzw. in den Pflegestützpunkten lokal und in unterschiedlichen technischen Systemen gespeichert sind.

Abbildung 15: Werkzeuge für die Erstellung eines Versorgungsplans

Werkzeuge zur Erstellung des individuellen Versorgungsplans



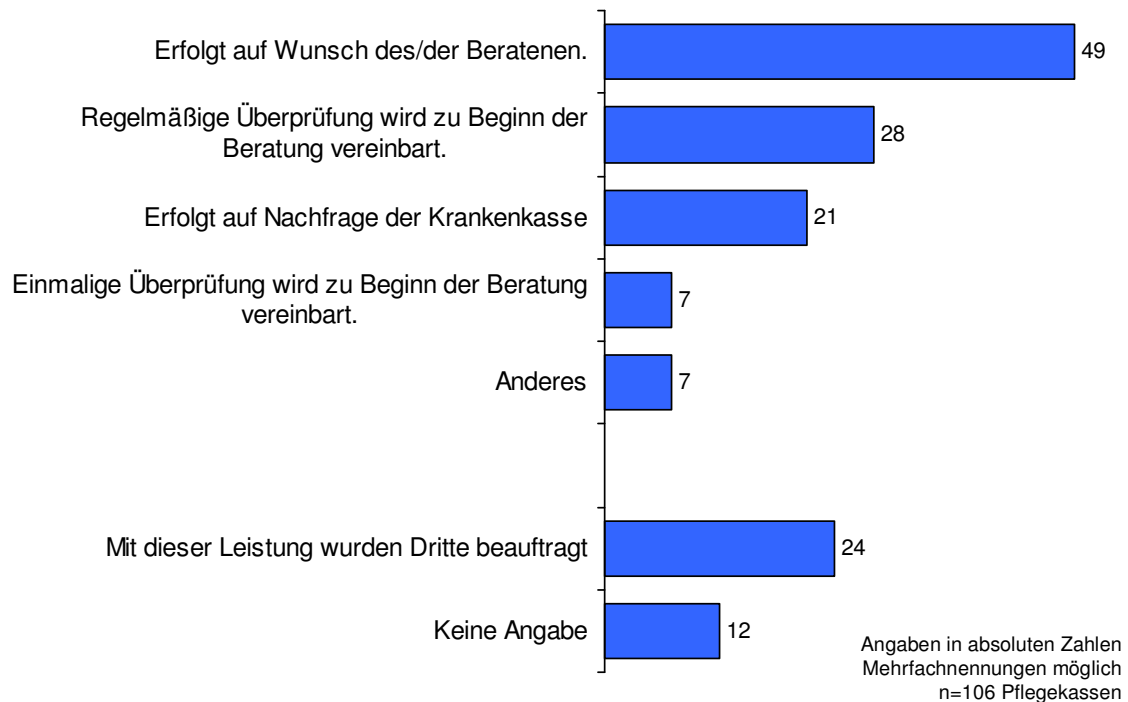
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

45 der 106 befragten Pflegekassen geben an, ein gedrucktes oder digitales Formularwesen entwickelt zu haben, 14 verwenden eine spezielle Software. Aus den Experteninterviews wird deutlich, dass es zwar durchaus so etwas wie Marktführer bei den Softwareprogrammen für den Bereich der Pflegeberatung gibt, dass aber die einzelnen Kassen letztlich viele unterschiedliche Systeme benutzen und auch große Unterschiede in der EDV-gestützten Arbeitsweise zwischen Pflegekassen und Pflegestützpunkten bestehen.

Ein zentrales Element der Pflegeberatung ist der individuelle Versorgungsplan. § 7a Abs. 1 Satz 2 Ziff. 4 sieht nicht nur die Erstellung eines solchen vor, sondern auch seine Anpassung im Sinne einer Fortschreibung. Eine solche Anpassung erfolgt nach Angaben der Pflegekassen bei 49 Kassen auf Wunsch des Beratenden, bei 28 Kassen dann, wenn es von Beginn an so vereinbart war, und bei 21 Kassen auf entsprechende Initiative der Pflegekasse hin.

Abbildung 16: Auslöser einer Anpassung des Versorgungsplans

Anpassung des individuellen Versorgungsplans



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

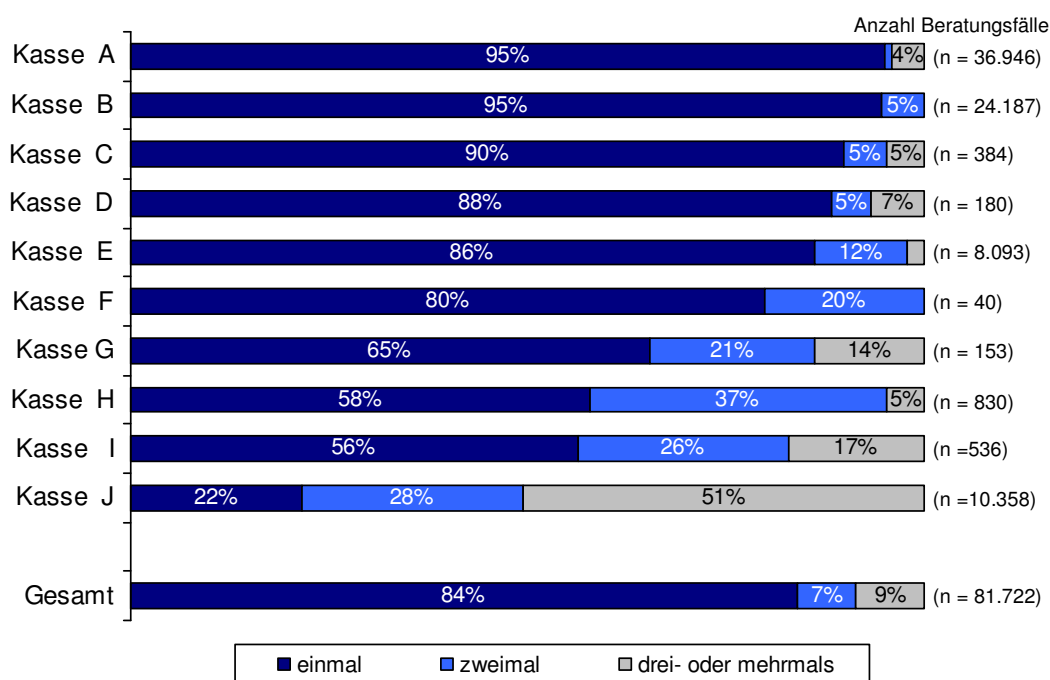
2.3.9.2 Beratungsintensität

Die Anforderungen an die Pflegeberatung sind in § 7a Abs. 1 Satz 2 niedergelegt: Zu diesen gehört die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans sowie die Hinwirkung auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen sowie seine Überwachung und Anpassung. Individuelles Fallmanagement ist in diesem Sinne keine einmalige, sondern eine auf einen längerfristigen und mehrmaligen Kontakt hin ausgelegte Unterstützung und Beratung. 15 Kassen (35 % der Versicherten) haben einen Einblick in ihre statistischen Daten zur Beratungshäufigkeit gewährt, dabei wurden 81.722 Beratungsfälle (von den Kassen als Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI kategorisiert) analysiert. Zu beachten ist, dass die absoluten Zahlen der Beratungsfälle pro Kasse unterschiedlich hoch sind¹². Deutlich wird, dass der überwiegende Anteil der Beratungsvorgänge nach nur einem (84%) oder maximal zwei Gesprächen / Kontakten (7%) beendet ist. Nur für 9 % der Beratungen wurden drei oder mehr Kontakte erfasst.

¹² Auf die Einzeldarstellung von fünf Kassen die jeweils weniger als 30 Beratungsfälle aufzuweisen haben, wurde verzichtet.

Abbildung 17: Beratungsintensität bei Beratungsgesprächen (10 Pflegekassen)

Wie häufig wurden mit Klienten Beratungsgespräche geführt?

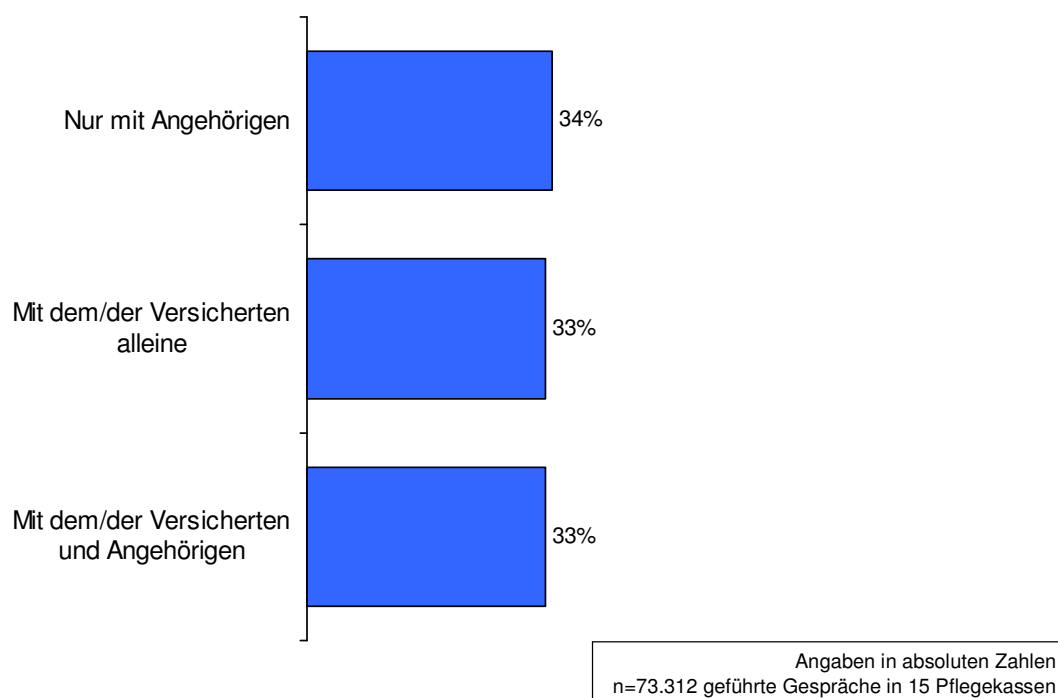


Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Sowohl die bei den Pflegekassen erhobenen Daten als auch die Ergebnisse der Nutzerbefragung und der Fallstudien lassen darauf schließen, dass die für die Aufgaben der Pflegeberatung zuständigen Personen nur im Ausnahmefall ein ausführliches, individuelles Fallmanagement durchführen. Die Konzeptionen sind an dieser Stelle sehr unterschiedlich, während eine Kasse einen Hausbesuch voraussetzt, um von einer qualifizierten Pflegeberatung zu sprechen (Kasse 02), zählt eine andere Kasse einzelne Tätigkeiten auf, die ein Fallmanagement definieren (Kasse 06). Überwiegend handelt es sich bei der bisherigen Pflegeberatung mehrheitlich um Informationen und Beratungen, die sich eher im Rahmen der Beratung nach § 7 SGB XI bewegen. Ob in den hier benannten Fällen ein Anlass zu einer intensiveren Unterstützung im Sinne eines Fallmanagements vorlag oder nicht, lässt sich aus den Befragungsergebnissen nicht ableiten. Es zeigt sich nur, dass die Pflegeberatung empirisch im Sinne eines individuellen Fallmanagements noch die große Ausnahme ist und die Zahlen der Pflegeberatung durch die Kassen sowohl hinter den in der Wissenschaft formulierten Annahmen über den Bedarf an individuellem Fallmanagement zurück bleiben, (vgl. etwa Wambach et al. 2005 m. w. N.) als auch hinter den in der Nutzerbefragung ermittelten, s. Kapitel 5).

Der Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI steht der Person mit Pflegebedarf als Bezieherin von Leistungen aus dem SGB XI oder nach Antragstellung auf Leistungen zu. Angehörige können mit einbezogen werden. Demgegenüber zeigt sich anhand der ausgewerteten Beratungsgespräche, dass in 34% der Fälle die Beratung allein mit dem Angehörigen stattgefunden hat, in weiteren regionalen Studien von Pflegestützpunkten liegen diese Zahlen noch höher (Barré, Rudolph 2009, S. 12 sowie Ramboll 2011, S. 17).

Mit wem erfolgten die Gespräche?



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

In den übrigen Fällen wurde die Beratung entweder allein mit dem Versicherten oder mit dem Versicherten und Angehörigen/Bekanntem zusammen geführt.

Inwieweit sich in den Pflegeberatungen auch Beratungen aus einem anderen Anlass und aus einem anderen leistungsrechtlichen Zusammenhang finden, kann nicht sicher gesagt werden. Immerhin geben 70 Kassen an, dass sie selbstständig eine Initiative zur Pflegeberatung ergreifen, wenn es entsprechende Hinweise aus dem MDK-Gutachten gemäß § 18 Abs. 6 SGB XI gibt. Ob hieraus eine Beratung entsteht und ob diese die Qualität einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aufweist, ist nicht sicher feststellbar. Auch wurde in den Experteninterviews und zum Teil in vorliegenden Stellenbeschreibungen angegeben, dass Pflegeberater auch Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, was nach § 37 Abs. 8 SGB XI entsprechend vorgesehen ist. Die Fallstudien dokumentieren, dass als Pflegeberatung deklarierte Beratungstätigkeiten von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zum Teil einen eindeutigen und ausschließlichen leistungsrechtlichen Zusammenhang aufweisen: hierzu gehört etwa die Erläuterung von Pflegeeinstufungsbescheiden – zur Vermeidung oder im Nachgang zu einem informellen Widerspruchsverfahren – oder auch die Überprüfung der Erforderlichkeit von Krankenkassenleistungen bis hin zur Beratung bei bewilligten Hilfsmitteln. In einer Stellenbeschreibung ist die „Feststellung von Überversorgung (Bsp. Hilfsmittel, Medikamente)“ ausdrücklich aufgeführt (Kasse 44). So geben sowohl die Ergebnisse der Kassenbefragung als auch die Experteninterviews und Fallstudien deutliche Hinweise darauf, dass einige, insbesondere die großen Pflegekassen, der Pflegeberatung ein eindeutiges Leistungsprofil geben. Die Ergebnisse belegen zudem, dass die Pflegeberatung von anderen Kassen mit verschiedenen weiteren Beratungsformen, -intensitäten und -

anlässen verbunden wird. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements mit mehreren Kontakten - und dies zunächst außerhalb besonders komplexer Fallkonstellationen, wie sie im § 7a Abs. 1 Ziffer 5 SGB XI angesprochen sind - noch die Ausnahme bilden. Das kann sehr unterschiedliche Ursachen haben: Möglicherweise bleibt die Nachfrage hinter dem Bedarf zurück, evtl. ist der Bedarf niedriger einzuschätzen als angenommen oder aber es wird die neue Aufgabe nicht hinreichend kommuniziert beziehungsweise werden bedarfsrelevante Konstellationen nicht als solche erkannt.

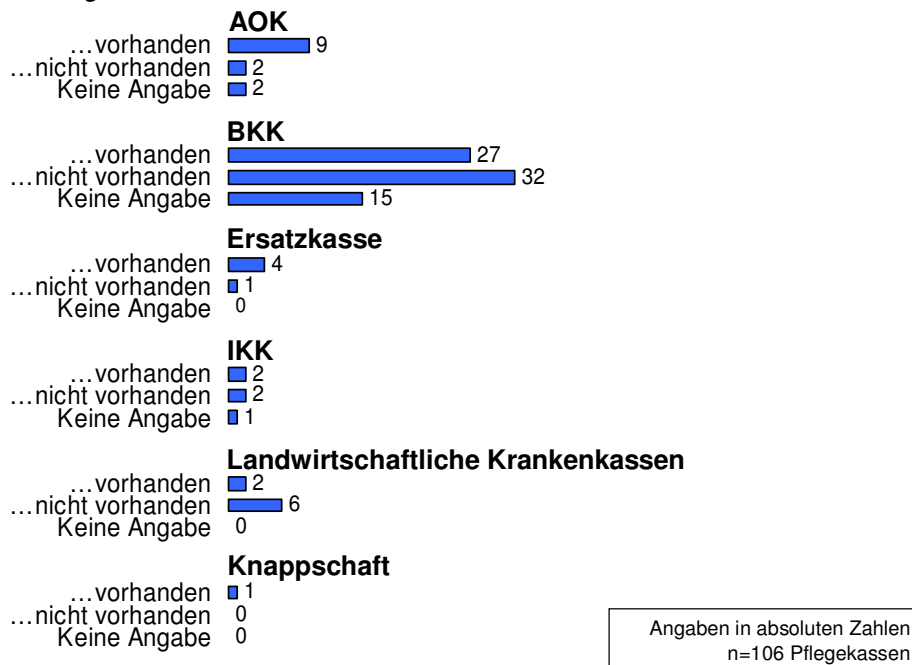
2.3.10 Datenschutz

Eine umfassende Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagement wirft in besonderer Weise datenschutzrechtliche Fragen auf. So ist es in vielen Fällen erforderlich, dass von den Pflegeberatern, aber auch anderen beteiligten Leistungsträgern Sozialdaten erhoben werden. In § 7a Abs. 6 SGB XI ist bestimmt, welche Leistungsträger in den Austausch von Sozialdaten einbezogen werden können bzw. sollen. Sie haben jeweils auf einen ausreichenden Schutz der erhobenen Sozialdaten zu achten. Für eine unabhängige Aufgabenwahrnehmung der Pflegeberatung ist es wichtig, dass im Rahmen der Pflegeberatung Sozialdaten nur zum Zwecke der Beratung erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Die Zweckbindung verbietet es, die Pflegeberatung zur Informationsgewinnung für die Leistungskontrolle respektive die Überprüfung der Leistungsberechtigung in anderen leistungsrechtlichen Zusammenhängen zu nutzen. Die Legitimation der Weitergabe von Sozialdaten an andere Leistungsträger oder auch Leistungserbringer erfordert immer die informierte Einwilligung des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters. Besondere datenschutzrechtliche Anforderungen stellen sich in Pflegestützpunkten, wenn dort Pflegeberater kassenübergreifend oder auch kommunale Bedienstete für die Pflegekassen tätig werden.

Abbildung 19: Existenz einer Datenschutzregelungen zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Gibt es spezifische Datenschutzregeln für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI? (abhängig von der Kassenart)

Spezifische Datenschutzregeln sind...



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Die schriftliche Befragung der Pflegekassen ergab, dass 45 Kassen über spezifische Datenschutzregelungen für den Aufgabenbereich der Pflegeberatung verfügen, 43 gaben an, dass solche nicht vorhanden seien. In den im Zusammenhang mit der Kassenbefragung zur Verfügung gestellten Materialien und Unterlagen finden sich Beispiele für Einwilligungserklärungen der Versicherten, allgemeine Datenschutzhinweise für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen oder auch Datenschutzerklärungen für die Versicherten. In der Regel wird im Zusammenhang mit der Erstellung des Versorgungsplanes dem Ratsuchenden eine entsprechende Datenschutzerklärung zur Unterschrift vorgelegt, in manchen Fällen ist der Beratung ein förmlicher Antrag auf Pflegeberatung vorangestellt. In diesem Zusammenhang wird dann eine entsprechende Einverständniserklärung zur „Datenübermittlung“ vorgelegt. Die Formulierungen innerhalb der exemplarisch durch die Kassen übermittelten Dokumente sind nicht immer als barrierefrei zu bezeichnen, was vermutlich dem juristischen Kontext geschuldet ist. Häufig werden im Zusammenhang mit der Datenschutzerklärung auch allgemeine Hinweise zur Inanspruchnahme oder Beendigung der Beratung gegeben. Manche Formulierungen sind zumindest missverständlich und können bei Nutzern zu Verunsicherung oder Abwehr führen: „Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund von § 7a SGB XI zu erheben. Eine fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z.B. bei den Leistungsansprüchen) führen.“ (Kasse_02, Kasse_133).

Wo es um Fragen des Datenschutzes für die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten geht, wurden verschiedentlich die Datenschutzbeauftragten der Länder eingeschaltet. In einigen Bundesländern liegen Stellungnahmen der Datenschutzbeauftragten vor, in anderen Bundesländern ist die Frage der datenschutzrechtlichen Standards für die Zusammenarbeit in Pflegestützpunkten noch

immer nicht abschließend geklärt. Dies kann, wie die Hamburger Pflegestützpunktstudie zeigt, zu Verunsicherung bei Mitarbeitern führen: „Darüber hinaus herrschen immer noch Unklarheiten und Unsicherheiten im Hinblick auf die Datenschutzproblematik. Dies betrifft sowohl die Frage, wie viel, aber auch, ab wann Daten aufgenommen werden dürfen und in welcher Form Einverständniserklärungen zur Datenaufnahme vorliegen müssen (schriftlich vs. mündlich) oder gar erst als solche gelten (so genannte ‚mutmaßliche Einwilligungen‘, wenn die ratsuchende Person von sich aus Kontaktdaten preisgibt).“ (Döhner et al. 2011, S. 73)

Die Unabhängigkeit der Pflegeberatung, die zu den besonderen Qualitätsstandards des neuen Rechtsanspruches auf individuelles Fallmanagement gehört, verlangt eine besondere Sorgfalt im Umgang mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben. Durch einen transparenten und sachbezogenen Umgang mit Daten kann auch das Vertrauen in die neue Leistung gefördert werden. Gerade bei Aufgabenüberschneidungen, die einige Pflegekassen in ihrem Organisationsmodell für die Pflegeberatung kennen (z.B. Pflegeberatung und Leistungsgewährung in einer Person) oder auch mit Blick auf die als Pflegeberatung bezeichneten Kontaktaufnahmen aus einem leistungsrechtlichen Zusammenhang heraus (z.B. Erläuterung eines Ablehnungsbescheids zur Vermeidung von Widersprüchen) ist der datenschutzrechtliche Grundsatz der Zweckbindung besonders zu beachten, der ausweislich der Fallstudien nicht immer beherzigt wird.. Auch wenn bisher nur eine Minderheit der Versicherten dem neuen Leistungsangebot der Pflegeberatung mit einem gewissen Misstrauen begegnet, können Datenschutzverstöße die Akzeptanz der neuen Leistung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beschädigen.

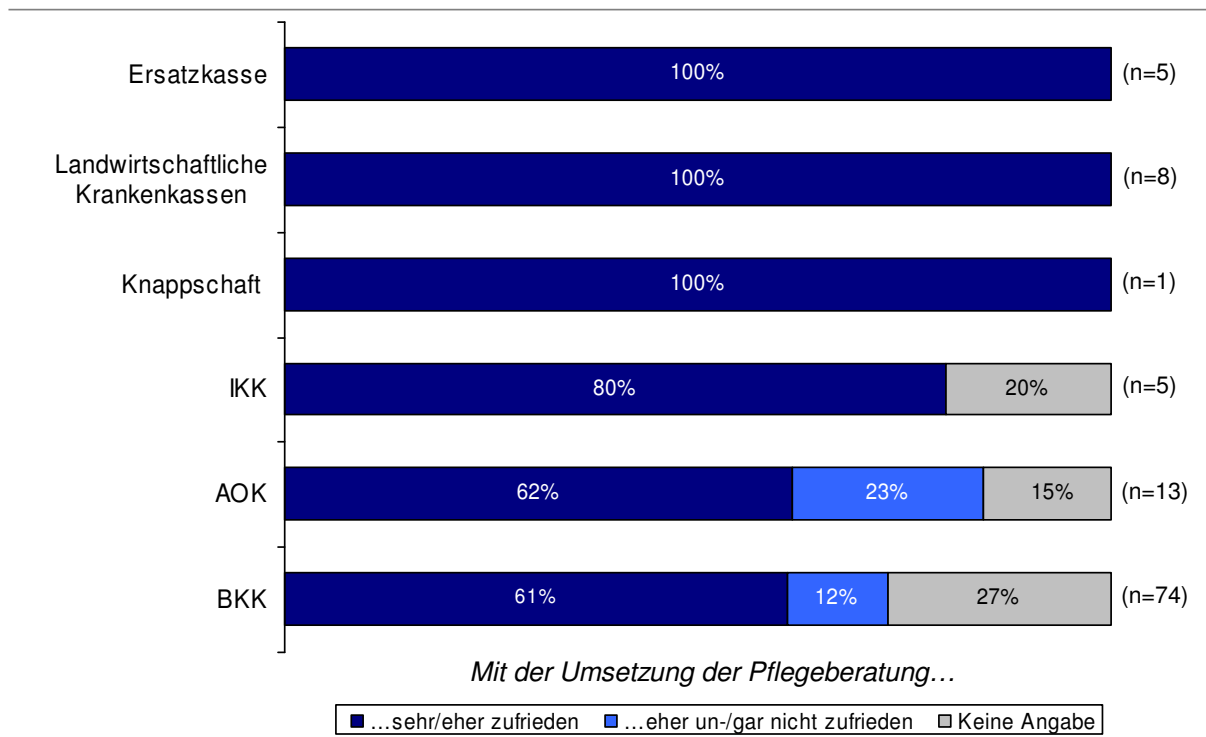
2.3.11 Zufriedenheit mit der bisherigen Umsetzung

Die neue Aufgabe Pflegeberatung stellt sich als fachliche, organisatorische und operative Herausforderung für die Pflegekassen dar. Die Pflegekassen haben diese Aufgabe überwiegend angenommen und sie - wie sich insbesondere in den Experteninterviews zeigt - mit Hilfe eines großen persönlichen Engagements der mit den Implementierungsaufgaben betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Weg gebracht. Die Experten berichten mehrheitlich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen, die mit den Aufgaben der Pflegeberatung betraut werden, hoch motiviert sind und sich in hohem Maße mit ihren neuen Aufgaben identifizieren und damit auch zufrieden sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie diese Aufgaben als exklusive Zuständigkeit wahrnehmen. Diese nicht quantifizierbare, jedoch häufig berichtete Zufriedenheit der „neuen Berufsgruppe“ der Pflegeberater in den Kassen stimmt mit der Zufriedenheit der Pflegekassen mit ihrer Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI überein.

Abbildung 20: Zufriedenheit der Pflegekassen mit der Umsetzung der Umsetzung der Pflegeberatung

Wie zufrieden sind die Kassen mit der Umsetzung der Pflegeberatung?

(abhängig von der Kassenart)



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Innerhalb aller Kassenarten liegt die Zufriedenheit (Antwortoptionen sehr/eher zufrieden) mit der Umsetzung bei mindestens 60 %. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen geben ein differenzierteres Bild ab. Für viele kleine Kassen ist es organisatorisch schwieriger sich auf die neue Leistungsform einzustellen.

Der Grad der Zufriedenheit mit der Umsetzung steht zum Teil in deutlicher Diskrepanz zu dem Grad der Umsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI- sowohl quantitativ als auch qualitativ. Die Experteninterviews und die Fallstudien zeigen, welcher weitere Weg noch bis zu einer flächendeckenden und für alle pflegebedürftigen Versicherten zugänglichen Pflegeberatung zurückzulegen ist.

2.4 Exkurs: Exemplarische Auswertung von Experteninterviews mit Kassenvertretern

2.4.1 Einleitung

Im Rahmen der Untersuchung zu den Pflegeberatungsstrukturen in den 16 Bundesländern wurden insgesamt 14 Kassenvertreterinnen und -vertreter im Rahmen von Experteninterviews befragt. Darüber hinaus wurden von den Kassen 108 Dokumente zur Verfügung gestellt, aus denen Erkenntnisse zum Verständnis, zur Konzeption sowie zur organisatorischen Umsetzung und zur Praxis der Pflegeberatung gewonnen werden können. Diese empirischen Befunde und Dokumente sollen zur Veranschaulichung und Vertiefung der schriftlichen Befragung der Pflegekassen in die

Präsentation der Evaluationsergebnisse einbezogen werden. Sie vermitteln lediglich exemplarische Einblicke. Die Aufbereitung der Experteninterviews und der zur Verfügung gestellten Dokumente dient im Wesentlichen dazu, das Spektrum der Aufgabenwahrnehmung bzw. die Konzepte der Pflegekassen, die strategische Verortung der Aufgabe Pflegeberatung in der jeweiligen Pflegekasse, das jeweils leitende Verständnis von Pflegeberatung und den operativen Umsetzungsweg darzustellen. Die Anregung zu diesem ursprünglich nicht vorgesehenen Auswertungsschritt entstand zum einen aus den inhaltvollen Experteninterviews, die nicht nur Aufschluss über die landesspezifischen Rahmenbedingungen gaben, sondern auch Hinweise auf kassenspezifische Besonderheiten, sowie zum anderen nach Sichtung der vielfältigen Dokumente, die von Pflegekassen freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.

2.4.2 Vielfalt in der Landschaft der Pflegekassen

Die neue Aufgabe Pflegeberatung trifft in den insgesamt 156 Pflegekassen, die den Rechtsanspruch auf Pflegeberatung einlösen müssen, auf höchst unterschiedliche Bedingungen. Das unterstreichen die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Pflegekassen. Die Pflegekassen unterscheiden sich nach Größe, nach Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten, nach Kassenart und in ihrem Regionalbezug. Manche Kassen, etwa die Knappschaft und die Landwirtschaftliche Krankenkasse haben einen weiteren bzw. anderen Aufgabenbereich als die anderen Kranken- und Pflegekassen oder kennen als Versicherte vornehmlich spezielle Berufsgruppen. Insofern kann nicht erwartet werden, dass die Aufgabe der Pflegeberatung, für deren Umsetzung den Kassen in organisatorischer Hinsicht ein recht weiter Gestaltungsspielraum offen steht, in gleicher Weise gestaltet wird. Es lassen sich auf der Grundlage der schriftlichen Befragung der Pflegekassen und nach Auswertung der Experteninterviews und vorgelegter Dokumente fünf Typen herausarbeiten, die für unterschiedliche Konzepte der Umsetzung der Aufgaben der Pflegeberatung stehen.

1. Eine große Gruppe bilden die Pflegekassen, die bundesweit Versicherte zu versorgen haben und die aus unterschiedlichen Gründen in der Aufgabe der Pflegeberatung eine besondere Chance für die Profilierung ihrer Kasse erkennen. Zwar gelten, anders als für die Krankenkassen, für die Pflegekassen keine wettbewerblichen Spielregeln. Gleichwohl bietet die Pflegeberatung eine interessante Gelegenheit, Kranken- und Pflegekassenaufgaben stärker auf einander zu beziehen. Diese Kassen sehen die unternehmerische Herausforderung, für ihre Versicherten bundeseinheitlich auf hohem Qualitätsniveau die neue Leistung der Pflegeberatung anzubieten. Sie sehen in der Aufgabe der Pflegeberatung eine Möglichkeit der Profilierung für ihre Versicherten, denen gegenüber sie sich im Wettbewerb mit anderen Kassen durch ein breites und leistungsfähiges Spektrum an Dienstleistungen auszeichnen möchten. Anderen Kassen bietet die Aufgabe der Pflegeberatung die Möglichkeit, Alleinstellungsmerkmale sowie ihr besonderes Profil zu stärken und gerade ihren vielen älteren Versicherten bundesweit ein adäquates Angebot anzubieten. Diese Kassen reflektieren ihre besonderen Traditionen und ihre besonderen Bindungen zu ihren Versicherten, die mit der neuen Aufgabe der Pflegeberatung gepflegt und weiterentwickelt können. Dieser Typ von Pflegekassen wird als *Kasse mit einer bundeseinheitlichen Implementierungsstrategie* bezeichnet. Dieser Typ soll nachfolgend an einem anonymisierten Beispiel veranschaulicht werden:

Die Kasse A ist eine der Kassen, die eine bundesweite Implementierung der Pflegeberatung als eigene Aufgabe in den Vordergrund stellt, auch wenn sie in einigen Bundesländern als Träger von Pflegestützpunkten auftritt. Das Gebiet der Bundesrepublik wurde von der Kasse A in etwa 50 Regionen aufgeteilt und entsprechend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingestellt und ausgebildet, die in einer der Regionen Pflegeberatung durchführen. Die Kasse A übernimmt es also, sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bundesweit in Pflegestützpunkte zu entsenden als auch Pflegeberater in eigenen Geschäftsstellen zu beschäftigen (etwa doppelt so viel). Beide Gruppen – Pflegeberater in der Geschäftsstelle und in Pflegestützpunkten – erhalten die gleiche Ausbildung. Die Kasse A plädiert eindeutig für eine Pflegeberatung in Hand der Pflegekassen. Dies wird auch damit begründet, dass vor Ort eine sehr unterschiedliche Nachfrage nach Pflegeberatung bestünde. Ob eine Konzeption wohnortnaher Pflegeberatung in Pflegestützpunkten resonanzfähig sei, wird bezweifelt. Nach Erfahrung der Kasse A gibt es Pflegestützpunkte, die etwa 150 Kontakte im Monat haben, aber auch welche mit nur 10-12 Kontakten pro Monat. Ob sich unter diesen Vorzeichen die Finanzierung von 450 Pflegestützpunkten rechtfertigen lasse, sei zweifelhaft. Die Kasse A setzt auf zugehende Beratung und zwar bundesweit. Die internen Standards sehen eine telefonische Kontaktaufnahme bei allen Antragstellerinnen und Antragstellern vor, auf die der Hausbesuch oder die Beratung in der Geschäftsstelle folgen. Die Pflegeberatung der Kasse A ist 24 Stunden über eine Hotline oder per Mail erreichbar. Die Versicherten werden bei Antragstellung auf das Angebot der Pflegeberatung schriftlich hingewiesen. Die Öffentlichkeitsarbeit bezieht auch die Mitgliederzeitschriften und das Internet ein. Die Versicherten der Kasse A profitieren, so die Sicht der Kasse, von einem kasseninternen Versorgungsmanagement, das nunmehr auch die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI umfasst. Damit werden Brücken zwischen der Krankenkasse und Pflegekasse geschlagen. Auf diese Weise sei eine enge Verzahnung aller Leistungen der Kranken- und Pflegekasse gegeben. Selbstverständlich sei eine gute Kommunikation aber innerhalb der Pflege- und Krankenkassen nicht. Hier würden die Pflegekassen organisationsintern häufig als lästiges Anhängsel betrachtet. Die Pflegeberatung und ihre Integration in das Versorgungsmanagement bietet nach Ansicht der Vertreter der Kasse A die Möglichkeit intern zu besserer und effizienterer Zusammenarbeit zu gelangen. Die Schnittstelle Kranken- / Pflegekasse wird mit Hilfe der Pflegeberatung bearbeitet. Die Kasse A investiert in Qualifikation, weitergehende Schulungen und ein einheitliches Prozessmanagement der Pflegeberatung und betont, dass sie eine bundeseinheitliche Regelung zur Pflegeberatung begrüßen würde. Tatsächlich hält sie es aber für „[...] ganz schwierig die individuelle Pflegeberatung bundesweit einheitlich zu implementieren“ (Ka_122), wenn von Kasse zu Kasse und von Bundesland zu Bundesland die Beratung unterschiedlich gehandhabt werde.

2. Eine Reihe von großen, aber auch kleinere Kassen weisen traditionell einen deutlichen regionalen Bezug auf, der auch ihre Verankerung in der jeweiligen örtlichen Bevölkerung reflektiert. Diese Kassen mit einem ausgeprägten Regionalbezug verfolgen in der Regel eine andere Implementationsstrategie, sind stärker in die pflegepolitischen Aushandlungen auf Landes- oder kommunaler Ebene einbezogen und verfügen häufig über örtliche Geschäftsstellen, die – territorial betrachtet – zu einer wohnortnahen Pflegeberatung beitragen können. Sie zeigen sich ggf. auch offener für die Einrichtung von Pflegestützpunkten, in deren Einzugsbereich viele ihrer Versicherten leben. Sie übernehmen häufiger als andere Kassen die Trägerschaft für Pflegestützpunkte, so es sie gibt, bauen aber ggf.

auch Parallelstrukturen zu den Pflegestützpunkten auf. Typisch für sie ist die Strategie, die zugehende, aufsuchende Beratung in ihrer Konzeption zu verankern. Diese Kassen sind als *Kassen mit einer regional ausgerichteten Implementationsstrategie* bezeichnet. Dieser Typ wird nachfolgend veranschaulicht:

Kassen mit einem ausgeprägten Regionalbezug weisen sowohl einige Gemeinsamkeiten, aber durchaus auch Unterschiede auf. Sie sind vielfach Träger von Pflegestützpunkten oder in diese auf andere Weise involviert. Insofern müssen sie sich stärker als andere Kassen mit der Konzeption von Pflegestützpunkten und der Frage, wie dort die Pflegeberatung verankert und angeboten werden soll, auseinandersetzen. Sie verfügen über zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in Pflegestützpunkten arbeiten. Dabei zeigen sich große Unterschiede in der Bewertung der Integration der Pflegeberatung in Pflegestützpunkte und in der Bedeutung der Pflegestützpunkte generell. Eine Expertin der Kasse B etwa hält die Pflegestützpunkte für überflüssig und sieht die Pflegeberatung am Besten bei der Pflegekasse selbst verortet. Sie plädiert dafür, § 92c SGB XI zu streichen. Die Vertreter der Kasse C sehen in den Pflegestützpunkten wichtige Infrastrukturelemente und bevorzugen bisweilen die Integration der Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte gegenüber der Durchführung der Pflegeberatung in den eigenen Geschäftsstellen. Komplexe Fallkonstellationen könnten bisweilen besser in den Pflegestützpunkten bearbeitet werden als in den eigenen Geschäftsstellen. Auch sei die Neutralität einer Beratung dort gegebenenfalls besser zu gewährleisten. Mit Blick auf die Möglichkeiten, zugehende Beratung durch die Kassen zu organisieren, wird von anderen Vertretern der Kassen mit Regionalbezug die Aufgabenwahrnehmung der Pflegeberatung als Kassenaufgabe bevorzugt. Auch sehen die Experten Unterschiede in der Qualität der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten, je nachdem, ob es sich um eigene oder „Fremdversicherte“ handelt. Gerade für Kassen, die regional einen großen Versichertenanteil aufweisen, bieten Pflegestützpunkte Möglichkeiten, wohnortnah ihre eigenen Versicherten zu beraten. Nicht selten sind die Pflegestützpunkte auch räumlich an Geschäftsstellen der Kassen mit Regionalbezug angegliedert.

Manche dieser Kassen, die über recht viele ältere Versicherte heute und in Zukunft verfügen (werden), sehen in einer Case Management-basierten Pflegeberatung eine wichtige Antwort auf den zunehmenden Beratungsbedarf und die zunehmend problematischen Konstellationen von Alleinlebenden in der eigenen Häuslichkeit. Entsprechend stellen sie sich dieser Aufgabe unter Einbeziehung der jeweiligen regionalen Verhältnisse. Fast alle der Kassen mit Regionalbezug verfolgen die Strategie einer zugehenden Beratung. Dabei verfolgen sie auch unterschiedliche Anliegen: Im Vordergrund steht eine klienten- und kundenorientierte Beratung. Diese kann nach Aussagen der Kassenvertreter zu Konflikten mit Angehörigen führen, die nicht unbedingt die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen verfolgen müssen (Kasse D). Auch bei den eigenen Kassen stoßen die Pflegeberater „intern“ auf Widerstände, wenn sie auf weitere Leistungen für die Versicherten hinwirken, zumal der Pflegeberater ganz andere Hintergründe als der Pflegebedürftige kenne. Von einigen der Kassen wird der Aspekt der Prävention besonders in den Vordergrund gestellt und die Besuche durch die Pflegeberatung bei Antragstellung offensiv angeboten, um von vorneherein auf eine angemessene Gestaltung des Pflegearrangements Einfluss nehmen zu können, auch um kostenträchtige Fallkonstellationen zu vermeiden. Aspekte der Kostensteuerung spielen durchaus eine eigenständige Bedeutung bei der Konzeption der Pflegeberatung. So könnten mit Hilfe der Pflegeberatung überflüssige Formen der Leistungsgewährung identifiziert und zurückgenommen werden (Kasse D), in einer Stellenbeschreibung für einen

Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

AGP Freiburg, HWA München, TNS Infratest München (2011)

Pflegeberater (Kasse E) wurde z.B. die Überprüfung auf Überversorgung von Hilfsmitteln bzw. Medikamente aufgeführt. Schließlich sehen sich manche Kassen mit ihrem deutlichen regionalen Bezug auch in einer Art Wächteramt, wenn sie sich ggf. veranlasst sehen, bei besonders problematischen Pflegearrangements zum Schutz der Pflegebedürftigen einzugreifen, mit der Polizei zusammenzuarbeiten und sich bezogen auf das Wohl der Pflegebedürftigen in einer besonderen Verantwortungsrolle zu sehen (Kasse D). Einige Kassen stellen konzeptionell sicher, dass ihre für die Pflegeberatung eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keinerlei andere Aufgaben als die der Pflegeberatung wahrnehmen. Auf diese Weise soll die Neutralität in der Aufgabenwahrnehmung durch die Kassen-Mitarbeiter sichergestellt werden (Kasse F). Durch entsprechende Teambuilding-Maßnahmen und Qualifizierungen wird bei einigen Kassen eine berufliche Identität als Pflegeberater gefördert– offenbar sogar über die Zugehörigkeit zu Eingangsberufen (Sozialversicherungsfachangestellte, Pflegekraft, Sozialarbeiter) hinweg. Die neue Aufgabe der Pflegeberatung wird von den Vertreterinnen und Vertretern dieser Kassen fast einhellig als besonders attraktiv bewertet. Die im Bereich der Pflegeberatung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen sich durch eine hohe Arbeitszufriedenheit auszeichnen. In puncto Finanzierung orientieren sich viele Kassen mit Regionalbezug im Wesentlichen an den im Gesetzgebungsverfahren niedergelegten Anhaltswerten für die Personalbemessung: 100 Fälle individuelles Fallmanagement pro Pflegeberater per anno.

Die Kassen mit Regionalbezug zeichnen sich schließlich dadurch aus, dass sie sich eine wichtige Motorenfunktion für die Umsetzung der Pflegeberatung in der Region und ggf. den Aufbau von Pflegestützpunkten respektive Beratungsnetzwerken zuordnen oder auch von anderen zugeschrieben bekommen. Auch zeigen einzelne Kassen eine besondere Sensitivität gegenüber bisher vernachlässigten Beratungsbedarfen, wie etwa von Menschen mit Migrationsgeschichte und unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Behinderungen, von Alleinlebenden und Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Einrichtungen. Auch Übergangsfragen und sich stellende Beratungsbedarfe bei Entlassung aus dem Krankenhaus haben sich einige Kassen mit Regionalbezug recht offensiv angenommen. Insofern präsentieren sie sich auch als Akteure auf der Care Ebene, auf der Ebene einer abgestimmten Versorgungsinfrastruktur und ihrer Weiterentwicklung.

Uneinheitlich bewertet und offen bleibt bei den Kassen mit Regionalbezug die Frage, ob die Pflegeberatung als eigene Aufgabe im Wesentlichen eigenständig und nur für die eigenen Versicherten wahrgenommen oder aber regelhaft in die Pflegestützpunkte integriert werden soll. Diese Frage wird auch in Abhängigkeit der Qualität des Ausbaus der Pflegestützpunktinfrastruktur beantwortet. Es werden bei der Präferenz für die eine oder andere Option aber auch übergeordnete Aspekte einer leistungsfähigen Pflegeberatungsinfrastruktur für alle Versicherten und der Neutralität der Pflegeberatung reflektiert. Die Integration der Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte (Länderebene) führt für die Kassen potentiell zu Friktionen mit Blick auf eine (bundes-)einheitliche operative Gestaltung von Arbeitsprozessen, der Nutzung von Tools und EDV Systemen sowie der Qualitätssicherung der Pflegeberatung. Vereinheitlichungs- und Abstimmungsanliegen auf Landesebene für die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten (z.B. einheitliche EDV, abgestimmte Versorgungspläne) stehen in Konkurrenz zur Implementierung einheitlicher Arbeitsweisen der jeweiligen Kasse auf Landes- und ggf. Bundesebene.

3. Insbesondere kleine Kassen setzen für die Implementation der Pflegeberatung auf Kooperationen mit anderen Partnern. Zu diesen Partnern können andere Pflegekassen gehö-

ren. Es sind typischerweise Kassen im eigenen Verband. Entsprechende Vereinbarungen regeln die gegenseitige Beauftragung mit Aufgaben der Pflegeberatung für Versicherte, für die eine wohnortnahe Pflegeberatung sonst nicht sichergestellt werden kann. Einige dieser Kassen schätzen die Pflegestützpunkte als Infrastruktur für die Pflegeberatung gegenüber eigenen Versicherten und berücksichtigen diese in ihrer Gesamtkonzeption. Wiederum andere Kassen greifen auf den MDK und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zurück, um Aufgaben der Pflegeberatung sicherzustellen. Entsprechend halten einige Medizinische Dienste der Krankenversicherungen in Case Management geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor, die die Qualifikation für Pflegeberatungsaufgabe mitbringen. Diese Kassen werden als *Kassen* bezeichnet, deren *Implementationsstrategie auf Kooperation* setzt. Zur Veranschaulichung dient das folgende Beispiel:

Die Kasse G steht beispielhaft für eine Kasse, die die Pflegeberatung im Wesentlichen in Kooperation mit anderen, in diesem Fall mit Pflegestützpunkten umsetzen möchte. Dabei hat die Kasse G insofern eine besondere Geschichte, als sie bereits mit Einführung der Pflegeversicherung 1994 eine eigene Pflegeberatung sowohl auf regionaler als auch auf zentraler Ebene aufgebaut hatte. Diese Pflegeberatung sei gut aufgebaut gewesen. Sie habe im Wesentlichen den Vorgaben des § 7a SGB XI entsprochen (Kasse G-49-62). Beispielsweise beschäftigte die Kasse G vor 2009 in einem großen Bundesland knapp 20 Pflegeberaterinnen, die die Pflegeberatung bei den Versicherten zu Hause oder in den Geschäftsstellen durchführten. Bei dieser vergleichsweise gut ausgebauten Infrastruktur wird von Kasse G problematisiert, dass der Beratung die Neutralität fehlte. In diesem Zusammenhang hält die Kasse G die Einführung von Pflegestützpunkten, in denen eine von den Pflegekassen unabhängige Beratung stattfinden kann, für sinnvoll (Kasse G_359-363). Entsprechend hofft sie auf eine schnelle Implementation der Pflegestützpunkte. Die Kasse G hat ihr eigenes Pflegeberatungsangebot mit Einführung der Pflegeberatung als Rechtsanspruch gem. § 7a SGB XI und dem Aufbau von Pflegestützpunkten zurückgefahren. Sie beschäftigt inzwischen in den Bundesländern jeweils nur noch ein bis vier Pflegeberatungskräfte. Nur in den Ländern, in denen es keine Pflegestützpunkte gibt, werden mehr Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vorgehalten, um die Aufgabe der Pflegeberatung auch dort sicherzustellen. Die Kasse G beteiligt sich an den Kosten von Pflegestützpunkten und sieht in ihnen den richtigen Weg zur Ansiedlung der Pflegeberatung. Wenn sie selbst im Bereich der Pflegeberatung tätig wird, erfolgt dies weiterhin über die eigenen Geschäftsstellen. Die Pflegeberatung wird nur auf Anfrage angeboten. Eine offensive Information über das Angebot der Pflegeberatung mit eigenständiger Kontaktaufnahme erfolge nicht. Eine aktive Kontaktaufnahme ist allenfalls dann vorgesehen, wenn Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung etwa von Kombileistungen oder bei Hinweisen aus MDK-Gutachten vorliegen. Der von den eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflegeberatung gepflegte Kontakt zu den Versicherten sei in den allermeisten Fällen telefonischer Art. Hausbesuche würden nur in Ausnahmefällen durchgeführt. Hier setzt man auf die regionale Beratung und Hausbesuche durch die Pflegestützpunkte. Die Kasse G legt Wert auf eine gute Qualifikation der im Bereich der Pflegeberatung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sieht aber keine streng standardisierte Durchführung der Pflegeberatung vor. Es gehe eher darum, auf die individuellen Probleme, Belange und Bedürfnisse einzugehen – etwa was den Pflegebedürftigen, seine Angehörigen und die gesamte Wohnsituation betrifft. Ein formaler Versorgungsplan wird nicht erstellt (Kasse G_175-182). Auch wird offenbar zwischen einer Beratung nach § 7 und § 7a SGB XI nicht differenziert. Es ist keine spezielle Vorgehensweise zur Iden-

tifizierung von Case Management-Fällen vorgesehen. Der Umfang einer Pflegeberatung sei sehr individuell und werde vom Ratsuchenden bestimmt (Kasse G_198-210). Im Vordergrund stünden die individuellen Bedürfnisse einzelner und nicht ein Vorgehen im Rahmen bestimmter Schemata. Die Pflegeberater der Kasse G verfügen über ein hohes Maß an professioneller Autonomie. Mit den gesetzlichen Vorgaben zur systematischen Erfassung des Hilfebedarfes und der Erstellung eines Versorgungsplans tue man sich eher schwer und wünscht sich hier eine Änderung und Öffnung für eine flexiblere Wahrnehmung der Pflegeberatungsaufgaben. Auch die Kasse G sieht die Pflegeberatung als eine wichtige Aufgabe, setzt aber auf deren Wahrnehmung in unabhängigen Pflegestützpunkten und nimmt sie als eigene Aufgabe, wenn sie denn in den eigenen Geschäftsstellen abgefragt wird, eher defensiv wahr und überlässt die Durchführung und Ausgestaltung der Pflegeberatungsaufgaben im Wesentlichen den eigenen Fachkräften der Pflegeberatung.

4. Einige kleinere Kassen sehen sich nicht in der Lage, die Aufgaben der Pflegeberatung selbst wahrzunehmen. Sie haben die Aufgabe der Pflegeberatung vollständig ausgelagert und übertragen die Aufgaben der Pflegeberatung im Rahmen eines Outsourcings an externe Dienstleister. Der am häufigsten benannte externe Dienstleister, der mit freien Mitarbeitern die Aufgaben der Pflegeberatung wahrnimmt, ist die Firma SpectrumK GmbH, die ihre Leistungen für unterschiedliche Kassen anbietet. Nicht zuletzt aus betriebswirtschaftlichen Gründen wird die Aufgabe nicht selbst wahrgenommen, sondern Dritten übertragen. Über ein entsprechendes Vertragswerk mit hinterlegter Konzeption und Leistungsbeschreibungen und einem entsprechenden Pflichtenkatalog wird der externe Dienstleister zu einer bestimmten, auch im Umfang begrenzten Pflegeberatung im Auftragsfall verpflichtet. Dabei handelt es sich nicht um eine vollständige Übertragung der Aufgaben der Pflegeberatung: Leistungsentscheidungen werden von den Kassen getroffen. Die Kassen werden als *Kassen mit einer outsourcing-orientierten Implementationsstrategie* bezeichnet.

Schließlich gibt es *Kassen*, die angeben, *die Aufgaben der Pflegeberatung gar nicht wahrzunehmen*. Dabei handelt es sich um wenige Kassen mit wenigen pflegebedürftigen Personen unter ihren Versicherten. Über sie liegen im Einzelnen keine weiteren Informationen durch die Kassenbefragung vor. Faktisch sind die bei ihnen Versicherten darauf angewiesen, dass andere Kassen die Pflegeberatungsaufgaben für sie übernehmen oder sie die Pflegeberatung in kassenübergreifenden Stützpunkten in Anspruch nehmen können.

2.4.2.1 Zusammenfassung Exkurs Profile von Pflegekassen

Die exemplarisch und cursorisch zusammengefassten Berichte über Pflegekassen und deren Implementationsstrategien veranschaulichen, wie die drei häufigsten Typen der Implementation der Pflegeberatungsaufgaben seitens der Kassen begründet, umgesetzt und operativ hinterlegt werden. Sie veranschaulichen den weiten Spielraum, den die Kassen bei der Umsetzung der Pflegeberatung wahrnehmen. Sie zeigen auch, von welcher unterschiedlichen Anliegen die Implementation der Pflegeberatung kassenseitig begleitet wird. Ein Königsweg lässt sich aus diesen Kassenskizzen nicht ableiten. Die Fallstudien machen überdies deutlich, dass die von den Kassenvertreterinnen und -vertretern dargelegten Vorgehensweisen vor Ort nicht immer in der vorgesehenen Weise umgesetzt werden.

2.5 Zusammenfassung Pflegekassenbefragung

Die neue Aufgabe der Pflegeberatung wurde von fast allen großen und dem überwiegenden Teil der kleineren Pflegekassen als eigene Aufgabe angenommen. Bei der überwiegenden Zahl der Kassen sind vielfältige Implementationsbemühungen zu verzeichnen. Es wurden und werden sowohl bereits beschäftigte als auch neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Aufgabe der Pflegeberatung eingesetzt und geschult.

Für die meisten anspruchsberechtigten Versicherten ist die Pflegeberatung zugänglich: sie können sie, soweit sie über das Angebot informiert sind, telefonisch, in Geschäftsstellen ihrer Pflegekassen oder in Pflegestützpunkten erreichen. Dies gilt allerdings nicht für alle Versicherten und nicht überall in gleicher Weise. Die Erreichbarkeit beschränkt sich oft auf übliche Geschäftszeiten. In Pflegestützpunkten in Einzelfällen auf wenige Wochenstunden. Je nach Kassenart und Region wird die Zugänglichkeit der Pflegeberatung in unterschiedlicher Weise und auf einem unterschiedlichen Niveau gewährleistet. Besonders für Versicherte von kleineren Kassen kann es Probleme geben, an die für sie zuständigen Pflegeberater zu gelangen. Das gilt in besonderer Weise dort, wo es keine für alle Versicherten zuständigen Pflegestützpunkte in der Region gibt, in der die Ratsuchenden leben.

Der Leistungsanspruch auf Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI richtet sich auf ein individuelles Fallmanagement. Pflegeberatung beschränkt sich nicht wie die Beratung nach § 7 SGB XI auf Information und fallspezifische Beratung. Die meisten Pflegebedürftigen haben die Chance, durch einen Pflegeberater der Kassen oder Pflegestützpunkte in leistungsrechtlichen Fragen beraten zu werden. Ob sie ihren Rechtsanspruch auf individuelles Fallmanagement einlösen können, hängt von der Kasse ab, in der sie versichert sind. Das ist bei den meisten Kassen der Fall. Dort wo Kassen eigene Pflegeberatung nicht anbieten oder sicherstellen (können) hängt die Einlösung des Rechtsanspruches auf Pflegeberatung davon ab, ob in der Region, in der sie leben individuelles Fallmanagement in den Pflegestützpunkten angeboten und durchgeführt wird.

Die Kassenlandschaft ist ausgesprochen heterogen, entsprechend unterschiedlich erfolgt die Umsetzung der neuen Aufgabe der Pflegeberatung. Unterschiede zeigen sich nicht nur zwischen den Kassenarten, sondern auch innerhalb der Kassenarten. Dies unabhängig davon, ob sie ein Rahmenkonzept für die Pflegeberatung entwickelt haben oder nicht. Für kleine Kassen mit einer breiten regionalen Verteilung ihrer Versicherten ist die Umsetzung der Aufgabe der Pflegeberatung ohne systematische Kooperation mit anderen Kassen, Pflegestützpunkten oder Dienstleistern schwer zu realisieren. Große Kassen nutzen die neue Aufgabe der Pflegeberatung als Chance für die Intensivierung ihres Kundenkontaktes.

Für die Umsetzung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen lassen sich fünf Typen unterscheiden:

1. Kassen mit einer bundeseinheitlichen Implementationsstrategie

Insbesondere bundesweit tätige große Kassen verfolgen die Implementierung der neuen Aufgabe Pflegeberatung mit großem Aufwand und Aufmerksamkeit, - auch zur Unterstreichung ihrer besonderen „Qualität“. Sie entwickeln eigene Standards, eigene Software, starten Qualifizierungsoffensiven und führen Coaching durch. Sie nutzen die Pflegeberatung auch zur eigenen Profilierung im Wettbewerb mit anderen (Kranken-)Kassen.

2. Kassen mit einer regional ausgerichteten Implementationsstrategie

Kassen, die einen Schwerpunkt ihrer Versicherten in einem Bundesland oder einer Region haben oder nur in einem oder wenigen Bundesländern vertreten sind, können in besonderer Weise landesrechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen und sind stärker in die pflegepolitischen Aushandlungsprozesse der Länder mit in die Umsetzung der Aufgabe Pflegeberatung involviert. Dabei finden sich sowohl Kassen, die auf die Integration ihrer Pflegeberatungsaufgaben in die Pflegestützpunkte setzen, als auch solche, die die Pflegeberatung auch bei bestehenden Pflegestützpunkten als eigene Aufgabe ins Zentrum stellen.

3. Kassen, die in ihrer Implementationsstrategie auf Kooperation setzen

30 % der Pflegekassen setzen für die Implementation der Aufgabe Pflegeberatung auf Kooperation mit Partnern, auch anderen Kassen. Einige Kassen haben Kooperationsvereinbarungen (Bundesrahmenvertrag) abgeschlossen, um die Pflegeberatung für ihre Versicherten bundesweit durch andere Kassen sicherzustellen. Bei anderen Kassen finden sich Strategien, die auf die systematische Nutzung der Pflegestützpunktstruktur setzen und ihre Pflegeberatungsaufgaben dort wahrnehmen (lassen). Letztere sind darauf angewiesen, dass die landesrechtlich vorgesehenen Pflegestützpunkte ausgebaut werden. Wiederum andere Kassen schalten den MDK zur Durchführung der Pflegeberatung ein, soweit der jeweilige MDK, wie etwa in Bayern und Rheinland-Pfalz, über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechender Case Management-Qualifikation verfügt.

4. Kassen mit einer outsourcing-orientierten Implementationsstrategie

Einige Kassen (unterschiedlicher Größen) haben die Aufgabe der Pflegeberatung vollständig outgesourct und die Pflegeberatung an einen externen Dienstleister übertragen. Über eine Kooperationsvereinbarung und eine dieser zugrunde liegenden Konzeption, die u. a. Aufgaben, Standards und Datenschutzregelungen enthält, wird die Verantwortung der Kassen für diesen Bereich eingelöst. Dies entbindet diese Kassen aber nicht davon, ihre Mitglieder und ihre Mitarbeiter entsprechend zu informieren und dafür Sorge zu tragen, dass bei Kontakten mit Ratsuchenden der evtl. vorhandene Bedarf erkannt und auf die Pflegeberatung ausdrücklich hingewiesen wird. Die Leistungsentscheidung verbleibt stets bei den Kassen.

Wenige Kassen mit einer kleinen Zahl von pflegebedürftigen Versicherten bieten die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI nicht an. Die Nachfrage nach Pflegeberatung steigt nach übereinstimmender Einschätzung der Pflegekassen und den vorliegenden Statistiken einzelner Kassen. Die Ratsuchenden signalisieren ihren Beratungsbedarf zumeist in einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme, seltener durch den Besuch von Geschäftsstellen und Pflegestützpunkten und mit wachsender Bedeutung und Relevanz, in dem Wunsch nach Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit. Für die Nachfrage spielt die Informationspolitik der Kassen eine entscheidende Rolle. Die Chance, eine Pflegeberatung zu Hause zu erhalten ist abhängig von der jeweiligen Kasse in der der Pflegebedürftige versichert ist und von der Region und der Arbeitsweise der Pflegestützpunkte.

Manche Pflegekassen sehen die Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit nicht nur auf ausdrücklichen Wunsch des pflegebedürftigen Ratsuchenden vor, sondern gestalten die Pflegebera-

tung als zugehende Beratung aus. Sie nehmen entweder zu allen Antragstellern oder aus besonderem Anlass Kontakt auf und bieten Hausbesuche an oder führen sie durch. Dabei sehen sich manche Kassen in einer Art Wächteramt für die Pflegebedürftigen. Andere Kassen sehen in der zugehenden Pflegeberatung auch die Möglichkeit, Leistungen auf ihre Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen. Die zugehenden Beratungen stoßen bei den Versicherten auf Akzeptanz und werden überwiegend gern angenommen, werfen aber auch – vor allem für Leistungserbringer – Fragen der Unabhängigkeit und Neutralität der Pflegeberatung auf, wie die Experteninterviews etwa in Bremen oder Berlin zeigen.

Im Aufgabenbereich der Pflegeberatung sind unterschiedliche Berufsgruppen tätig: Sowohl Pflegefachkräfte als auch Sozialarbeiter und Sozialversicherungsfachangestellte. Die ganz überwiegende Anzahl von ihnen befindet sich in Qualifizierungsmaßnahmen oder hat diese bereits abgeschlossen. Die von den Pflegekassen angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen orientieren sich an den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes¹³ und basieren auf Case Management-orientierten Curricula. Die Ausbildung wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern überwiegend sehr geschätzt und trägt bei einigen Kassen dazu bei, dass ein Arbeitsfeld mit einem eigenen fachlichen Profil und beruflicher Identität entsteht.

In der Aufgabenwahrnehmung der Pflegeberater stellen sich vielfältige datenschutzrechtliche Fragen. Die Pflegeberatung bewegt sich im Spannungsfeld von einem breit angelegten Informationsbedürfnis (Bedarfserhebung) bei integrierter Beratung und dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen, die diese Leistung freiwillig in Anspruch nehmen. Bei der Wahrnehmung der Pflegeberatungsaufgaben durch die Kassen werden durch die Verfügbarkeit von Daten aus den Pflege- und gegebenenfalls Krankenkassen speziell Fragen der Beachtung des Grundsatzes der Zweckbindung aufgeworfen. Bei einer Pflegeberatung in Pflegestützpunkten stellen sich spezielle Fragen beim Tätigwerden der Pflegeberater für andere Kassen und bei der Zusammenarbeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten. Für die Beachtung des Datenschutzes haben einige Pflegekassen zum Teil ausgesprochen detaillierte datenschutzrechtliche Regularien aufgestellt. Einige Kassen sehen im Datenschutz eher Hemmnisse für eine zielorientierte Pflegeberatung. Im Einzelfall, insbesondere bei Überschneidungen von Aufgaben in der Person der für die Pflegeberatung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassen (Zuständigkeit für leistungsrechtliche Fragen aus Krankenkasse & Pflegeberatung) wird datenschutzrechtlichen Anforderungen nicht immer in ausreichender Weise Rechnung getragen.

Die im Rahmen der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI durchgeführten Beratungen beschränken sich ganz überwiegend auf einmalige Information und Beratung zum Leistungsrecht im Zusammenhang mit Fragen der Pflegebedürftigkeit. Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements mit i. d. R. mehrfachen Kontakten ggf. über einen längeren Zeitraum ist in der Praxis der Pflegeberatung eher die Ausnahme. Dabei gehen die Pflegekassen sehr unterschiedlich mit dem Profil der Pflegeberatung um. Während die einen einer klaren, auf bestimmten Qualitätsmerkmalen aufbauenden Profilierung der Pflegeberatung folgen, folgen andere Pflegekassen

¹³ Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008

einem weiten Verständnis von Pflegeberatung und grenzen ihre Aufgaben nach § 7 und 7a SGB XI eher nicht ab.

Die in § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI beschriebenen Aufgaben der Pflegeberatung werden von den Pflegekassen in sehr unterschiedlicher Weise umgesetzt. Das gilt nicht nur für die jeweils eingesetzten Assessmentinstrumente, genutzte Software und kassenspezifische Prozesssteuerung. Das gilt auch für das Verständnis der Analyse des Hilfebedarfes und insbesondere des Versorgungsplans. Dieser wird von manchen Kassen regelhaft bei fast allen Ratsuchenden auch dann erstellt, wenn es nicht zu einem individuellen Fallmanagement kommt, bei anderen nur in diesen Fällen. Dies weist daraufhin, dass das Aufgabenkonzept der Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI (noch) nicht von allen Kassen einheitlich interpretiert wird.

Für die Frage der Personalbemessung finden sich bei den Kassen keine einheitlichen Vorgehensweisen. Zumeist überlässt man die Frage des weiteren Ausbaus sowohl bei den Kassen als auch bei den Pflegestützpunkten dem weiteren Implementationsprozess und der „Bedarfsentwicklung“. Je nach Interpretation und Profil der Aufgaben der Pflegeberatung und nach prioritären Zugangswegen ergibt sich ein unterschiedlicher Personalbedarf für die Pflegeberatung. Die in der amtlichen Begründung zu § 7a SGB XI angegebene Richtschnur für den Betreuungsschlüssel von 1:100 (Verhältnis Pflegeberater zu Hilfesuchenden)¹⁴ gilt für Kassen teilweise als Orientierung für die Personalbemessung und interne Abrechnung. Dabei gelten höchst unterschiedliche Profile für ein individuelles Fallmanagement. Während für die eine Kasse die Erstellung eines Versorgungsplanes mit der Durchführung von individuellem Fallmanagement gleichgesetzt wird, gilt das Fallmanagement für andere erst bei mehrmaligen Kontakten und einer komplexen Fallkonstellation. Von einer einheitlichen Personalbedarfsbemessung für die Aufgabe der Pflegeberatung kann derzeit noch nicht ausgegangen werden. Die Zahlen über den Implementationsstand der Pflegeberatung dokumentieren, dass man noch recht weit davon entfernt sein dürfte, für alle Pflegebedürftigen, bei denen ein Bedarf an individuellem Fallmanagement unterstellt wird, Fallmanagement durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater durchführen zu können.

Die Implementation der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI ist noch keineswegs als abgeschlossen anzusehen. Auch wenn die wenigsten Pflegekassen einen weiteren Personalausbau im Aufgabenfeld der Pflegeberatung vorsehen, sehen sie doch den Implementationsprozess noch keineswegs als beendet an. Bei großen und bei kleineren Kassen finden sich viele proaktive Akteure, die für die Implementation der Aufgaben der Pflegeberatung zuständig sind, es lässt sich aber gleichzeitig auch feststellen, dass die Aufgaben der Pflegeberatung in den einzelnen Kassen eine unterschiedliche Priorität genießen und dass weiterhin sehr unterschiedliche Strategien und Konzepte für die Implementation der Pflegeberatung verfolgt werden.

¹⁴ BT-Drucks. 16/7439 S. 48

3 Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung in 16 Bundesländern

3.1 Einleitung

Die Pflegeberatung ist eine Aufgabe der Pflegekassen. Sie kann dann besonders erfolgreich umgesetzt werden, wenn sie auf eine bedarfsgerechte und leistungsfähige sowie gut vernetzte Infrastruktur an Unterstützungsleistungen trifft und auf sie zurückgreifen kann. Davon geht der Gesetzgeber aus, wenn er das Ziel verfolgt, dass die Pflegeberatung in den Bundesländern und auf kommunaler Ebene gut vernetzt mit den vorhandenen Hilfe- und Unterstützungsstrukturen zusammenarbeitet. Auch soll die neue Aufgabe der Pflegeberatung, auf die vielfach schon vorhandenen Beratungsstrukturen zurückgreifen. Im Kern bleibt die Aufgabe der Pflegeberatung bei allen Vernetzungsanliegen eine Aufgabe der Pflegekassen, die sie gegenüber ihren jeweiligen Versicherten sicherzustellen und zu gewährleisten hat. Dabei begegnen den 156 Pflegekassen in Deutschland in den 16 Bundesländern je unterschiedliche Strukturen und Rahmenbedingungen, die sie bei der Ausgestaltung ihrer Pflegeberatungsaufgaben zu berücksichtigen haben: Überall treffen sie auf die Kommunen als Kooperationspartner mit ihren gesetzlichen Beratungsaufgaben gemäß §§ 11, 71 SGB XII. Zusätzlich finden sie ein sehr unterschiedliches Set von weiteren Beratungsstrukturen vor, die je nach Förderprogrammen der Länder und Aktivitäten der Kommunen von Wohlfahrtsverbänden getragenen Beratungsangeboten bis zu Angeboten der Verbraucherzentralen reichen. Machen die Bundesländer von ihrem Bestimmungsrecht Gebrauch, Pflegestützpunkte gemäß § 92c SGB XI einzurichten, sind es die Pflegekassen, denen die Aufgabe obliegt, Pflegestützpunkte gemeinsam mit den Kommunen einzurichten und auszugestalten. Wenn Pflegestützpunkte errichtet werden, ist auch die Beratung in ihnen sicherzustellen. Damit ist schon durch den Gesetzgeber ein Spannungsverhältnis aufgebaut worden zwischen der Implementation der Pflegeberatung bei der jeweiligen Pflegekasse einerseits und (in Kooperation mit anderen Kassen und den Kommunen) in den Pflegestützpunkten andererseits. Die Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern werden damit sowohl durch die eigenständigen Pflegeberatungsaktivitäten der jeweiligen Pflegekasse als auch durch die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten sowie die Ausgestaltung der Kooperation mit anderen Beratungsinstanzen gebildet. Dabei sind die einzelnen Pflegekassen in den Bundesländern in unterschiedlicher Weise vertreten. Sie bleiben jeweils in der Verantwortung für eine fachgerechte Pflegeberatung, zu der auch die enge Kooperation mit örtlichen Akteuren gehört, die nach den Vorstellungen des Gesetzgebers Idealtypischerweise in Pflegestützpunkten den Rahmen ihrer Kooperation finden sollen. Die Wohnortnähe der Pflegeunterstützung im weiteren Sinne und damit auch der Pflegeberatung soll durch die Pflegestützpunkte sichergestellt werden. Letztere sollen bei ihrer Konzeptionierung und Einrichtung auf bereits vorhandene Beratungsstrukturen zurückgreifen. Gemäß § 92c SGB XI obliegen den Pflegestützpunkten eigene Beratungsaufgaben: Dazu gehören die umfassende und unabhängige Auskunft und Beratung zu Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote. Auch die Koordinierung der für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven,

kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistung gehört zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte, wie schließlich die Vernetzung einer aufeinander abgestimmten pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsinfrastruktur und den dort vorgehaltenen Angeboten. Abgesehen von den Auskunft- und Beratungsaufgaben handelt es sich bei den Aufgaben der Pflegestützpunkte um sog. Care Management-Funktionen, also um Aufgaben, die in der Sprache des Case Management auf der „Systemebene“ Sorge dafür tragen, dass die auf Hilfe und Unterstützung angewiesenen Personen auf eine leistungsfähige und bedarfsgerechte Infrastruktur an Hilfen zurückgreifen können. Wirksame Pflegeunterstützung hängt davon ab, dass alle Akteure des Sozial-, Gesundheits- und Pflegewesens gut zusammenarbeiten:

- Pflege- mit den Krankenkassen und diese wiederum mit dem Sozialhilfeträger, sowie die Krankenhäuser mit den Heimen und ambulanten Diensten sowie niedergelassenen Ärzten
- Institutionen und die für die Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wichtigen Berufsgruppen: Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Therapeuten und Seelsorger
- Familien, Freunde und Nachbarn von Pflegebedürftigen ihrerseits untereinander, aber auch wiederum mit den Fachkräften, beruflich Tätigen und Freiwilligen
- Versorgungszusammenhänge müssen hergestellt und gewährleistet werden

Auf diese Weise können die im SGB XI formulierten Zielsetzungen wie ambulant vor stationär, Rehabilitation vor und bei Pflege und eine wohnortnahe Versorgung mit bedarfsgerechten Diensten und Einrichtungen auf effiziente Weise verfolgt werden (vgl. Frommelt et al. 2008; Wendt 2010).

Ein Case- und Care Management, das auf einem solchen Verständnis fußt, das für das gesetzgeberische Gesamtkonzept der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte maßgeblich war, ist damit als eine gemeinsame Aufgabe aller verantwortlichen Akteure und ein organisationsstrukturierendes Handlungskonzept zu begreifen. Insofern ist die Pflegeberatung im Sinne des individuellen Fallmanagements gemäß § 7a SGB XI und die Vernetzung, Koordination und Entwicklung einer bedarfsgerechten Infrastruktur und ein darauf ausgerichtetes Care Management in Pflegestützpunkten oder auf andere Weise (Pflegenetzwerk) als miteinander verzahnte Aufgaben zu sehen. Sie dienen einer adäquaten und effizienten Unterstützung Pflegebedürftiger in der Gestaltung und Bewältigung ihrer Lebenssituation. Der Gesetzgeber hat es den Bundesländern freigestellt – und musste dies aus kompetenzrechtlichen Gründen auch, wenn es zustimmungsfrei bleiben sollte – ob sie die in § 92c SGB XI vorgesehenen Pflegestützpunkte errichten oder nicht. Wenn sie von ihrem Bestimmungsrecht Gebrauch gemacht haben, sind die Pflegekassen unter Beteiligung der Krankenkassen aufgerufen, Pflegestützpunkte einzurichten und dies in Kooperation mit den Kommunen unter Beachtung der bestehenden Strukturen. Die Implementierung von Pflegestützpunkten und die Integration der Aufgabe der Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte hängt einerseits von den landespolitischen Vorgaben, von finanziellen Rahmenbedingungen und von den jeweils zu treffenden Vereinbarungen zwischen den kommunalen Spitzenverbänden (oder im Falle der Stadtstaaten: der Länder, hier gleichzusetzen mit der Kommune) und den Verbänden der Pflegekassen ab. Sie ist andererseits in ihrer Ausgestaltung den Vertragspartnern, Pflegekassen und Kommunen überlassen, die sich über die Organisation, den Ausbau, die Spielregeln der Kooperation im Pflegestützpunkt, seine Rechtsform und die in den

Pflegestützpunkten zu etablierende Zusammenarbeit und Standards zu verständigen haben (vgl. Klie et al. 2009). Ähnlich wie bei den ARGEn die Umsetzung des SGB II stellen sich bei dem Aufbau von Pflegestützpunkten keineswegs triviale Aufgaben, wie die Koordination von unterschiedlichen Organisationsstrukturen und -kulturen sowie die Organisation und Wahrnehmung der gemeinsam übertragenen Aufgaben in den Pflegestützpunkten durch in ihrer beruflichen Sozialisation unterschiedlich geprägte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Durch Rahmenverträge auf Landesebene, durch Musterpflegestützpunktverträge, die auf örtlicher Ebene zu spezifizieren sind, durch Koordinationsgremien auf Landes- und auf kommunaler Ebene wird der Implementationsprozess und die Kooperation zwischen Kommunen und Pflegekassen, Pflegestützpunkten, untereinander strukturiert. Jeweils stellen sich zusätzlich Fragen der Kooperation der Pflegekassen auf der örtlichen Ebene und die der Kooperation von Pflegekassen mit den Pflegestützpunkten.

Im Rahmen der Evaluation der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI sollte ein bundesweiter Überblick über die Struktur der Pflegeberatung in den Bundesländern erarbeitet werden. Wie nehmen die Pflegekassen ihre Pflegeberatungsaufgaben in den Ländern wahr? Haben die Bundesländer von dem Bestimmungsrecht gemäß § 92c SGB XI Gebrauch gemacht? Auf welche Beratungsstrukturen trifft die Pflegeberatung in den Bundesländern? Wurden diese in die Konzeption der Pflegestützpunkte, wo sie denn umgesetzt wurden, aufgenommen? Wie wird die Aufgabe der Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte integriert? Welche Erfahrungen mit der Inanspruchnahme der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten oder bei den Kassen liegen vor? Welche Erfahrungen wurden beim gemeinsamen Aufbau von Care und Case Management Strukturen auf der Landesebene gesammelt? Diesen Fragen galt es im Rahmen der Evaluation zu den Strukturen der Pflegeberatung in den Bundesländern nachzugehen. Dabei ging es nicht um eine Evaluation von Pflegestützpunkten (vgl. Michell-Auli, et al. 2010). Es ging um die Frage, wie die Strukturen der Pflegeberatung auf Landesebene beschaffen sind. Dabei spielen die Pflegestützpunkte bzw. entsprechende Strukturen wie die vernetzte Pflege in Sachsen und Sachsen-Anhalt eine wichtige Rolle. Im Fokus steht die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI und ihre Umsetzung durch die Pflegekassen auf Landesebene und die Bedeutung der Pflegestützpunkte für die Pflegeberatung.

3.2 Methoden

Die Darstellung der Strukturen der Pflegeberatung auf Landesebene beruht auf einer umfangreichen Dokumentenanalyse. Die Recherche zu frei über das Internet verfügbaren Dokumenten wurde zunächst sehr breit angelegt, indem Kombinationen einschlägiger Begriffe bezogen auf einzelne Bundesländer gesucht wurden (Google). In weiteren Suchläufen wurden die Internetauftritte der entsprechenden Länderministerien durchsucht und die online verfügbaren Parlamentsdatenbanken aller Bundesländer berücksichtigt. In einem dritten Schritt wurden bestehende Lücken durch eine weitere, sehr spezifische Google-Suche und gezielte Anfragen bei Ministerien bzw. den befragten Experten (s. u.) geschlossen.

Folgende Kategorien von Dokumenten wurden (deduktiv) recherchiert:

- Bundesgesetze
- Landespflegegesetze
- Landesheimgesetze

- Richtlinien für die Pflegekassen
- Allgemeinverfügungen
- Landesrahmenvereinbarungen
- Musterverträge/ PSP Standards/ Kriterien für Einführung
- Förderrichtlinien der Länder und Kommunen
- Vereinbarungen zwischen Pflegekassen
- Dokumente der Landtage: Parlamentsanfragen
- Dokumente der Landespflegeausschüsse
- Dokumente zur Qualifikation und Ausbildungsstandards
- Listen von Beratungsstellen
- Einzelne Bestimmungen/ Verträge zu PSPs
- Dokumente zur Qualitätssicherung
- Sonstiges

Auf diesem Weg konnten die einschlägigen Gesetze, Dokumentationen von Parlamentsdebatten, die Allgemeinverfügungen und die Landesrahmenvereinbarungen zu Pflegestützpunkten bis auf wenige Ausnahmen gefunden werden. Im Bereich der Musterverträge und Standards von Pflegestützpunkten wurden etwa für die Hälfte der Bundesländer Dokumente gefunden, in weiteren Bereichen wie Förderrichtlinien oder Vereinbarungen von Pflegekassen untereinander konnten jedoch nur vereinzelt bzw. keine Dokumente gefunden werden.

Der Auftrag des GKV Spitzenverband Bund zur Evaluierung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beinhaltete u. a. die Durchführung von je drei Experteninterviews pro Bundesland und zwar jeweils mit einem Vertreter oder einer Vertreterin der Verbände der Pflegekassen, der kommunalen Spitzenverbände und des Landes. Ziel der Experteninterviews war es, einen bundesweiten Überblick über die Strukturen der Pflegeberatung, auch in den Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI, zu geben.

Experteninterviews als Methode der empirischen Sozialforschung dienen dazu, einen konzentrierten Einblick in Wissensbestände zu erhalten, die nicht oder nicht vollständig publiziert vorliegen und daher durch eine Dokumentenrecherche bzw. -analyse nicht zugänglich sind. Darüber hinaus kann mit Experteninterviews sog. Betriebs- und Netzwerkwissen (vgl. Meuser, Nagel 2005, S. 75) exploriert werden, also Informationen darüber, wie jenseits manifester Leit- und Richtlinien, Verordnungen, Gesetze und Vereinbarungen in einem bestimmten Handlungsfeld (hier: Aufbau und Betrieb von Pflegeberatungsstrukturen) tatsächlich agiert wird. Um einen Einblick in den Stand der Umsetzung der Pflegeberatung zu erhalten, sollte nicht nur auf das „technische Wissen“ der befragten Experten (Regeln, Strukturen, Ressourcen der Pflegeberatung) zugegriffen werden, sondern nach Möglichkeit wurde auch deren „Prozesswissen“ und „Deutungswissen“ erhoben, so dass Interaktionsroutinen, vergangene und aktuelle Kooperationen bzw. organisationale Konstellationen sowie die spezifischen Perspektiven und Interpretationen der unterschiedlichen Akteure im Feld erfasst werden konnten (Bogner, Menz 2005, S. 43).

Um mit der Methodik des Experteninterviews möglichst ergiebige Ergebnisse zu erzielen, wurden Personen ausgewählt, die über umfangreiches Sachwissen in Bezug auf die Pflegeberatungsstrukturen des jeweiligen Landes verfügen, weil sie „Verantwortung tragen für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle“ dieser Strukturen und über einen „privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen und Entscheidungsprozesse“ (Meuser, Nagel 2005, S. 73) verfügen.

Bei drei Interviews pro Bundesland müssen in 15 Flächenländern und drei Stadtstaaten insgesamt 45 Interviews durchgeführt werden. Tatsächlich realisiert wurden 29 Interviews, in denen dennoch 34 thematische Bereiche erfasst wurden. So wurde z. B. in Baden-Württemberg auf ausdrücklichen Wunsch der Befragten ein gemeinsames Interview geführt und hinsichtlich der Kassenperspektive in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern ein Experte interviewt, der über die Implementation in jedem der drei Länder Auskunft geben konnte. Ebenso wurden Informationen über Thüringen im Gespräch mit einem Kassenvertreter aus Hessen erhoben.

Die Auswahl und Rekrutierung der Experten und Expertinnen war innerhalb der kurzen Evaluationszeitrahmens nicht vollständig zufrieden stellend zu bewerkstelligen. Ansprechpartner in den Sozialministerien der Länder wurden über eine Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Pflegeberatung gefunden, allerdings konnten diese Kontakte durch zwischenzeitlich erfolgte Umstrukturierungen in den Ministerien teilweise nicht genutzt werden. Die Vertreter der Perspektive der Pflegekassen sollten die Vielfalt der Kassenarten in Deutschland repräsentieren. Die Vorschlagsliste wurde in Absprache mit dem GKV Spitzenverband Bund zusammengestellt. Mit 34 von 45 gewünschten Expertengesprächen konnten 75% der Vorgabe erfüllt werden.

Für die Expertengespräche wurde ein Leitfaden angefertigt und mit dem GKV Spitzenverband abgestimmt, der einerseits spezifische Aspekte innerhalb einer Befragungsgruppe (Pflegekasse, Land, kommunale Spitzenverbände) bzw. innerhalb eines Bundeslandes abbildete und andererseits systematisch sämtliche relevanten Aspekte in Bezug auf die Fragestellung so abfragte, dass Vergleiche zwischen den Gruppen und Ländern gezogen werden können.

Aufgrund der vergleichsweise hohen Anzahl an Interviews und des straffen Zeitrahmens wurden ein Teil der Gespräche als telefonische Interviews geführt. Um Informationsverluste zu vermeiden, wurden die Interviewpartner vor dem Gespräch sorgfältig über die Studie und das Interview informiert, so dass es auch telefonisch schnell gelang, eine kommunikativ durchlässige Gesprächssituation herzustellen. Insgesamt wurden 12 Gespräche persönlich und 17 telefonisch durchgeführt. Zwei der Interviews mit insgesamt vier Interviewpartnern wurden zur Sicherung der Reliabilität von beiden Interviewern gemeinsam durchgeführt.

Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Gesprächspartner digital aufgezeichnet, durch professionelle Schreibbüros transkribiert und der Text anschließend bereinigt. Die Bereinigung hat sich aufgrund der zahlreichen Fachausdrücke und weil bei einigen Gesprächen mehr als ein Befragter teilnahm (überlappende Äußerungen) als unumgänglich erwiesen. Die transkribierten Texte wurden mit Zeilennummern versehen und – um das Format zu fixieren – als PDF gedruckt. Sie wurden – systematisch bezogen auf die mit dem Auftrag verbundenen Fragestellungen – mit Hilfe der Software MAXQDA (www.maxqda.de) inhaltsanalytisch ausgewertet. Aus den Fragestellungen der Studie einerseits (Leitfaden) und aus den bereits vorliegenden Informationen (Dokumentenanalyse) andererseits wurde vorab ein Kategoriensystem erstellt, um die in den Interviews

vorliegenden Informationen deduktiv zu kodieren. Evtl. auftauchende neue, bisher nicht im Kategoriensystem erfasste Informationen wurden Zug um Zug aufgenommen (induktive Kategorienbildung, Mayring 2008, S. 75.).

Die Codierung der Interviews erwies sich als äußerst komplex. Da sich jede Ländersituation jeweils wieder hochspezifisch darstellte, ist die Vergleichbarkeit der Antworten – auch auf die jeweils gleiche Leitfadefrage – begrenzt. Das Kategoriensystem umfasst die Haupt-Abschnitte:

- Situation vor Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Stand der Umsetzung, Ablauf der Beratung u. a. m.)
- Kooperationen (mit Kommunen, anderen Kassen, mit Out-Sourcing-Firmen)
- Pflegestützpunkte und Pflegeberatung (Schnittstellen)
- zukünftige Entwicklungen

Strittige Zuordnungen von Textstellen zu Kategorien wurden von den beiden Wissenschaftlerinnen, die mit der Auswertung der Experteninterviews betraut waren, diskutiert und im Rückgriff auf die Gesetzeslage und nach Rücksprache mit der Projektleitung (AGP) entschieden. Letztlich wurden aus den 29 transkribierten Interviews 1668 Textstellen in 87 Kategorien codiert (incl. Doppel-Codierungen).

Für jedes Land wurde zu den thematischen Bereichen, die das Kategoriensystem ausweist, und unter Verwendung aller vorliegenden Interviews eine ausführliche Zusammenfassung geschrieben. In der Zusammenschau der bis zu drei Gespräche konnten Widersprüche und Übereinstimmungen zwischen den Befragten entdeckt und dargestellt werden. Zusätzlich zu den Länderprofilen wurden einzelne Portraits der Pflegekassen erstellt, mit denen ein Experteninterview geführt worden war. Die Quellenbelege in der ausführlichen Zusammenfassung der Interviews beziehen sich auf das Bundesland, den befragten Akteur (Ko – Kommunalen Spitzenverband; Ka – Pflegekasse; La – Land) und die Zeilennummer im Transkript. In den Portraits der Pflegekassen wird nur das Kürzel der Kasse genannt.

Den Länderberichten vorangestellt ist jeweils ein Profil mit den wichtigsten Daten zur Pflegeberatung im Überblick. Diese Daten wurden aus unterschiedlichen Quellen zusammengestellt:


- Allgemeinverfügung, Landesrahmenvereinbarung: Dokumentenanalyse
- Anzahl PSP geplant, verwirklicht: Dokumentenanalyse, Experteninterviews, Internetrecherchen
- Pflegeberatung im PSP: Dokumentenanalyse, Experteninterviews
- Koordinierungsgremien: Dokumentenanalyse, Experteninterviews
- Zahl der Pflegeberatungsstellen: Internetrecherchen
- Gestaltung der Pflegeberatungsangebote: Kassenbefragung

Im Fall widersprüchlicher Angaben wurde der gedruckten Quelle der Vorzug gegeben. Die Qualität der Internetquellen wurde nach der Zugehörigkeit der veröffentlichenden Institution zu den Sektoren öffentliche Verwaltung (z. B. Länder, Kommunen), Markt (z. B. Pflegeanbieter) oder freie Informationsanbieter (z. B. Internetadressverzeichnisse) in absteigender Reihung beurteilt.

Dadurch, dass nicht in allen Bundesländern Vertreter aller Akteursgruppen interviewt werden konnten, beruhen die Darstellungen der Pflegeberatungsstrukturen in den jeweiligen Bundesländern auf einer von einander abweichenden Datenbasis. Das erklärt die unterschiedliche Dichte der auf der Dokumentenanalyse und auf den Experteninterviews beruhenden Berichte über die einzelnen Länder, in denen weitgehend auf die Wiedergabe der Inhalte der Experteninterviews verzichtet werden musste.

3.3 Die 16 Bundesländer

3.3.1 Baden-Württemberg

<u>Landesprofil:</u> Baden-Württemberg			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)		nahezu flächendeckend Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV)	
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung	Bekanntgabe am 22.01.2010	
	Landesrahmenvereinbarung	Nein, aber Kooperationsvereinbarung	
		Planzahlen	Ist-Zahlen
	absolute Zahl	50	39
	Bevölkerungszahl	214.898	275.511
	Pflegeberatung im PSP	In der Regel nein	
Koordinierungsgremien:			
Landesebene		Landesarbeitsgemeinschaft PSP	
kommunale Ebene		Runder Tisch zu jedem Pflegestützpunkt	
Zahlen über Pflegeberatungsstellen		liegen nicht vor	
Evaluation abgeschlossen		nein (in Arbeit)	
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)			
n =		40	
nur im Pflegestützpunkt		18	
nur in eigenen Geschäftsstellen		10	
sowohl als auch		12	

Baden-Württemberg wird in vieler Hinsicht als Vorreiter in Sachen Care- und Case Management-basierter Beratung für ältere Menschen, Menschen mit Pflegebedarf und behinderte Menschen gesehen. Mit den Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV) wurde in den 90er Jahren eine kleinräumige Case Management-basierte Beratungsinfrastruktur aufgebaut. Auf der IAV-Konzeption basiert in gewisser Weise das Konzept der Pflegeberatung (verbunden mit den Pflegestützpunkten). Das Land Baden-Württemberg hat die Entscheidung, Pflegestützpunkte einzurichten, in einer Allgemeinverfügung¹⁵ im Januar 2010 getroffen. Die Landesverbände der Pflegekassen hatten sich mit den kommunalen Spitzenverbänden bereits im Oktober 2008 auf eine eher allgemein gehaltene Kooperationsvereinbarung verständigt. Hinter dem langwierigen Prozess von der Kooperationsvereinbarung zur Allgemeinverfügung zeigen sich unterschiedliche Positionen von Kassen und Kommunalen Spitzenverbänden, der in einer Protokollnotiz zu der Kooperationsvereinbarung zum Ausdruck kommt: während die Pflegekassen einen vorsichtigen Ausbau von Pflegestützpunkten wünschten und sich zunächst auf einen Pflegestützpunkt je Stadt- und Landkreis beschränken wollten, forderten die kommunalen Spitzenverbände eine wohnortnahe Ausgestaltung und damit eine größere Zahl von Pflegestützpunkten. Die unterschiedlichen Positionen können evtl. auf ein unterschiedliches Verständnis von Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten zurückzuführen sein. Pflegekassen hielten die Vor- und Umfeldberatung im Zusammenhang mit Pflegefragen für eine Sache der Kommunen und sehen hierfür nicht nur die entsprechende Verantwortung, sondern auch die Infrastruktur als gegeben an. Die Pflegeberatung wird von den Kassen in Baden-Württemberg als ihre eigene Aufgabe verstanden, die von ihnen jeweils selbst wahrgenommen werden soll. Das Land hat sich in dieser Frage nicht klar positioniert. Es sieht auch keine Finanzierung des Aufbaus von Pflegestützpunkten vor und beschränkt sich auf eine moderierende Rolle und die Funktion der Rechtsaufsicht über die Pflegestützpunkte. Die Pflegestützpunkte werden in den Stadt- und Landkreisen nach und nach eingerichtet. Über die Trägerschaft von Pflegestützpunkten entscheidet eine neu eingerichtete Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte. Vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote sollen bei der Errichtung der Pflegestützpunkte besonders berücksichtigt werden. Entsprechend wurden und werden die Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg überwiegend bei Kommunen angesiedelt. Ein wohnortnaher weiterer Ausbau ist nicht verbindlich ins Auge gefasst, er soll von der weiteren Entwicklung abhängig gemacht werden. Die Strategie der Errichtung von Pflegestützpunkten auf Stadt- und Landkreisebene nutzt die wohnortnahe Infrastruktur mit Beratungsstellen, die vielerorts vergleichsweise gut ausgebaut und örtlich gegeben war, anders als etwa in Rheinland Pfalz, nicht.

Was die Integration der Aufgaben der Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte anbelangt, so gibt es eine Grundaussage mit örtlichen Variationen: Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI bleibt bei den jeweiligen Kassen. Wird ein Bedarf an Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten festgestellt, soll dieser den Pflegekassen gemeldet werden, damit sie die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durchführen können – so stellen es einvernehmlich die befragten Experten von Land, Kassen und Kommunalem Spitzenverband dar. Wann dies geschieht, liegt im Verantwortungsbereich der

15

[http://www.domino1.stuttgart.de/web/ksd/KSDRedSystem.nsf/72557906d85ac74c412569e5005d382f/011bbbabb6d79580c125779f005d8edc/\\$FILE/Anlage%202%20Allgemeinverf%C3%BCgung.pdf](http://www.domino1.stuttgart.de/web/ksd/KSDRedSystem.nsf/72557906d85ac74c412569e5005d382f/011bbbabb6d79580c125779f005d8edc/$FILE/Anlage%202%20Allgemeinverf%C3%BCgung.pdf), Zugriff am 25.04.2011

Beratungskraft. Im Pflegestützpunktvertrag ist festgelegt, dass Pflegeberatung auf Wunsch auch im Pflegestützpunkt durchgeführt werden muss. Die Umsetzung des Auftrages, Pflegestützpunkte inklusive Pflegeberatung zu implementieren, wird auf die Kreisebene verlagert und an den dort installierten Runden Tischen beraten. So finden sich offenbar auch Pflegestützpunkte, in denen die Pflegeberatung entgegen der Expertenaussagen, überwiegend im Stützpunkt durchgeführt wird. Das plausibilisiert auch die Angaben über die prozentuale Verteilung von Pflegeberatung in Geschäftsstellen bzw. Pflegestützpunkte in der Pflegekassenbefragung (s. Landesprofil oben).

Bei der Analyse der Pflegeberatungsstruktur in Baden-Württemberg fällt auf, dass alle Befragten den Prozesscharakter der Implementation betonen, ihn als lernenden Prozess bezeichnen und kaum konkrete Zustandsdaten nennen können. Es fehlt auch an konkreten Zielen für die Weiterentwicklung der Pflegeberatung. Die Pflegekassen in Baden Württemberg stellen sich der Aufgabe der Pflegeberatung unterschiedlich, ihre Implementationsstrategien sind verschieden. Über Absprachen und gemeinsame Leitlinien der Kassen für die Aufgabenwahrnehmung der Pflegeberatung im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten wurde nicht berichtet. Die Grundaussage der Experten ist die, dass die Pflegeberatung grundsätzlich von jeder Pflegekasse selbst wahrgenommen wird. Die Pflegestützpunkte entstehen in einer großen regionalen Vielfalt, werden in ihrer Qualität vom Engagement der jeweiligen Kommune und den dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beeinflusst und von den Beratungsstrukturen der zum Kreis gehörenden gemeindlichen Ebenen, auf die sich die Stützpunkte beziehen und die sie z. T. mit in die Pflegestützpunktarbeit einbeziehen. Im Vordergrund der Wahrnehmung der Experten auf Landesebene steht offenbar die einzigartige Qualität der jeweils vorfindlichen regionalen Netzwerke und Gremien, auf denen die Arbeit der Pflegestützpunkte fußt. Sie scheint aber auch nicht überall in gleicher Weise gegeben zu sein. Die Implementationsaufgaben Pflegeberatung und Pflegestützpunkte sind in Baden-Württemberg der Aushandlung zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden einerseits und Kooperations- und Implementationsbemühungen auf der Kreis- und Stadtkreisebene anvertraut. Dies mag die besondere Situation in Baden-Württemberg mit einer ausgebauten Beratungsinfrastruktur reflektieren, führt aber nicht automatisch zu einem klaren Bild, wie die Aufgabe der Pflegeberatung in Baden-Württemberg umgesetzt wird und werden soll. Ob es zu einem weiteren Ausbau von Pflegestützpunkten kommt, ist offen.

3.3.2 Bayern

<u>Landesprofil:</u>		Freistaat Bayern		
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)		100 Fachstellen für pflegende Angehörige		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung	Bekanntgabe am 22.10.2009		
	Landesrahmenvereinbarung	In Kraft getreten am 01.11.2009		
		Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl	60	6	
	Bevölkerungszahl	208.662	2.086.621	
	Pflegeberatung im PSP	auch		
Koordinierungsgremien:				
Landesebene	Koordination der Gründung in Verantwortung der Kranken- und Pflegekassen			
kommunale Ebene	Qualitätszirkel			
Zahlen über Pflegeberatungsstellen	liegen nicht vor			
Evaluation abgeschlossen	Nein			
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)				
n =	37			
nur im Pflegestützpunkt	14			
nur in eigenen Geschäftsstellen	8			
sowohl als auch	15			

Der Freistaat Bayern sieht in seinen landespflegerechtlichen Vorschriften¹⁶ Vorgaben für den Aufbau kooperativer Strukturen in der Beratung von Menschen mit Pflegebedarf und Behinderung vor. Auch treffen das neue Leistungsangebot der Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte auf eine ausgebaute Beratungsinfrastruktur mit Angehörigen-Fachstellen und den Fachstellen Pflege. Sie sollen beim Aufbau der Pflegestützpunkte einbezogen werden, der in einer Allgemeinverfügung¹⁷ zur Einrichtung von Pflegestützpunkten im Oktober 2009 beschlossen wurde. In einer Aufbauphase sollten bis Ende 2010 bayernweit bis zu 60 Pflegestützpunkte errichtet werden (Allgemeinverfügung vom 22. 10. 2009, Abs. 2.1). In der im Freistaat Bayern und den Landesverbänden der Pflegekassen abgeschlossenen Rahmenvereinbarung wird festgelegt, dass die Pflegestützpunkte durch die Pflege- und Krankenkassen zusammen mit den kommunalen Gebietskörperschaften errichtet werden, wobei die Initiative zur Gründung grundsätzlich von den Kranken- und Pflegekassen ausgehen soll. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten ist allerdings abhängig von der Beteiligung der örtlichen kommunalen Träger am jeweiligen Pflegestützpunkt. Dort soll dann eine gemeinsame und einheitliche Bearbeitung der Beratungsfälle erfolgen (Allgemeinverfügung vom 22. 09. 2009, Abs. 5, Satz 2). In einem Mustervertrag über die Errichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten sind Festlegungen zu Öffnungszeiten, zum Personaleinsatz und zur sächlichen Ausstattung sowie zur gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung enthalten. Aus ihnen ergibt sich die Zielsetzung, eine integrierte Pflegeberatung als gemeinsam getragenes und ausgestaltetes Angebot zu implementieren. Landesweite Qualitätsstandards für Pflegestützpunkte, abgestimmte Erhebungs- und Dokumentationsbogen bieten eine Grundlage für eine einheitliche Arbeitsweise. Statt der bis Ende 2010 geplanten 60 Pflegestützpunkte ist bis zum Juni 2011 in sechs Pflegestützpunkten die Arbeit aufgenommen worden. Es werden nach Einschätzung der Kassenvertreterinnen auf Landesebene bis Jahresende 2011 etwa zehn Pflegestützpunkte eingerichtet sein.

Sowohl die Kassen als auch die kommunalen Spitzenverbände stimmen darin überein, dass es auf kommunaler Ebene geeigneter Kooperationsstrukturen bedarf, auf denen die Pflegeberatung aufbauen kann. Zu ihnen gehören eine breite Kooperation, eine gute Vernetzung, regelmäßige Qualitätszirkel und Fallkonferenzen bei Bedarf. Gleichzeitig bestehen deutlich unterschiedliche Einschätzungen, was den Bedarf nach Pflegeberatung anbelangt. Aus Sicht der kommunalen Spitzenverbände könnte der „Bedarf“ an Pflegeberatung durch die Politik selbst gemacht sein (Angebot schafft Nachfrage). In den einzelnen Kommunen wird dieser Bedarf je nach pflege- und seniorenpolitischen Schwerpunktsetzungen gesehen oder auch nicht. Von Seiten der Kassen wird der Bedarf nach Pflegeberatung wesentlich höher eingeschätzt: In vielen Haushalten gäbe es für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen schwer beherrschbare Situationen, in denen durch eine intensive Pflegeberatung geholfen werden könnte. Die Kassen haben unabhängig vom Aufbau der Pflegestützpunkte ihre Pflegeberatungsangebote entwickelt. Im Jahre 2009 wurden allein von der AOK Bayern insgesamt 18.000 Pflegebedürftige gemäß § 7a SGB XI beraten, im Jahre 2011 bereits 24.000: Die Nachfrage steige weiter. Die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten werde demgegenüber nur wenig in Anspruch genommen. Über eine Kassenarten übergreifende Beratungshotline – Pflegeservice Bayern – sei das Angebot der Pflegeberatung bayernweit zu den regulären Öffnungszeiten erreichbar, eine 24-Stunden-Erreichbarkeit ist nach Ansicht der


¹⁶ Teil 9 des Bayerischen Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze vom 08.12.2006

¹⁷ <http://www.stmas.bayern.de/pflege/rechtsgrundlagen/pflegestuuetzpunkte.pdf>, Zugriff am 25.04.2011

Kassenexpertin nicht erforderlich. Eine intensive Pflegeberatung findet überwiegend im Rahmen von Hausbesuchen statt, die auf Nachfrage oder aufgrund der Situationseinschätzung bei telefonischen Beratungen erfolge. Die Wahrnehmung der Pflegeberatungsaufgaben der Pflegekassen in Bayern sei sehr unterschiedlich, einige Kassen würden auch den MDK für Aufgaben der Pflegeberatung einsetzen, der in Bayern über entsprechend qualifiziertes Personal verfügt. Insbesondere seitens der Kassen wird die Pflegeberatung als ein wirksames Instrument und das Case Management als wichtige methodische Basis angesehen, mit deren Hilfe Heimübersiedlungen vermieden, Pflegesituationen zu Hause stabilisiert und qualifiziert und Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wirksam unterstützt werden können.

Die befragten Experten von Kasse und Kommunalen Spitzenverband distanzieren sich vom Konzept des Landes. Es gehört allerdings zur gemeinsam geteilten Überzeugung, dass individuelles Fallmanagement auf der Basis von Case Management eine wichtige Unterstützungsleistung darstellen kann und es gut abgestimmter Care Strukturen bedarf. Der materielle Regelungsinhalt des § 7a SGB XI, aber auch der der Pflegestützpunkte wird von den Beteiligten als richtig und wichtig angesehen. In Bayern sei man allerdings weit davon entfernt, die im Rahmenvertrag formulierten Vorstellungen einer idealen Pflegeberatung in Pflegestützpunkten zu realisieren.

3.3.3 Berlin

<u>Landesprofil:</u>		Berlin			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			12 Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		In Kraft getreten am 12.12.2008		
	Landesrahmenvereinbarung		In Kraft getreten am 01.06.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		36	26	
	Bevölkerungszahl		95.655	132.445	
	Pflegeberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Steuerungsgremium der Berliner Pflegestützpunkte		
kommunale Ebene			Arbeitsgemeinschaft Berliner Pflegestützpunkte		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			nein (geplant)		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			28		
nur im Pflegestützpunkt			17		
nur in eigenen Geschäftsstellen			5		
sowohl als auch			6		

Im Land Berlin haben Case Management-basierte Beratungsstellen eine lange Tradition, bereits vor Einführung der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI existierten sog. Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“. Diese, aus Landesmitteln geförderten Koordinierungsstellen wurden alle zu Pflegestützpunkten umgewandelt, die auf der Grundlage der Allgemeinverfügung¹⁸ der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales zur Einrichtung von Pflegestützpunkten im Dezember 2008 erlassen wurde. Es sollten für jeweils 95.000 Einwohnerinnen und Einwohner die Pflege- und Krankenkassen innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten mindestens 24 Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Angestrebt wird eine Zahl von 36.

Die Umsetzung und Einrichtung der Pflegestützpunkte und die Zusammenarbeit zwischen den Kranken- und Pflegekassenverbänden und dem Land Berlin wird im Landesrahmenvertrag vom Mai 2009 geregelt. Hier werden die Pflegestützpunkte als ein grundsätzlich neuartiges, innovatives, noch weitgehend entwicklungs-offenes Instrument zur Beratung, Versorgung und Betreuung von Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf bezeichnet. Im Landesrahmenvertrag wird darauf hingewiesen, dass der gesetzliche Auftrag der Pflegestützpunkte über den der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI hinausgeht. In dem Landesrahmenvertrag wird die Kooperation zwischen Pflegekassen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ geregelt. In den Pflegestützpunkten soll danach Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stattfinden und zwar in gemeinsamen Sprechstunden durch die Pflegeberater der Pflege- und Krankenkassen. Fallkonferenzen sind im Einzelfall vorgesehen, die Beratung soll nach den Vorgaben eines standardisierten Prozessmanagements erfolgen.

Das Land Berlin beteiligt sich an den Pflegestützpunkten durch die Übernahme der Kosten für Personal und Sachaufwendungen der bisherigen Koordinierungsstellen, die grundsätzlich mit 2,5 Vollzeitstellen besetzt sind. Die Pflege- und Krankenkassen finanzieren die weiteren Pflegestützpunkte einschließlich der für die zweite Ausbauphase vorgesehenen zusätzlichen 12, mit denen die Zahl 36 für ganz Berlin erreicht werden soll. Der Landesrahmenvertrag integriert die bestehende Beratungsinfrastruktur des Landes Berlin in das neue System der Pflegestützpunkte. Durch die Festlegung konkreter Plandaten wird ein wohnortnaher Ausbau mit vergleichsweise hoher Verbindlichkeit verfolgt. Die neue Leistung „Pflegeberatung“ baut nicht nur auf den bisherigen Koordinierungsstellen auf, sondern auch auf die Beratungsangebote der Bezirksämter und die vielfältigen Beratungsangebote für Pflegebedürftige, die von ambulanten Diensten und Wohlfahrtsverbänden vorgehalten wurden. Auch die AOK Nordost und andere Kassen hatten vor 2009 bereits im Rahmen ihrer Kundenberatung kassenseitig „Pflegeberatung“ vorgehalten. Sie wurde von Pflegefachkräften aufsuchend in Form von Hausbesuchen durchgeführt. Gerade mit Blick auf die vielfältige Beratungsinfrastruktur in der Großstadt Berlin ergeben sich Koordinierungs-, Vernetzungs- und Steuerungsaufgaben bei der Einführung von Pflegestützpunkten und der Implementierung der Pflegeberatung, für die ein Steuerungsgremium in Berlin als oberste Schaltstelle eingerichtet wurde. In diesem Steuerungsgremium sind das Land und die Kassen vertreten. Mitarbeitende der Pflegestützpunkte werden als Gäste eingeladen. In einem Fachbeirat soll der Aufbau der Pflegestützpunkte und die Implementierung der Pflegeberatung begleitet werden. Dessen Besetzung konnte allerdings noch nicht einvernehmlich bestimmt werden.

¹⁸ http://www.paritaet-alsopfleg.de/downloads/Pfleg/Verwalt_Bezirke/Pflegstuetzpunkte_Land_Berlin.pdf, Zugriff am 26.04.2011

Wie in der Rahmenvereinbarung zwischen Kassenverbänden und Land angelegt, gibt es zwei Typen von Pflegestützpunkten: die ehemaligen Koordinierungsstellen, vom Land finanziert und in Trägerschaft freier Träger und die Pflegestützpunkte bei den Kassen. Sie haben unterschiedliche Einzugsbereiche. Eine Kooperation zwischen den Pflegestützpunkten respektive den dort jeweils tätigen Beraterinnen und Beratern findet fallbezogen in den landesweit gemeinsamen Sprechstunden zweimal in der Woche zu festgelegten Öffnungszeiten statt. Anders als in anderen Bundesländern werden nicht Teams aus Pflegekassen und Koordinierungsstellen gebildet. Die Pflegeberatung i. S. d. des individuellen Fallmanagements ist allein Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen, kann demnach ohne Beteiligung der Kassenmitarbeiterinnen nicht in den Pflegestützpunkten der Koordinierungsstellen angeboten werden, obwohl dies in der Vergangenheit über lange Jahre deren Aufgabe war. Dabei ist die Frage noch nicht abschließend geklärt, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinierungsstellen auch Personen beraten dürfen, die bereits eine Pflegestufe haben oder die Beratung dieser Personengruppe im Sinne einer Pflegeberatung (ohne individuelles Fallmanagement) gemäß § 7a SGB XI allein den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegekasse vorbehalten sein soll. Für die Klärung dieser und anderer Streitfragen ist die Geschäftsstelle des Steuerungsgremiums zuständig. Unter den in Berlin geschaffenen Beratungsstrukturen und Spielregeln der Kooperation sei, so die Expertinnen des Landes die Entwicklung einer Kultur der Zusammenarbeit mühsam. Auch aus der Sicht der Kassen wird die Kooperation nicht als einfach und vor allen Dingen die Trägervielfalt der Pflegestützpunkte als kompliziert angesehen. Das gelte auch für die Vereinbarung abgestimmter Arbeitsweisen auf der operativen Ebene: Man hat sich noch nicht auf eine gemeinsame Software verständigen können, auch ein standardisierter Versorgungsplan liegt noch nicht vor. Ein abgestimmtes Prozessmanagement, wie im Rahmenvertrag vereinbart, konnte bislang noch nicht implementiert werden. Die Aufgabe der Pflegeberatung wird aber von allen Beteiligten als ausgesprochen bedeutsam angesehen. Alle Beteiligten scheinen mit großem Engagement dabei zu sein, die Pflegestützpunkte aufzubauen und die Aufgaben der Pflegeberatung wahrzunehmen. Die fallbezogene Kooperation, aber auch die Kooperation auf Landesebene wird als ein noch nicht abgeschlossener Lernprozess beschrieben, von dem „beide Seiten“, sowohl die Koordinierungsstellen als auch die Kassen profitieren können.


Die Nachfrage nach Beratung in den Pflegestützpunkten und nach Pflegeberatung kann noch nicht genauer beziffert werden. Hierfür ist eine Evaluation auf Landesebene vorgesehen. Sowohl die Experten des Landes- als vor allem auch der Experte der Pflegekassen - beschreiben eine steigende Nachfrage. Insbesondere der Bedarf an Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit würde deutlich zunehmen. Er habe sich seit Einführung der Pflegeberatung verdreifacht. Am häufigsten nehmen die Ratsuchenden telefonisch Kontakt mit den Pflegestützpunkten auf, dies in etwa der Hälfte der Fälle, so die Ergebnisse. Es folgt die persönliche und unangemeldete Beratung in den Stützpunkten, für die die Wohnortnähe der Pflegestützpunkte von großer Bedeutung maßgeblich ist. Insbesondere Personen mit Migrationsgeschichte nehmen die Beratungen offenbar sehr selten in Anspruch. Entsprechend wird in Berlin an Standards zur kultursensiblen Beratung gearbeitet. Um die Pflegestützpunkte bekannter zu machen, hat das Land Berlin eine Werbekampagne für die Pflegestützpunkte gestartet. Um die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher bzw. Pflegeheimversorgung besser bearbeiten zu können, ist seitens des Landes geplant, Außensprechstunden der Pflegestützpunkte an größeren Krankenhausstandorten einzurichten.

Das neue Angebot der Pflegeberatung, genauso wie die Pflegestützpunkte stoßen nicht bei allen Akteuren auf Akzeptanz. Bei einem vom starken Wettbewerb geprägten Pflegemarkt, bezweifeln Pflegeanbieter offenbar bisweilen die Neutralität der Pflegekassen bei der Wahrnehmung der Pflegeberatungsaufgaben. Die Koordination der Beratungsstrukturen der Pflegekassen auf der einen Seite und der Koordinierungsstellen des Landes auf der anderen Seite kann in Berlin keinesfalls als abgeschlossen gelten und dies auf verschiedenen Ebenen:

- Zwischen Pflegestützpunkten: Konflikte zwischen Pflegestützpunkt-Mitarbeitenden von Kassen und Koordinierungsstellen sollen mit der Unterstützung externer Mediatoren bearbeitet werden,
- Zwischen Berufsgruppen: die bisherigen Koordinierungsstellen und die dort beschäftigten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen äußern Befürchtungen, dass ihnen angestammte Aufgabenfelder durch die Pflegeberatung entzogen werden würden, obwohl sie sie von ihrer Qualifikation und ihrer lokalen Kenntnis die Aufgaben auch wahrnehmen könnten.

In der von allen Beteiligten geteilten Überzeugung, dass sowohl die Pflegestützpunkte als auch die Pflegeberatung ausgesprochen wichtige Angebote und Infrastrukturelemente seien, wird die weitere Qualifizierung der Beratungsinfrastruktur und der Zusammenarbeit von allen Seiten verfolgt. Auch kassenseitig wird der Sinn der Pflegestützpunkte nicht in Frage gestellt: man profitiere von der Kompetenz der bisherigen Koordinierungsstellen und von der wohnortnahen Ansiedlung der Pflegestützpunkte. Die Befragten sehen eine zunehmend positive Entwicklung der Pflegestützpunkte und gehen davon aus, dass es gelingen wird, die Implementationsschwierigkeiten zu überwinden. Ob eine unabhängige Ansiedlung der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten (mit einer eigenen Rechtsform) als eine zielführende Option angesehen werden müsse, wird auch von dem Experten der Pflegekassen als Frage offen gelassen.

3.3.4 Brandenburg

<u>Landesprofil:</u>		Brandenburg			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			Anlauf- und BeratungsCenter (ABC-Stellen)		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		Nein		
	Landesrahmenvereinbarung		Nein		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		19	17	
	Bevölkerungszahl		133.460	149.161	
	Pflegerberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			k. A.		
kommunale Ebene			k. A.		
Zahlen über Pflegerberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			ja, exemplarisch für 3 PSP		
Gestaltung der Pflegerberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			25		
nur im Pflegestützpunkt			15		
nur in eigenen Geschäftsstellen			3		
sowohl als auch			7		

In Brandenburg wurde die Einführung der Pflegestützpunkte flankiert durch eine Novellierung des Landespflegegesetzes¹⁹, das die Pflegestützpunkte in einen größeren Planungszusammenhang im Bereich der Pflege stellt, der sich als gute Voraussetzung für das mit den Pflegestützpunkten vorgesehene Care Management ansehen lässt. Auch das Land Brandenburg hat in einer Allgemeinverfügung die Errichtung von Pflegestützpunkten bestimmt und sieht wie andere Länder auch zunächst die Errichtung eines Pflegestützpunktes je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt vor. Bis zum April 2011 waren 17 Pflegestützpunkte eröffnet worden, die sich überwiegend noch in der Aufbau- und Entwicklungsphase befinden. Die Pflege- und Krankenkassen hatten im November 2009 ein Konzept für die Errichtung von Pflegestützpunkten vorgelegt, das in ihnen eine Anlaufstelle für alle Belange bei Pflegebedürftigkeit sieht und das „System- mit dem Fallmanagement“ verbindet. Den Sozialberatern soll im Wesentlichen das Systemmanagement und den Pflegeberatern das individuelle Fallmanagement zugeordnet werden. Die Aufgabengebiete werden in dem Konzept in ihren Überlagerungen und Schnittstellen beschrieben. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz und dem Aufbau von Pflegestützpunkten wird nach Ansicht des Landes ein wesentlicher Beitrag zum Aufbau einer Beratungsinfrastruktur in Brandenburg geleistet, die für die Vergangenheit als defizitär eingeschätzt wurde.


Bislang wird nur durch wenige Kommunen und Landkreise eine vernetzte und pflegenaher Altenhilfestruktur gefördert. Als bereits bestehende Strukturen werden die sog. Anlauf- und Beratungs-Center (ABC-Stellen), Alzheimerberatungsstellen und Beratungsangebote der Dienstleister benannt, mit denen die Pflegestützpunkte in den Landkreisen und kreisfreien Städten zusammenarbeiten. Besonders stark in Brandenburg vertretene Kassen, etwa die BKK Ost, aber auch die AOK Nordost waren und sind in dem Aufgabenfeld der Pflegeberatung stark und regional bisweilen dominant vertreten. Auch die IKKs und Ersatzkassen sind an den Pflegestützpunkten beteiligt. Die erste Errichtungsphase der Pflegestützpunkte soll zum 01.06.2011 abgeschlossen sein, mit dann insgesamt 19 Pflegestützpunkten. Kernelement der Pflegestützpunkte ist die integrierte Pflegeberatung, die im Pflegestützpunkt stattfinden soll. Dieses Kernmerkmal prüft das Land für jeden Pflegestützpunkt vor Erteilung des jeweiligen Bestimmungsbescheides. Im Implementationsprozess sieht sich das Land als Mediator während sich die Pflegekasse AOK Nordost als federführenden Akteur bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten sieht. Sie bemängelt die Zurückhaltung des Landes in finanzieller und operativer Hinsicht. Trotz der mit dem Land gemeinsam verfolgten Zielsetzung der großen Kassen zur Integration der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten bevorzugen kleinere Kassen oder Kassen mit weniger Versicherten in Brandenburg offenbar die kasseninterne Pflegeberatung. Die AOK als stärkste Kasse in Brandenburg setzt auf die Vermeidung von Doppelstrukturen durch die Verortung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den Pflegestützpunkten. Die Befragten Experten von Pflegekasse und Land sind sich in Brandenburg einig, dass die Pflegeberatung notwendigerweise unabhängig zu sein habe und auch deshalb gut im Pflegestützpunkt verortet sei. Hierfür sei ggf. eine unabhängige rechtliche Konstruktion zu schaffen, die die Kostenträgerunabhängigkeit sicherstelle. Offenbar sind sowohl bei Leistungserbringern als auch bei Versicherten Befürchtungen virulent, die Pflegeberatung könne von Pflegekassen zu Kostensteuerungszwecken genutzt werden. Wohnortnahe Versorgung mit Pflegestützpunkten und Pflegeberatung stellt sich in einem Flächenland wie Brandenburg als

¹⁹ http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.47198.de, Zugriff am 27.04.2011

eine anspruchsvolle Aufgabe dar. Vom Land wird die Errichtung von drei bis vier Pflegestützpunkten pro Landkreis angestrebt. Die Kooperationskultur innerhalb der Pflegestützpunkte wird von den Experten als außergewöhnlich gut beurteilt. Insbesondere bewähren sich offenbar die Kooperationen zwischen den Sozial- und den Pflegeberatern. Es wird allerdings bemängelt, dass es für die Kassen keine Anreize gäbe, auf der Care-Ebene steuernd einzugreifen. Die Frage der Infrastrukturentwicklung, die Schließung von Angebotslücken, die Verantwortung für eine wohnortnahe Versorgung verbleibe bei den Kommunen. Ein Desiderat sehen insbesondere die Experten des Landes dort, wo Kassen, die ihre Pflegeberatung nicht in die Pflegestützpunkte einbringen, dem Anspruch eines Case Managements nicht gerecht werden können, da die regionale Verwurzelung fehle und ebenso der Bezug zu den wohnortnahen Angeboten.

Die bereits durchgeführte und veröffentlichte Evaluation zur Pflegeberatung und Pflegestützpunkten in Brandenburg macht deutlich, dass sich die Pflegestützpunkte sehr unterschiedlich entwickeln, in der Praxis nicht so klar wie konzeptionell vorgegeben zwischen den Aufgaben der Pflege- und der Sozialberatung unterscheiden und oftmals beide, Pflege- und Sozialberater, ähnliche Aufgaben übernehmen. Auch wurden offenbar einheitliche Vorgehensweisen, Prozesse und Dokumentationen bislang kaum implementiert und erschöpfe sich die Pflegeberatung ganz wesentlich in Information und allgemeiner Beratung. Gleichwohl seien die Nutzer mit dem Angebot in hohem Maße zufrieden. Brandenburg zeigt sich in einer summarischen Betrachtungsweise als ein Land in dem Kommunen, Pflegekassen und Land ein gemeinsames Verständnis der Aufgaben von Pflegestützpunkten und der Integration der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten entwickelt und sich auch entsprechend gemeinsam auf den Weg einer zielgerichteten Implementation begeben haben. Dabei ist man offenbar auch in Brandenburg noch vergleichsweise weit davon entfernt, in der Breite ein individuelles Fallmanagement i. S. der Pflegeberatung anbieten zu können, das ggf. aber auch in Brandenburg als Angebot noch nicht in jeder Hinsicht resonanzfähig ist (vgl. Ramboll 2011, S. 34-48).

3.3.5 Bremen

<u>Landesprofil:</u>		Freie Hansestadt Bremen		
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)		6 Sozial- und 17 Dienstleistungszentren		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung	In Kraft getreten am 01.10.2008		
	Landesrahmenvereinbarung	k. A.		
		Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl	3	3 (bis 30.06.2011 lt. Text)	
	Bevölkerungszahl	220.619	220.619	
	Pflegeberatung im PSP	In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:				
Landesebene		k. A.		
kommunale Ebene		k. A.		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen		liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen		nein (in Arbeit)		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)				
n =		26		
nur im Pflegestützpunkt		14		
nur in eigenen Geschäftsstellen		4		
sowohl als auch		8		

Die Einführung von Pflegestützpunkten trifft ähnlich wie in anderen Bundesländern auf ein Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz, das die Gewährleistung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung als Aufgabe des Landes formuliert und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit des Landes, der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekassen regelt. In einer Allgemeinverfügung²⁰ vom September 2008 wird die Errichtung von Pflegestützpunkten im Land Bremen beschlossen. Sie erfolgt ohne nähere Begründung und ohne weitere Festlegung mit der Bestimmung, dass die Pflege- und Krankenkassen und das Land Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten errichten. Aus weiteren Dokumenten ergibt sich, dass das Land Bremen mit den Pflegekassen die wesentlichen Eckpunkte zur Errichtung von Pflegestützpunkten vereinbart hat. Bis zum Juni 2011 sollen drei Pflegestützpunkte eingerichtet sein, zwei in der Stadtgemeinde Bremen, einer in Bremerhaven. In den Pflegestützpunkten arbeiten sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kassen als auch der Kommune. Eine bereits in Auftrag gegebenen Evaluation soll notwendige Nachjustierungen aufzeigen. Bereits vor Einführung der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte verfügte Bremen über eine vielfältige Beratungsstruktur: sowohl in den Geschäftsstellen der Kranken- und Pflegekassen als auch in allen sechs Sozialzentren, im Sozial- und Gesundheitsamt Bremerhaven sowie 17 Dienstleistungszentren – angesiedelt bei freien Trägern – fand eine allgemeine Beratung im Umfeld von Pflege statt. Parallel dazu existieren bereits spezialisierte Beratungsstellen für Menschen mit Demenz sowie eine unabhängige Patienten- und Pflegeberatung.

Übereinstimmend wird bei den Experten auf Landesebene von einer guten und engen Zusammenarbeit in Bremen gesprochen. Vor Einführung der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte sei die Qualität der Beratung recht weit entwickelt gewesen. Schon in der Vergangenheit erhielten etwa Kassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter Weiterbildungen im Bereich Case Management. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird in Bremen sowohl in den Kassen als auch in den drei Pflegestützpunkten angeboten. Letztere sind an fünf Tagen in der Woche zwischen 10 und 17 Uhr geöffnet und mitten in die jeweiligen Innenstädte platziert. In den Pflegestützpunkten arbeiten sowohl Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen, insbesondere Pflegefachkräfte, aber auch Sozialarbeiter der Kommune. In die Pflegestützpunkte wird die Arbeit von Selbsthilfegruppen einbezogen: sie können ihre Beratung auch in den Pflegestützpunkten anbieten.


Pflegeberatung kann den Kassen neue Perspektiven in der Beratungsarbeit bieten: Es werde nicht nur ein wesentlich intensiverer und persönlicher Kontakt zu den Versicherten aufgebaut, der zur Arbeitszufriedenheit der Pflegeberaterinnen und -berater beitrage. Es seien auch die verstärkten Steuerungsmöglichkeiten der Pflegeberatung, die sie interessant machen. So könnten überflüssige Leistungen erkannt, Abklärungen von Leistungsansprüchen vorgenommen und präventiv der Entstehung von Kosten entgegengewirkt werden. Datenschutzrechtliche Fragen werden in Bremen ausführlich diskutiert und in ihrer Bedeutung unterschiedlich bewertet: als hinderlich, aber auch als besonders notwendig, um die Neutralität der Pflegeberatung sicherzustellen. Das Angebot der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte sei trotz entsprechender Informationspolitik in Bremen und Bremerhaven noch nicht sehr bekannt. Das Angebot der Pflegestützpunkte werde eher von den Bürgerinnen und Bürgern genutzt, die sich im unmittelbaren Wohn-

²⁰ <http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2010/8532/pdf/2.20.pdf>, Zugriff am 25.04.2011

umfeld der Pflegestützpunkte befinden. Zugehende Beratung scheint in Bremen eine nachgeordnete Rolle zu spielen.

In der Summe wird die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten im Land Bremen von Land und Kasse als ideal und bewährt beurteilt. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den Pflegestützpunkten des Landes Bremen gestaltet sich offenbar wesentlich umfassender als in den Geschäftsstellen der Kassen. Sowohl von den (an den Pflegestützpunkten beteiligten) Kassen, als auch vom Land werden die Vorteile der Implementierung von Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in den Pflegestützpunkten betont: Beratung aus einer Hand von Kassen- und Behördenmitarbeitern (Br_La_184-190). Insbesondere die unmittelbare Kooperation von Kasse, Behörde, Selbsthilfe und Ehrenamt, sowie die nahtlose Betreuung bis hinein in die Leistungsberatung und Antragstellung und die damit bearbeitbare Problematik der institutionellen Schnittstellen wird von beiden Seiten betont. Zentral hierfür sei die in Bremen stets gewährleistete Anwesenheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kasse und des Landes in den Pflegestützpunkten. Insbesondere scheint es in Bremen zu gelingen, in den Pflegestützpunkten Personen zu erreichen, die ansonsten keine Pflegeberatung in Anspruch nehmen würden. Entwicklungsbedürftig sei (noch) die intensive, auf einem individuellen Fallmanagement beruhende Pflegeberatung. Handlungsbedarf wird weiterhin in der klaren Profilierung der Pflegestützpunkte gesehen, die sich bislang noch nicht in jeder Hinsicht aus der Landschaft anderer Beratungsangebote abheben würden. Bremen stellt sich als ein Bundesland dar, in dem die Pflegeberatung vorzugsweise als Aufgabe in den Pflegestützpunkten angesiedelt und ausgebaut wird.

3.3.6 Hamburg

<u>Landesprofil:</u>		Freie und Hansestadt Hamburg			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			landesweites Pflegetelefon; themenspezifische Beratungsstellen		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		In Kraft getreten am 01.01.2009		
	Landesrahmenvereinbarung		In Kraft getreten am 16.01.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		8+1	9	
	Bevölkerungszahl		218.235	218.235	
	Pflegeberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Steuerungsgremium		
kommunale Ebene			entfällt		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			ja		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			23		
nur im Pflegestützpunkt			13		
nur in eigenen Geschäftsstellen			3		
sowohl als auch			7		

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat von ihrem Bestimmungsrecht Gebrauch gemacht und zügig, bereits am 16.01.2009 ein Landesrahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten mit den Landesverbänden der Pflegekassen in Hamburg abgeschlossen. Zunächst wurden in jedem Bezirk ein Pflegestützpunkt sowie ein gesamtstädtischer Pflegestützpunkt für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche eingerichtet. Die Finanzierungsabrede zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Freien und Hansestadt Hamburg sieht vor, dass die in den Pflegestützpunkten einzurichtenden drei Stellen zu einem Drittel vom Land und zu zwei Dritteln von den Kassen gestellt werden. Ein Steuerungsausschuss ist für Qualitätssicherung und eine abgestimmte Arbeitsweise in den Pflegestützpunkten zuständig. Früh wurde eine Evaluation in Auftrag gegeben, um den Implementationsprozess der Pflegestützpunkte von vorne herein zu begleiten. Die Integration der Aufgaben der Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte ist im Landesrahmenvertrag geregelt. In den Formulierungen ist eine gewisse Ambivalenz erkennbar: Pflegeberatung soll von den Pflegekassen so weit wie möglich in die Pflegestützpunkte integriert werden, bleibt aber ansonsten als Aufgabe der Pflegekassen von der Einrichtung der Pflegestützpunkte unberührt. Von der Zielorientierung für jeweils 30.000 bis 60.000 über 60jährige Bürgerinnen und Bürger einen Pflegestützpunkt einzurichten, will man in Hamburg zunächst Abstand nehmen. Der Ausbaustand soll zunächst konsolidiert und der Frage nachgegangen werden, wie bisher nicht erreichte Menschen erreicht werden können.

Die neue Aufgabe der Pflegeberatung traf auf eine entfaltete Beratungsinfrastruktur, die vor 2009 über 150 verschiedene Beratungsstellen kannte. Insbesondere verfügte und verfügt Hamburg über ein flächendeckendes Netz an Seniorenberatungsstellen, die in die Pflegestützpunkte integriert werden sollen. Darüber hinaus gibt es Beratungsstellen für spezielle Themen und Zielgruppen: Demenz, Migration, Wohnraumanpassung. Diese wurden überwiegend nicht mit in die Pflegestützpunkte einbezogen. Ein landesweites Pflegetelefon stellte und stellt die jederzeitige Erreichbarkeit von Beratung sicher. Die bisherige Beratungslandschaft war nach Einschätzung der Experten von Unübersichtlichkeit gekennzeichnet. Kenntnisse über die Beratungstätigkeit der Pflegekassen vor Einführung der Pflegeberatung liegen in Hamburg nicht in systematisierter Weise vor und waren auch dem befragten Experten nicht bekannt. Gerade seitens der Freien und Hansestadt Hamburg erhofft man sich durch die Integration von Beratungsangeboten in die Pflegestützpunkte mehr Transparenz, Integration und Profil. Die Erfahrungen mit der gemeinsamen Wahrnehmung von Pflegeberatungsaufgaben in Pflegestützpunkten sind unterschiedlich. Es treffen verschiedene Berufsgruppen aufeinander, die bei Investitionen in Teambildung und guten Voraussetzungen auf der Personenebene voneinander profitieren können. Aus Sicht des Landes hat sich die Multidisziplinarität in den Pflegestützpunkten qualitätssteigernd ausgewirkt.

Die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten wird von den dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für alle Versicherten angeboten, unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit. Die Nachfrage nach Pflegeberatung i. S. eines individuellen Fallmanagement ist in den Pflegestützpunkten, eher verhalten. Dies hat nach Ansicht des Landes nicht unbedingt mit der fehlenden Wohnortnähe der Pflegestützpunkte zu tun, obwohl im unmittelbaren Umkreis der Pflegestützpunkte diese mehr frequentiert werden als von Bürgerinnen und Bürgern aus den weiter entfernt liegenden Stadtteilen. Experten von Kassen und Land sind sich darin einig, dass die Ziele, die mit der Pflegeberatung verfolgt werden, nicht so sehr über eine Kommstruktur und Konzeption, sondern vor allem über eine zugehende Beratung erreicht werden können. Insofern sei man bei einigen Kassen dazu übergegangen, direkt den Kontakt zu den Antragstellern auf Pflegeleistungen

aufzunehmen, ihnen Hausbesuche anzubieten und sie mit dem Angebot der Pflegeberatung bekannt zu machen. Über diese Möglichkeit verfügt die Kasse aber nur bei ihren eigenen Versicherten. Den Pflegestützpunkten stehen entsprechende Zugänge zu den Anspruchsberechtigten (noch) nicht offen: Die Mitarbeiterinnen und die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte erhalten als solche keine Kenntnis von Antragstellungen oder besonderen Beratungsanlässen aus MDK-Gutachten; Kassenmitarbeiter für ihre Versicherten durchaus. Ähnliches gilt für die „kommunalen“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bezirke, die Kenntnis von Beratungsbedarfen aus ihren Aufgaben in der Altenhilfe gem. § 71 SGB XII gewinnen können. Geht man davon aus, dass die zugehende Pflegeberatung und die offensive Ansprache von Pflegebedürftigen sich als ein besonders wichtiger Weg herausstellt, um Versicherte zu erreichen, so wären die Pflegestützpunkte in Hamburg auf eine enge Zusammenarbeit mit den Pflegekassen und der Altenhilfe angewiesen und darauf, dass entsprechende Verfahrensweisen entwickelt werden, die eine zugehende Beratung in den Pflegestützpunkten mit Zustimmung der Betroffenen ermöglichen und datenschutzrechtlich absichern. An einem solchen Vorgehen haben aber nicht alle Kassen unbedingt ein Interesse. Für sie stellt sich die Aufgabenwahrnehmung der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten als komplizierter dar. Sie haben keinen direkten Zugriff auf die MDK-Gutachten und andere Versichertendaten. Auch kann auf die Informationen in den bereits bestehenden Netzwerken schlecht zugegriffen werden. Insofern sei nach Ansicht der Kassenexperten einer großen Kasse die Aufgabe der Pflegeberatung auch in Hamburg besser bei ihnen angesiedelt, als beim Pflegestützpunkt. Es „konkurrieren“ überdies bei der Integration der Aufgaben der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten in Hamburg unterschiedliche Qualitätssicherungsstrategien. Die verwendete Software in Pflegestützpunkten unterscheidet sich von der, die bei Kassen Verwendung findet, wenn sie die Pflegeberatung als eigene Leistung anbieten. So wird (auch) in Hamburg ein Konflikt sichtbar: die Logiken einer in Pflegestützpunkte integrierten Pflegeberatung ist eine andere als die Logik der Pflegeberatung in einer Pflegekasse für die eigenen Versicherten. Hier geht es um eine Beratung, die im Wesentlichen an dem Lebensort ansetzt, die sich als allen Bürgerinnen und Bürger offen stehendes individuelles Fallmanagement im Rahmen der Daseinsvorsorge versteht. Dort geht es bei der Pflegeberatung stärker um eine Beratung, die auf die Mitgliedschaft des Versicherten in der Kasse und eine integrierte Gesundheits- und Pflegeberatung hin ausgerichtet ist. Während die Vertreter der Freien und Hansestadt Hamburg eine kommunale Alleinzuständigkeit für die Frage der Organisation der Pflegeberatung wünschen, wird seitens der Kasse der Standpunkt vertreten, dass die Zuständigkeit fachlich alleine bei den Pflegekassen liegen sollte. Nur über den Weg der alleinigen Zuständigkeit der Kassen könnten im Übrigen auch bundesweit einheitliche Standards implementiert werden.

Vertreter des Landes und der Kasse sind sich aber darin einig, dass das individuelle Fallmanagement eine höchst bedeutsame Aufgabe ist und stimmen in zentralen Fragen der notwendigen fachlichen Weiterentwicklung der Pflegeberatung überein: im Ausbau der zugehenden Beratung und der Suche nach Zugang zu durch die bisherigen Angebote nur schwer erreichbaren Zielgruppen mit einem unterstellten hohen Pflegeberatungsbedarf.

3.3.7 Hessen

Landesprofil:		Hessen			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			z. T. Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo)		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		In Kraft getreten am 01.01.2009		
	Landesrahmenvereinbarung		In Kraft getreten am 01.05.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		26	17 ²¹	
	Bevölkerungszahl		233.152	356.585	
	Pflegerberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Steuerungsgremium		
kommunale Ebene			k. A.		
Zahlen über Pflegerberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			nein (in Arbeit)		
Gestaltung der Pflegerberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			34		
nur im Pflegestützpunkt			14		
nur in eigenen Geschäftsstellen			9		
sowohl als auch			11		

²¹ Stand: 1.4.2011. Die Pflegestützpunkte Werra-Meißner (15.6.2011), Bergstraße (9.6.2011), Limburg-Weilburg (28.6.2011), Kassel (20.09.2011) und Hersfeld-Rotenburg (29.9.2011) wurden nach Berichtslegung eröffnet.

Bereits vor Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes galten in Hessen landesrechtliche Regelungen, die auf Abstimmung, Koordination und Vernetzung der Leistungen und Leistungsangebote für auf Pflege angewiesene Menschen gerichtet waren. Im Hessischen Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz wurde eine Beratungsverpflichtung niedergelegt, die das Ziel einer ganzheitlichen Versorgung und Abstimmung der Leistung der Pflegeversicherung mit sonstigen Sozialleistungen verfolgte. Damit waren wesentliche Elemente der Aufgabenstellung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten bereits landesrechtlich angelegt. Sehr konkret regelte der landesweite Rahmenplan für die pflegerische Versorgung in Hessen die Ausgestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur, die dem Ziel Rechnung zu tragen hatte, Pflegebedürftigen dabei zu helfen, die größtmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung zu erhalten oder wiederzugewinnen. Eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten wurde gefordert und festgestellt, dass für die Koordinierung der Hilfen, Dienste und Einrichtungen trägerübergreifende Beratungs- und Vermittlungsstellen besonders geeignet seien. Die Vorschriften können als normative Grundlage für den geplanten Ausbau eines landesweiten Angebotes von Beratungs- und Vermittlungsstellen auf kommunaler Ebene angesehen werden. Allerdings wurden diese Zielsetzungen durch den Rückzug des Landes im Jahr 1999 aus der Förderung von Beratungs- und Koordinierungsstellen abgebrochen. Bei Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes hat sich indessen zunächst der Landespflegeausschuss mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten beschäftigt und eine Empfehlung verabschiedet, in der die im Landespflegeausschuss vertretenen unterschiedlichen Auffassungen zur Notwendigkeit der Einrichtung von Pflegestützpunkten dargestellt wurden. Auch in Hessen gibt es nicht nur Verfechter der Pflegestützpunkte-Idee. Die Grundaussagen in der Empfehlung sehen ein zweistufiges Konzept vor, nach dem zunächst in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt ein Pflegestützpunkt an einer kommunalen Stelle eingerichtet werden soll, wobei bestehende Beratungsangebote einzubinden seien. Der weitere Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten hin zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten sollte entsprechend dem Bedarf von Kostenträgern gesteuert und von einer Arbeitsgruppe Pflegestützpunkte des Landespflegeausschusses begleitet werden. Durch eine begleitende Evaluation werden entsprechende Erkenntnisse über die Bedarfsentwicklung und über eine sachgerechte Personalausstattung erarbeitet. Das hessische Sozialministerium hat die Empfehlung des Landespflegeausschusses mit Erlass der allgemeinen Verfügung vom Dezember 2008 umgesetzt. In den Pflegestützpunkten sollen unter einem Dach von der Beratung über die Betreuung bis hin zur Vernetzung alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen gebündelt werden. In ihnen sollen Ratsuchende individuelle und umfassende Hilfen finden, so die Zielsetzung des hessischen Sozialministeriums, die mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten kommuniziert wurde. In einem Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte vom Mai 2009 heißt es, dass Pflegestützpunkte von der Pflege- und Krankenkassen eingerichtet werden und dabei auf vorhandene Strukturen zurückgreifen. Träger sind neben den Pflege- und Krankenkassen auch die örtlichen Träger der Sozialhilfe. Das Land beteiligt sich nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte, vielmehr haben die Kommunen und die Pflegekassen die Kosten für den Betrieb zu tragen. Dabei sollen die Kosten für die Mitarbeitenden im Pflegestützpunkt jeweils von den entsendenden Organisationen übernommen werden. Von den Angeboten und der Arbeit der Pflegestützpunkte bleibt nach dem Wortlaut des Rahmenvertrages das Angebot der Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI unberührt. Die Aufteilung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Pflegeberatung und anderen Beratungsobliegenheiten bleibt in Hessen etwas unscharf.

Tabelle 4: Aufgabenverteilung Pflegestützpunkte – Pflegeberatung in Hessen

	Pflegestützpunkte	Pflegekassen	Sozialhilfeträger
Aufgaben	Erhebung, Vernetzung Förderung der Koordination, Information, Auskunft und Beratung einschl. der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen	Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	Beratung nach § 11 SGB XII
Gemeinsame Aufgaben	Pflegeberatung fakultativ auch in den Pflegestützpunkten		

Auf eine klare und regelhafte Verortung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten wird damit in Hessen verzichtet. Der ursprünglich vorgesehene weitere Ausbau in einer zweiten Stufe wurde, anders als ursprünglich angekündigt, vom Land Hessen nicht weiter verfolgt, auf eine zweite Allgemeinverfügung²² wurde verzichtet. Der weitere Ausbau steht damit zur Disposition der Pflege- und Krankenkassen in Abstimmung mit den Kommunen auf der Grundlage regionalisierter Bedarfsermittlung.

Durch das Muster eines Stützpunktvertrages²³ soll eine möglichst einheitliche Zielorientierung und Arbeitsweise der Pflegestützpunkte sichergestellt werden einschließlich eines systematischen Qualitätsmanagements. Zwei Vollzeitstellen sind regelhaft für einen Pflegestützpunkt vorgesehen. Auch die Räumlichkeiten werden in dem Mustervertrag exemplarisch ausgewiesen. Bei der Aufgabendifferenzierung im Einzelnen bleiben einige Fragen offen, etwa die Behandlung von komplexen Fallkonstellationen und Fragestellungen innerhalb des Pflegestützpunktes oder im Rahmen der Pflegeberatung der Pflegekassen. Das Case Management „in den Pflegestützpunkten“ wird weitgehend auf die inhaltliche Unterstützung und Mitwirkung außerhalb des SGB V und XI ausgerichtet, während die Vermittlung individueller Pflegeberatung durch Mitarbeiter der Kranken- und Pflegekassen des Ratsuchenden erfolgen soll. Über dies zeigt sich, dass die von Anfang an bestehenden unterschiedlichen Vorstellungen über die Ansiedlung der Pflegeberatung und die Einrichtung von Pflegestützpunkten bis in die Details der Ausgestaltung der Pflegestützpunktverträge hinein reichen. Bis Juni 2011 sind in Hessen 17 Pflegestützpunkte von den insgesamt 26 geplanten umgesetzt. In sechs Kommunen gibt es offenbar Vorbehalte, die durch moderierende Gespräche des Landes gelöst werden sollen. Pflegestützpunkte werden auch in Hessen nicht an freie Träger oder gewerbliche Anbieter, sondern nur an kommunale Einrichtungen angegliedert.

Von Anfang an sei es, so der Experte des Landes, offenbar schwierig gewesen, den Pflegekassen deutlich zu machen, dass in vielen Landkreisen und Städten Hessens Pflegeberatung im Sinne

²² http://www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de/tl_files/werkstatt_pflegestuetzpunkte/PDF%20Dateien/Rahmenvertrag%20PSP%20Hessen.pdf, Zugriff am 26.04.2011

²³ http://www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de/tl_files/werkstatt_pflegestuetzpunkte/PDF%20Dateien/Rahmenvertrag%20PSP%20Hessen.pdf, Zugriff am 29.04.2011


eines individuellen Fallmanagements schon installiert war und sie zu den selbstverständlichen Aufgaben der Kommunen zählten (He_Ko, Z. 143-159).

In den einzelnen Pflegestützpunkten werde die Arbeit nach Ansicht aller Beteiligten immer weiter professionalisiert. Das gilt für die Öffentlichkeitsarbeit und die Erreichbarkeit der Pflegeberatung. Eine Telefonhotline der befragten Pflegekasse macht diese Tag und Nacht erreichbar. Die meisten, aber nicht alle Kassen, wie auch manche Pflegestützpunkte führen Hausbesuche durch. Insbesondere für Kassen mit einem geringen Marktanteil bzw. kleinere Kassen sei es in Hessen besonders schwierig, wohnortnahe persönliche Pflegeberatung oder zugehende Beratung sicherzustellen. In einer nachfrageorientierten Pflegeberatung verfolgen einige Pflegekassen auch die aktive Kontaktaufnahme durch den Pflegeberater, etwa bei Nachbearbeitungen von Rechnungen oder Hinweisen des MDK's oder aus Qualitätssicherungsbesuchen der Pflegedienste gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI. Einvernehmlich wird von den Experten auf Landesebene die Bedeutung der Pflegeberatung als wichtiges Angebot für die auf Pflege angewiesenen Menschen betont. Man müsste das Angebot besser bekannt machen, was auch durch landesweite Aktionen, wie etwa auf dem Hessentag 2011 geschehe.

Diskutiert wird die Frage der Unabhängigkeit der Pflegeberatung seitens der Kassen. Pflegebedürftige reagierten, so Kassenvertreter, auf die Pflegeberatung zum Teil auch abwehrend, weil sie sie als Kontrolle empfinden. Auch für die Pflegeberater ist der Aspekt der Kontrolle zum Teil schwer von Hilfgedanken zu trennen: als Kranken- und Pflegekasse sei man gehalten, die Kosten gering zu halten, während gleichzeitig die Beratung hochgehalten werden muss. Von allen Beteiligten wird die Qualifikation der Mitarbeitenden in der Pflegeberatung als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Pflegeberatung betont. Besonders wichtig sei die soziale Kompetenz, da diese den Aufbau von Vertrauen und Verlässlichkeit auf der persönlichen Ebene ermögliche. Auf landesweiten Workshops finden die Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte dann Gelegenheit, ihre Erfahrungen auszutauschen und ein gemeinsames Verständnis ihrer Aufgaben zu validieren.

Auch in Hessen ergibt sich aus den Experteninterviews keine einheitliche Vorgehensweise der Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Pflegeberatungsaufgaben. Was den weiteren Ausbau der Pflegestützpunkte und der Zusammenarbeit mit den Pflegekassen im Rahmen der Pflegeberatung anbelangt, kommt es vor allen Dingen auf die Aushandlungsprozesse auf regionaler Ebene an, die von Landesebene unterstützt werden können.

3.3.8 Mecklenburg-Vorpommern

<u>Landesprofil:</u>		Mecklenburg-Vorpommern			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			k. A.		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		In Kraft getreten am 01.10.2010		
	Landesrahmenvereinbarung		Landespflegegesetz		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		18	2	
	Bevölkerungszahl		91.733	825.600	
	Pflegeberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Steuerungsgremium		
kommunale Ebene			k. A.		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			nein		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			22		
nur im Pflegestützpunkt			11		
nur in eigenen Geschäftsstellen			6		
sowohl als auch			5		

Mecklenburg-Vorpommern konnte nicht auf eine über die gesetzlichen Zuständigkeiten der Kommunen und der Beratungsaufgaben der Pflegekassen hinausgehende Beratungsinfrastruktur
 Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
 AGP Freiburg, HWA München, TNS Infratest München (2011)

der Leistung zurückblicken. In dem Flächenland Mecklenburg-Vorpommern mit einer vergleichsweise geringeren Bevölkerungsdichte stellen sich Aufgaben der Realisierung der Pflegeberatung in ganz anderer Weise als in dicht besiedelten Regionen.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat den Aufbau von Pflegestützpunkten im Landespflegegesetz Mecklenburg-Vorpommern²⁴ geregelt und sich nicht mit einer Allgemeinverfügung²⁵ „begnügt“. Dabei wird allerdings in § 4 des Landespflegegesetzes Mecklenburg-Vorpommern der Aufgabenbereich Pflegestützpunkte lediglich verkürzt dargestellt. Insbesondere werden die verbindlich geregelten Aufgaben der Koordinierung und Vernetzung sowie die Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen nicht erwähnt. Auch zur Bereitstellung der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt nach § 7a Abs. 1 Satz 10 SGB XI wird im Gesetz nichts Ausdrückliches gesagt. Inwieweit Pflegestützpunkte auf eine bestehende Beratungsstruktur zurückgreifen und ob sie auf eine solche aufbauen können, ließ sich nicht ermitteln. Deutlich wird allerdings, dass die Pflegestützpunkte in einen Gesamtplanungsansatz des Landes Mecklenburg-Vorpommern integriert sind. Das Landespflegegesetz sieht wichtige planerische Rahmenbedingungen und Instrumente vor, die für die Umsetzung der Pflegereform insbesondere auf der Care Management-Ebene von Bedeutung sind. Hier wird allerdings die Schnittstelle zwischen Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung und Pflege vernachlässigt. Insbesondere sind keine Instrumente zu erkennen, die den Grundsatz ambulant vor stationär besonders betonen würden.

Auf der Grundlage der Allgemeinverfügung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit vom 11.08.2010 richten die Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein und haben dabei darauf hinzuwirken, dass sich die Landkreise und kreisfreien Städte an der Trägerschaft der Pflegestützpunkte beteiligen. Ein Rahmenvertrag gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI liegt offenbar noch nicht vor. Das Land beteiligt sich an der Finanzierung der Pflegestützpunkte unter Beteiligung der Landkreise und kreisfreien Städte nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel. Für das Jahr 2010 waren insgesamt 100.000 Euro, im Jahre 2011 insgesamt 570.000 Euro als Finanzausweisung für Landkreise und kreisfreie Städte vorgesehen. In der Verordnung über die Finanzausweisung an die Landkreise und kreisfreien Städte sind Personalanzahlzahlen zugrunde gelegt: Als angemessen wird danach die Bereitstellung von Personal mit durchschnittlich 30 Wochenstunden bei weniger als 80.000 Einwohnern, mit 40 Wochenstunden ab 80.000 Einwohner und ab 160.000 Einwohnern mit 80 Wochenstunden angesehen. Das Land Mecklenburg-Vorpommern sieht damit im Vergleich mit anderen Bundesländern sehr konkrete Aussagen zu Personalanzahlzahlen vor. Trotz dieser Einbettung der Pflegestützpunkte inklusive der Pflegeberatung in die Landespflegeplanung und der finanziellen Beteiligung des Landes an den Pflegestützpunkten erfolgt der Ausbau von Pflegestützpunkten in Mecklenburg-Vorpommern sehr zögerlich. Im Jahre 2011 wurde erst einer der geplanten 18 Stützpunkte eröffnet (im April 2011 in Pasewalk im Landkreis Uecker-Randow). Offenbar sind die finanziellen Hürden für die Kommunen trotz der anteiligen Landesfinanzierung hoch. Die Landkreise und die kreisfreien Städte müssten sich an den Personalkosten mit 50% beteiligen. Einige Kreistage haben bereits Beschlüsse gefasst, dass sie keine Gelder für die Pflegestützpunkte zur Verfügung stellen werden. Dies mag nach Ansicht des Kassenexperten auch damit zusammenhängen, dass eine Kreisgebietsreform bevorsteht, bei der aus 18 ursprünglichen Landkreisen 5-6 flächenmäßig sehr große entstehen

²⁴ http://mv.juris.de/mv/PflegeG_MV_rahmen.htm, Zugriff am 28.04.2011


²⁵ <http://www.recht.makrolog.de/bgbplus/navigation.nsf/web/framestart>, Zugriff am 29.04.2011

sollen. Auch die anstehende Landtagswahl im Jahre 2011 wird als Grund dafür angegeben, dass der Ausbau von Pflegestützpunkten gebremst erfolgt. Entsprechend kann von einer Praxis der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten in Mecklenburg-Vorpommern kaum gesprochen werden. Lediglich der ehemalige Modell-Pflegestützpunkt in Wismar wird gemeinsam von der AOK Nordost mit der Arbeiterwohlfahrt fortgeführt. Die bisher dort beschäftigten Mitarbeiterinnen wurden von der AOK Nordost, die insgesamt eine Motorenfunktion für den Aufbau der Pflegeberatung in Mecklenburg-Vorpommern wahrnimmt, übernommen. Die Aufgabe, Pflegeberatung für ihre jeweiligen Versicherten anzubieten, bleibt auch in Mecklenburg-Vorpommern bei der jeweiligen Pflegekasse. Aus Sicht der Kasse ist es nicht sinnvoll, die Pflegekassen als alleinige Anbieter von Pflegeberatung in die Pflicht zu nehmen, sondern sei vielmehr die Integration der Pflegeberatung in Pflegestützpunkte für geboten.

Mecklenburg-Vorpommern ist nach den vorliegenden eher spärlichen Informationen ein Bundesland, in dem der Aufbau von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung von landespolitischer Seite aber auch von Seiten einiger Kassen unterstützt wird, deren Anliegen allerdings nicht mit entsprechenden Aktivitäten und Förderbereitschaften der Landkreise und kreisfreien Städte korrespondieren. Sie hängen wohl ganz wesentlich mit der Finanzsituation der Kommunen zusammen, aber auch mit einer für den Ausbau der Pflegestützpunkte ungünstigen politischen Konstellationen, die die Implementierung in Pflegestützpunkten in den zeitlichen Zusammenhang mit einer Kreisreform rückt.

Für Mecklenburg-Vorpommern ergibt sich ein Bild, dass die Pflegeberatung bisher von jeder Pflegekasse als allein wahrzunehmende Aufgabe implementiert werden muss, da die landespolitisch beabsichtigte Implementierung von Pflegestützpunkten mit dort angesiedelter Pflegeberatung äußerst zögerlich verläuft. Gleichzeitig wird seitens der Pflegekasse, die über die meisten Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern verfügt, betont, dass auch aus ihrer Sicht die Organisation der Aufgabe der Pflegeberatung in Kooperation mit Kommunen in Pflegestützpunkten gerade in dem Flächenland Mecklenburg-Vorpommern mit seinen spezifischen Rahmenbedingungen der anzustrebende Weg sei. Anders sei die Pflegeberatung für alle Versicherten schwer zu realisieren.

3.3.9 Niedersachsen

<u>Landesprofil:</u>		Niedersachsen			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			kommunale Strukturen		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		Nein		
	Landesrahmenvereinbarung		In Kraft getreten am 28.05.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		36	23	
	Bevölkerungszahl		220.245	344.731	
	Pflegeberatung im PSP		Nach Abruf		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			k. A.		
kommunale Ebene			k. A.		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen			305 (Stand: Juni 2008)		
Evaluation abgeschlossen			nein		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 7 Kapitel 2.3.3)					
n =			30		
nur im Pflegestützpunkt			13		
nur in eigenen Geschäftsstellen			7		
sowohl als auch			10		

Auch im Land Niedersachsen konzentriert sich die Diskussion um die Implementierung der Pflegeberatung ganz wesentlich auf die Einführung von Pflegestützpunkten und die Kooperation der Pflegekassen mit ihnen.

Das Land Niedersachsen hat in seinem Landespflegegesetz²⁶ Rahmenbedingungen geschaffen für:

- die Koordination von Leistungsangeboten,
- Planungsaktivitäten der Kommunen, die künftige Entwicklungen der pflegerischen Versorgung aufnehmen sollen (Landespflegebericht),
- regionale Pflegekonferenzen als Vernetzungs- und Koordinationsgremien auf der Landkreis- und Ebene der kreisfreien Städte.

Hierauf kann die Implementierung von Pflegestützpunkten aufbauen. Mindestens je ein Pflegestützpunkt soll in jeder kommunalen Gebietskörperschaft eingerichtet werden. So sieht es die Rahmenvereinbarung vom Mai 2009 vor, in der sich die Kranken- und Pflegekassen sowie die kommunalen Spitzenverbände in Niedersachsen über die Einrichtung von Pflegestützpunkten verständigt haben. Das Land hat eine Bestimmung nach § 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI bisher nicht getroffen. In der Rahmenvereinbarung wird die Finanzierung der Pflegestützpunkte geregelt. Sie sieht die Mitfinanzierung der Pflegestützpunkte durch die Landesverbände der Kassen mit einem jährlichen Betrag von 2,124 Mio. Euro vor. Die Mittel werden auf die Kreise nach dem Schlüssel verteilt: ein Euro pro Bewohner ab 60 Jahren, mindestens jedoch 30.000 Euro je kommunale Gebietskörperschaft. Ob ein oder mehrere Pflegestützpunkte errichtet werden, bleibt Angelegenheit der Gebietskörperschaft. Innerhalb dieses Rahmens beträgt die Höchstförderung je Pflegestützpunkt 50.000 Euro. Eine dauerhafte Abstellung von Personal der Kranken- und Pflegekassen an die Pflegestützpunkte ist nicht vorgesehen, auch findet keine Anrechnung von Personalkosten statt. Die Pflegestützpunkte sollen mit den bisherigen Angebotsstrukturen, insbesondere den Seniorenservicebüros verbunden werden, die in ihrer Aufgabenstellung allerdings von den Aufgaben der Pflegestützpunkte unberührt bleiben sollen. Die in den Pflegestützpunkten beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommunen müssen über eine Qualifikation, die für Pflegeberater vorgeschrieben ist, verfügen. Pro Pflegestützpunkt ist mindestens eine Vollzeitkraft (zwei 50%-Kräfte) vorgesehen. Die Pflegeberatung der Kassen soll nicht in den Pflegestützpunkten stattfinden, vielmehr findet auf Initiative des Pflegestützpunktes die Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI durch die dann jeweils benachrichtigten Pflegekassen statt. Das ist der Regelfall. Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass Pflegeberatungen im Pflegestützpunkt selbst durchgeführt werden.

Nach Ansicht des Landes verfügte Niedersachsen schon vor Einführung der Pflegeberatung und dem Aufbau von Pflegestützpunkten über eine suffiziente Beratungsinfrastruktur. Niedersachsen sei kein „Entwicklungsland“ in Sachen Beratung gewesen. Insofern werde auch Wert darauf gelegt, dass die neuen Angebote in die bestehende Angebotsstruktur gut integriert würden oder

²⁶ <http://www.nds-voris.de/jportal/?quelle=jlink&query=PflegeG+ND+Inhaltsverzeichnis&psml=bsvorisprod.psml&max=tru>, Zugriff am 26.04.2011

umgekehrt. Als Defizit der Beratung für auf Pflege angewiesene Menschen wurde insbesondere seitens der kommunalen Spitzenverbände gesehen, dass die Transparenz und die Übersicht über die verschiedenen Beratungsstellen von freien Trägern bis zu den Kassen- und Rentenversicherungen nicht immer gegeben war. Dem Land selbst liegen bislang keine systematischen Kenntnisse darüber vor, wie die bereits eingerichteten Pflegestützpunkte implementiert werden und wie die Kassen in ihren Niederlassungen die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI umsetzen. Da keine Beschwerden von Bürgerinnen und Bürger vorliegen, werden auch keine Probleme gesehen.

23 Pflegestützpunkte waren bis zum Juni 2011 eingerichtet, in sieben weiteren Landkreisen sind Pflegestützpunkte geplant oder im Zulassungsverfahren. Die Erreichbarkeit an mindestens 30 Wochenstunden an fünf Werktagen die Woche muss in allen Pflegestützpunkten sichergestellt werden. Besondere Bedeutung wird den von den Pflegestützpunkten aus durchgeführten Hausbesuchen beigemessen, die insbesondere bei Angeboten der Wohnberatung in Anspruch genommen würden. Die Chance in der Einrichtung von Pflegestützpunkten wird seitens der kommunalen Spitzenverbände insbesondere darin gesehen, dass die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Beratungsleistungen ausgeräumt und Synergieeffekte erreicht werden können. Beratung aus einer Hand anbieten zu können, das sei ein wichtiges Ziel. Inwieweit dies im Implementationsprozess bislang gelungen sei, ob entsprechend „intelligente“ Lösungen gefunden wurden, darüber liegen bislang keine systematischen Erkenntnisse vor. Die präventive Beratung ist aus Sicht der kommunalen Spitzenverbände besonders bedeutsam. Ob eine solche jedoch auch seitens der Kassen angeboten und durchgeführt wird, sei nicht bekannt. Der Auf- und Ausbauprozess der Pflegestützpunkte sei ein langwieriger Prozess, der erst in zwei bis drei Jahren abgeschlossen sein werde.

Für Niedersachsen liegen für den Zeitpunkt Oktober 2010 Zahlen über die Anzahl und Qualifikation der in Niedersachsen eingesetzten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vor:

Tabelle 5: Pflegeberatungskräfte in Niedersachsen

	Anzahl	Qualifikation
AOK Niedersachsen	22	darunter: 16 Pflegefachkräfte 5 Sozialversicherungsfachangestellte 1 Sozialpädagogin, jeweils mit verschiedenen Weiterbildungen
Betriebskrankenkassen	o. A.	v. a. Sozialversicherungsfachangestellte, die die geforderte Weiterbildung absolvieren bzw. bereits absolviert haben
Knappschaft	5	darunter: Personen mit qualifizierter Aus- bzw. Weiterbildung in der Kranken- und Altenpflege sowie Sozialversicherungsfachangestellte mit entsprechender Zusatzqualifikation
Landeswirtschaftliche Sozialversicherung Niedersachsen-Bremen	4	ausgebildete Sozialversicherungsfachangestellte mit entsprechender Zusatzqualifikation In Einzelfällen wird die Pflegeberatung auf Dritte (spectrum K GmbH, BKK Gemeinschaftsunternehmen) übertragen.
Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen e.V.	Eingesetzt durch die Barmer GEK: 100 (bundesweit) Eingesetzt durch die DAK: mehrere Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in sieben Regionalcentern	


Quelle: Niedersächsischer Landespflegebericht 2010, Stand März 2011 (S. 297-299)

Die Resonanz auf das neue Angebot der Pflegestützpunkte ist aus Sicht des Landes noch verhalten. Allerdings steige die Nachfrage und es werde in Öffentlichkeitsarbeit investiert. Die kommunalen Spitzenverbände nehmen für sich in Anspruch, dass in den Pflegestützpunkten neutral beraten wird, und erklären die Zurückhaltung der Pflegekassen, ihre Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte einzubringen unter anderem auch damit, dass sie diesen Anspruch ihrerseits nicht unbedingt einlösen könnten. Die Kooperation zwischen Pflegestützpunkten und Pflegekassen sei von Pflegestützpunkt zu Pflegestützpunkt unterschiedlich, auch von der jeweiligen Personenkonstellation abhängig. In einigen Pflegestützpunkten würden Kassen feste Sprechzeiten anbieten. Pflegeberatung sei aber als alleinige Aufgabe der Pflegekassen vorgesehen, die Aufgabe der Pflegestützpunkte liege im Care Management.

Der Bedarf an Pflegeberatung wird trotz bestehender vielfältiger Beratungsangebote sowohl seitens des Sozialministeriums als auch des Landkreistages als hoch eingeschätzt. Eine Schlüsselrolle für ältere Menschen und für die Vermittlung von individuellem Fallmanagement käme den

Hausärzten zu, die zumeist als erste Anlaufstelle für Menschen mit akutem Pflegebedarf dienen. Die weitere Entwicklung der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte ist Thema bei den jährlichen Treffen der Stützpunkträger und Kassen unter der Beteiligung des Landes. Aus den dortigen Diskussionen sollen Schlussfolgerungen für die Qualitätssicherung, aber auch Hinweise auf weitergehende Bedarfe und Defizite gezogen werden.

3.3.10 Nordrhein-Westfalen

<u>Landesprofil:</u>		Nordrhein-Westfalen (NRW)			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			Demenz-Service-Zentren		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		In Kraft getreten am 28.04.2009		
	Landesrahmenvereinbarung		In Kraft getreten am 01.05.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		159	79	
	Bevölkerungszahl		112.536	226.496	
	Pflegeberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Landeszentrum für Pflegeberatung		
kommunale Ebene			k. a.		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			nein (in Arbeit)		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			45		
nur im Pflegestützpunkt			13		
nur in eigenen Geschäftsstellen			13		
sowohl als auch			19		

Das Land Nordrhein-Westfalen sah bereits vor Einführung der Pflegeberatung und der Möglichkeit der Errichtung von Pflegestützpunkten im Landespflegegesetz²⁷ die Beratung Pflegebedürftiger, von Pflegebedürftigkeit Bedrohter und ihrer Angehörigen durch trägerunabhängige Beratungsstellen vor. Für die neue Aufgabe der Pflegeberatung besonders interessant ist die bereits in § 4 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen festgehaltene Zielrichtung, auf die Entwicklung von Fallmanagement (Case Management) hinzuwirken. Der Aufbau von Care Management-Strukturen wurde durch Pflegekonferenzen und durch Kooperations- und Vernetzungsanliegen im Landespflegegesetz verfolgt. So traf das Pflegeweiterentwicklungsgesetz in Nordrhein-Westfalen auf eine auf das Case Management vorbereitete und auf eine entsprechende Arbeitsweise ausgerichtete Beratungsinfrastruktur. In der Allgemeinverfügung²⁸ zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen vom April 2009 wird bestimmt, dass die Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten nach Maßgabe einer Rahmenvereinbarung zur Errichtung von Pflegestützpunkten einrichten. Dabei soll auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückgegriffen werden. Pflegestützpunkte können nur als gemeinsame Pflegestützpunkte von Kassen und Kommunen in den Kreisen und kreisfreien Städten errichtet werden. Eine Verpflichtung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten besteht allerdings nicht. In der bereits in der Allgemeinverfügung zitierten Rahmenvereinbarung wird die Zielsetzung festgelegt, dass Pflegestützpunkte in räumlich-organisatorischer Anbindung an das bestehende Angebot der Kassen oder der Kommune errichtet werden sollen. Es können aber auch Dritte beauftragt werden, wobei dann in besonderer Weise eine unabhängige und wettbewerbsneutrale Beratung sicher zu stellen ist. Besonders akzentuiert wird festgehalten, dass die Beratung gemäß § 7a SGB XI soweit wie möglich integraler Bestandteil der Arbeit von Pflegestützpunkten sein soll, Fallkonferenzen im Einzelfall durchgeführt werden sollen und die Beratung zur stärkeren Klientenorientierung grundsätzlich am Prinzip der zugehenden Beratung auszurichten ist. Damit hat die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen ein besonderes Profil. Bedarfsanhaltszahlen enthält der Rahmenvertrag nicht. Jedoch wird im Rahmenvertrag angegeben, dass während der zweijährigen Start- und Erprobungsphase, grundsätzlich drei Pflegestützpunkte je Kreis bzw. kreisfreier Stadt eingerichtet werden. Dabei sollte bei einem Pflegestützpunkt die Anbindung an die Kommunen und bei zwei Pflegestützpunkten die Anbindung an die Pflege- bzw. Krankenkassen erfolgen. Die Planungszahl umfasst 159 Pflegestützpunkte²⁹. Der Bedarf an Pflegestützpunkten sollte mit Ablauf des Jahres 2009 in einer Zwischenbilanz ermittelt werden. Die Ausstattung mit Personal wird in den Pflegestützpunkten auf zwei Vollzeitstellen beziffert.

²⁷

https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=8&ugl_nr=820&bes_id=3867&menu=1&sg=0&aufgehoben=NS&keyword=Landespflegegesetz#det0, Zugriff am 29.04.2011

²⁸ <http://service.kreis-re.de/dok/Formulare/57/Allgemeinverfuegung.pdf>, Zugriff am 28.04.2011

²⁹ Folgende Pflegestützpunkte wurden mit Stand 1.4.2011 recherchiert: Aachen (3), Ahlen, Altenhunden, Bad Salzuflen, Beckum, Bielefeld (+ 2 Nebenstellen), Blomberg, Bottrop, Brüggen/Nettetal, Brilon (Nebenstelle), Bünde, Detmold (Nebenstelle), Dortmund (4), Düren (+ 1 Nebenstelle), Erkrath (Außenstelle), Essen (4), Euskirchen (2), Gelsenkirchen (2), Grefrath, Heinsberg, Herford (3), Herne (2), Herten, Hilden, Ibbenbüren, Jülich, Kamen, Kempen, Krefeld (3), Lemgo, Lippe, Lünen, Mettmann, Meschede, Moers, Mönchengladbach (2), Mülheim /Ruhr (2), Münster (2), Olpe (3), Paderborn, Rheine, Schleiden, Steinfurt (3), Stolberg, Unna (3), Viersen (2), Warendorf (3), Willich, Wuppertal (3)

Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte bauen auf einer recht entfaltetten Beratungsinfrastruktur des Landes Nordrhein-Westfalen auf kommunaler Ebene auf. Demenzservicezentren, Wohnberatungsstellen und darüber hinausgehende Beratungsansätze zu Pflege und Alter gehören zur Beratungsinfrastruktur in Nordrhein-Westfalen. Allein 100 Geschäftsstellen unterhält die AOK Rheinland-Hamburg in ihrem Zuständigkeitsbereich. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten sollte über ein Landeszentrum koordiniert werden, deren Leitungsstelle aktuell vakant ist. Bis Juni 2011 wurden 79 Pflegestützpunkte errichtet. Wo Pflegestützpunkte örtlich vorhanden sind, findet die Pflegeberatung i. d. R. auch dort statt. Die Konzeption der Pflegestützpunkte in Nordrhein-Westfalen wird nicht von allen Pflegekassen unterstützt. Die angespannte Haushaltssituation der Kommunen hat ihrerseits dazu beigetragen, dass noch nicht überall Pflegestützpunkte im Sinne einer wohnortnahen Infrastruktur vorhanden sind. Es scheint in dem einen oder anderen Fall Auseinandersetzungen über kommunal verfolgte Konzepte zu geben. Das zuständige Ministerium ist nach den vorliegenden Informationen nicht damit einverstanden, dass Kommunen von ihnen mitfinanzierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Wohlfahrtsverbänden in die Pflegestützpunkte entsenden. Auch aus Gründen nicht ausgetragener Meinungsverschiedenheiten soll es an der einen oder anderen Stelle nicht zur Errichtung von Pflegestützpunkten gekommen zu sein.

Für die Wahrnehmung der Aufgabe der Pflegeberatung wurde gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden ein ausführlicher Versorgungsplan erarbeitet. Die Verwendung verschiedener Versorgungspläne zur Planung und Durchführung wirft bei einer integrierten Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten Probleme auf. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Arbeitsweise ist für die beteiligten Kassen angesichts der regionalen Abstimmungserfordernisse auch bei EDV-Nutzung so gut wie ausgeschlossen. Die Aufstellung eines Versorgungsplans etwa gehört bei einigen Kassen bei einer häuslichen Beratung zum Standard. Der intensiven, auch auf eine fallabschließende und begleitende Beratung ausgerichteten Arbeit der Pflegekassen für ihre Versicherten steht die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten für Fremdversicherte – d.h. für nicht bei der Kasse, bei der der Pflegestützpunkt angesiedelt ist, Versicherte – gegenüber. Sie erhalten offenbar eine Pflegeberatung der „klassischen Art“. Für diese Versicherten wird i. d. R. kein Versorgungsplan erstellt. Die Pflegestützpunkte wurden als „Frontoffice“ konzipiert, indem der Kunde zu allen übergreifenden Fragen beraten werde. Dort könne er Anträge stellen. Die vorgesehenen Hausbesuche, die auch von den Pflegestützpunkten aus erfolgen sollen, erfolgen nur bei den Versicherten der Kassen, die den Pflegestützpunkt tragen. Kassen möchten offenbar nicht, dass andere Kassen oder andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegestützpunkte ihren Versicherten in der eigenen Häuslichkeit aufsuchen. Diese Praxis führt dazu, dass Versicherte von Pflegekassen, die in der Region keine Hausbesuche durchführen, einen solchen, gegebenenfalls gewünschten, nicht erhalten. Wenn im Pflegestützpunkt im Ausnahmefall ein „Versorgungsplan“ für einen Versicherten einer anderen Kasse aufgestellt werde, dann wird dieser unverzüglich an die Kasse des Versicherten weitergeleitet, die dann innerhalb von 24 Stunden einen eigenen Pflegeberater zum Kunden schicken sollen.


Was datenschutzrechtliche Fragen anbelangt, wird offenbar seitens der Datenschutzexperten in den Kassen eine Nutzung von Krankenkassendaten für die Pflegeberatung als aufgabenbezogen und von daher unproblematisch angesehen. Bei der Pflegeberatung für andere Kassen gelten andere datenschutzrechtliche Spielregeln.

Auch wenn die Pflegestützpunkte in ihrer Konzeption seitens des Kassenvertreters begrüßt werden, wird die Wahrnehmung der Aufgabe der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten seitens der Kassen offenbar überwiegend nicht für zwingend gehalten. Die Kassen, zumindest die großen, könnten diese Aufgaben auch ohne Pflegestützpunkte in guter Weise umsetzen. Pflegestützpunkte seien aber hilfreich, wenn es darum geht, nachbarschaftliche Strukturen verstärkt in die Versorgung Pflegebedürftiger mit einzubeziehen. Auch quartiersbezogene Ansätze der Versorgung Pflegebedürftiger könnten durch Pflegestützpunkte wesentlich besser unterstützt werden als durch eine Pflegeberatung, die allein bei den Kassen angesiedelt sei.

Die neue Aufgabe der Pflegeberatung, das zeigt sich gerade in Nordrhein-Westfalen, lässt sich mit guten Gründen sowohl als Aufgabe der Pflegestützpunkte mit lokalem Bezug implementieren als auch als eine allein den Pflegekassen zustehende Aufgabe - mit Profilierungschancen der Kassen in Richtung Versorgungskasse für ältere Menschen im demographischen Wandel mit positiven Imageeffekten auch gegenüber (noch) nicht Pflegebedürftigen beschreiben.

Für eine umfassende Einschätzung der Implementation der Aufgabe Pflegeberatung in Nordrhein-Westfalen fehlen die Experteninterviews mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Land. Prägnant ist die große Diskrepanz zwischen Programmatik in der Allgemeinverfügung und Rahmenvereinbarung, was die Einrichtung von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung angeht und der Umsetzung in der Fläche. So wird auch von Kassenvertretern betont, dass der in Nordrhein-Westfalen eingeschlagene Weg zur Implementierung von Pflegestützpunkten ein guter Schritt in die richtige Richtung notwendiger umfassender Beratung einer alternden Bevölkerung im unübersichtlichen Medizin- und Pflegesystem sei. Auch der Gedanke, auf Quartiersebene strukturelle Ressourcen zu vernetzen und zu nutzen, wird positiv bewertet. Als äußerst problematisch wird aber der mangelnde politische und ökonomische Handlungsspielraum sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler Ebene gesehen. Unabhängig von den „anderen“ Aufgaben der Pflegestützpunkte neben dem Angebot einer Pflegeberatung wird durch die strukturellen Implementationshindernisse das Angebot einer Pflegeberatung in Pflegestützpunkten noch lange nicht überall vorgehalten. Einzelne Kassen legen erhebliche Implementationsanstrengungen an den Tag, um die Aufgabe der Pflegeberatung qualifiziert anzubieten. Dabei folgen sie eher den Logiken ihrer jeweiligen Kasse als den landespolitischen Zielsetzungen, die auf eine integrierte Pflegeberatung in Pflegestützpunkten ausgerichtet war.

3.3.11 Rheinland-Pfalz

Landesprofil:		Rheinland-Pfalz			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			wohnnortnahe Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo)		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		In Kraft getreten am 01.07.2008		
	Landesrahmenvereinbarung		In Kraft getreten am 01.01.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		135	135	
	Bevölkerungszahl		29.724	29.724	
	Pflegeberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Arbeitsgruppe Pflegestützpunkte		
kommunale Ebene			Kooperationsgemeinschaften auf Kreisebene		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			nein, geplant		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			28		
nur im Pflegestützpunkt			20		
nur in eigenen Geschäftsstellen			2		
sowohl als auch			6		

In Rheinland-Pfalz bestand bereits vor Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eine wohnortnahe Beratungsinfrastruktur durch die sog. Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo). Sie hatten in Rheinland-Pfalz eine lange Tradition, sind inzwischen im Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung des pflegerischen Angebotsstruktur geregelt und weisen über ihre flächendeckende Existenz die Besonderheit auf, dass sie bei ambulanten Diensten oder in gemeinsamer Trägerschaft mehrerer ambulanter Dienste eingerichtet werden (können). Der Zuschlag für Beratungs- und Koordinierungsstellen, die zu 80 Prozent vom Land gefördert werden, erfolgt nach den Spielregeln des öffentlichen Vergaberechtes und alle fünf Jahre neu. Die Beratungs- und Koordinierungsstellen waren landesweit für durchschnittlich jeweils 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner vorgesehen und stellten damit nach Ansicht der Experten eine wohnortnahe Versorgung sicher. Mit der Allgemeinverfügung³⁰ vom Juli 2008 hat das Land von seinem Bestimmungsrecht Gebrauch gemacht und darauf verwiesen, dass auf die bestehende Beratungs- und Koordinierungsstellen zurückzugreifen ist und diese zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt werden sollen. An dem Bedarfsanhaltswert von 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner je Pflegestützpunkt wurde festgehalten. Durch Musterpflegestützpunktverträge³¹ und durch die Kooperationsgemeinschaft Pflegestützpunkte soll ein einheitlicher Auf- und Ausbau und die Sicherung der Qualität und Transparenz der Arbeit der Pflegestützpunkte unterstützt werden. Im Landesrahmenvertrag ist geregelt, dass die Pflege- und Krankenkassen als eine Kostenträgergruppe und das Land Rheinland-Pfalz sowie die Landkreise und kreisfreien Städte als weitere Kostenträgergruppe jeweils zur Hälfte die Kosten für den Betrieb der Pflegestützpunkte tragen. Hinsichtlich der personellen Ausstattung von 1,5 Vollzeitstellen je Pflegestützpunkt wird bestimmt, dass die Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen ihre Fachkräfte in den jeweiligen Pflegestützpunkten mit 0,25 einer Vollzeitstelle für die Beratung einbringen, die Pflege- und Krankenkassen 0,5 Prozent einer Vollzeitstelle. Eine Änderung der Trägerschaft der Beratungs- und Koordinierungsstellen durch deren Weiterentwicklung zu Pflegestützpunkten ist nicht intendiert. Auf diese Weise werden die gesetzlich an sich als Träger von Pflegestützpunkten nicht vorgesehenen Leitungserbringer zu Trägern der Pflegestützpunkte. Auch die Pflegekassen waren in der Vergangenheit im Bereich der Beratung Pflegebedürftiger aktiv, nach Ansicht des Kassenexperten aber mit der Intention, „fallabschließend“ und „kostenorientiert“ zu arbeiten. Mit der Einführung der Pflegestützpunkte und der dort angesiedelten Pflegeberatung soll nicht nur ihre Neutralität sichergestellt werden, sondern auch die wohnortnahe Präsenz. Hierdurch werde präventive Arbeit geleistet und Personen, die keinen Hausbesuch wünschen, sowie Laufpublikum erreicht. Die Nachfrage nach der Beratung steigt nach Einschätzung der befragten Experten, und dies im Zusammenhang mit einer intensivierten Öffentlichkeitsarbeit und örtlichen Bemühungen, die Pflegestützpunkte mit ihrem Angebot bekannt zu machen. Sowohl Kassenvertreter als auch Vertreter des Landes sind sich darin einig, dass die Pflegestützpunkte der richtige Weg seien, den steigenden Beratungsbedarf vor dem Hintergrund des demographischen Wandels zu beantworten. Man habe in Rheinland-Pfalz ein gutes Pflegestützpunktsystem geschaffen.

³⁰ http://www.werkstatt-pflegestuuetzpunkte.de/tl_files/werkstatt_pflegestuuetzpunkte/PDF%20Dateien/Allgemeinverfuegung%20Rheinland-Pfalz.pdf, Zugriff am 26.04.2011


³¹ <http://www.menschen-pflegen.de/files/15880148440cd5e226c93cf5584f218d/1285/Gesonderte%20Vereinbarung%2012-2008.pdf>, Zugriff am 27.04.2011

Durch die Zusammenführung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten könne nun in abgestimmter Weise den Anspruchsberechtigten ein bedarfsgerechtes Angebot gemacht und Beratung in bedarfsnotwendigen Umfang angeboten werden. Aus Sicht des Kassenexperten sind die Pflegestützpunkte allerdings sehr dezentral implementiert worden, wodurch zu wenig Geld für den einzelnen Stützpunkt verbleibe, um etwa notwendige Öffentlichkeitsarbeit, Care Management Aufgaben oder andere Netzwerkarbeiten zu übernehmen. Einigkeit besteht darin, dass in beispielhafter Weise Wohnortnähe sichergestellt sei. Als besonders gelungen wird seitens der Kassen die Aufnahme der Kassenmitarbeiter in den Pflegestützpunkt genannt, wobei die Integration von Pflegestützpunkt zu Pflegestützpunkt unterschiedlich gut gelänge. Die Kooperation wird zum Teil auch dadurch behindert, dass man aus datenschutzrechtlichen Gründen noch nicht in der Lage sei, einheitlich mit klientenbezogenen Daten zu arbeiten. Man brauche für jede Vertretung der anderen Mitarbeiter die Einwilligung der jeweiligen „Kunden“. Auf diese Weise werden zum Teil Abgrenzungen zwischen den Pflegeberatern der Pflegekassen und den Mitarbeitern der Pflegestützpunkte verstärkt. Ansonsten arbeite man an gemeinsamen Instrumenten, insbesondere an einem gemeinsamen Versorgungsplan. Auch soll es eine standardisierte EDV-Software geben. Kassenseitig werden, so zugänglich, die MDK-Gutachten der Ratsuchenden im Beratungsprozess einbezogen, was bei Fremdversicherten respektive seitens der Mitarbeiter der ehemaligen BeKo-Stellen nicht möglich sei. Von Seiten der Kasse wird auch auf Konflikte hingewiesen, die durch eine Verschränkung der Aufgaben der Pflegeberatung mit anderen Aufgaben der Kassen entstehen können: Gerade bei einer advokatorischen Rolle, etwa im Zusammenhang mit der Überprüfung einer Pflegestufenentscheidung, sei die Rollenklarheit für den Pflegeberater wichtig. In den Pflegestützpunkten in Rheinland-Pfalz wird eine klare Strukturierung der Beratung je nach Intensitätsgrad (Informations-, Beratungs- und Fallmanagement-Kunden) festgelegt. Allerdings sei es nicht immer einfach, die Ratsuchenden den entsprechenden Kategorien zuzuordnen. Komplexe Fallkonstellationen, das heißt Fallmanagement-Kunden, werden eher in den Pflegestützpunkten beraten und auch von den Kassen an sie verwiesen, wenn gleich im Einzelfall die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI auch bei den Pflegekassen selbst stattfindet. Das kooperative Zusammenwirken von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und anderen Mitarbeitenden der ehemaligen BeKo-Stellen und der Pflegefachkräfte und Sozialversicherungsfachangestellten der Pflegekassen in den Pflegestützpunkten erweise sich überwiegend als fruchtbar, wenngleich auch aufwendige Teambildungsprozesse notwendig seien. Umso wichtiger sei die landesweite Koordination einer einheitlichen Aufgabenwahrnehmung, die noch nicht abgeschlossen sei. Die Kooperationsgemeinschaft und die Pflegekonferenzen sind offenbar wichtige Orte für die Begleitung der Implementation von Pflegestützpunkten.

Land- und Kassenvertreter stehen zu dem rheinland-pfälzischen Weg. Auch kassenseitig wird durchaus zugestanden, dass eine Beratung in den Pflegestützpunkten der Beratung bei den Pflegekassen vorzuziehen sein könnte. Seitens des Landes werden vor allem datenschutzrechtliche Probleme gesehen, die einer wirksamen und bedarfsgerechten Weiterentwicklung des Pflegeberatungsangebotes in Pflegestützpunkten im Wege stünden. So sei eine zugehende Beratung und Benutzung von MDK-Gutachten bislang in Pflegestützpunkten in der Regel ausgeschlossen. Seitens der Kassen wird problematisiert, dass die Kontinuität in der Arbeit der Pflegestützpunkte durch die turnusmäßige Neuausschreibung der ehemaligen BeKo-Stellen durchbrochen werde oder werden kann. Man wünsche sich eine klare Zuständigkeit für die jeweiligen Pflegestützpunkte: entweder bei den Kassen oder den Kommunen. Für die Zukunft wird weiterhin

die Verzahnung mit den gemeinsamen Servicestellen und den Angeboten der Kinderkrankenpflege für bedeutsam erachtet. Ein weiterer Schwerpunkt soll auf die zugehenden Beratung gelegt werden: die Beratung in der eigenen Häuslichkeit wäre für viele auf Pflege angewiesene Menschen und ihre Angehörigen von besonderer Bedeutung und Qualität. Dass die Aufgaben der Pflegestützpunkte örtlich sehr unterschiedlich wahrgenommen werden, bestätigten sowohl Vertreter des Landes als auch der Kassen.

3.3.12 Saarland

Landesprofil:		Saarland			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo)		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		vom 14.08.2008		
	Landesrahmenvereinbarung		vom 01.01.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		8	8	
	Bevölkerungszahl		127.823	127.823	
	Pflegerberatung im PSP		In der Regel ja		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			k. A.		
kommunale Ebene			Kooperationsausschuss des PSP		
Zahlen über Pflegerberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			nein (in Arbeit)		
Gestaltung der Pflegerberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			25		
nur im Pflegestützpunkt			17		
nur in eigenen Geschäftsstellen			3		
sowohl als auch			5		


Das Saarland hat mit Allgemeinverfügung³² vom Juli 2008 bestimmt, dass Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Entsprechend wurde das Saarländische Pflegegesetz geändert und sind die Pflegestützpunkte in ein Gesamtkonzept der Landespflegepolitik eingebunden. Im Saarländischen Pflegegesetz wird auch die finanzielle Förderung von Pflegestützpunkten geregelt, die anteilig nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel erfolgt. In einem Rahmenvertrag gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI wurde die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte zwischen den Verbänden der Pflege- und Krankenkassen und dem Landkreistag sowie dem Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport geschlossen. Danach soll ein wohnortnahes Netz von Pflegestützpunkten eingerichtet werden, in denen die Beratungs- und Vernetzungsaufgaben der Sozialleistungsträger nach dem SGB V, XI und XII zusammengeführt werden. Der Rahmenvertrag enthält auch Aussagen zur personellen Ausstattung: bezogen auf 100.000 Einwohner sollen mindestens 3 Vollzeitberatungskräfte vorbehalten werden. Zudem ist eine Drittelfinanzierung der notwendigen Betriebskosten (Personal-, Grund- und Sachkosten) der Pflegestützpunkte zwischen Pflegekassen, Kommunen und Land vereinbart worden. Die bisherige Beratungsstruktur der Beratungs- und Koordinierungsstellen soll in die Pflegestützpunkte integriert werden. Durch eine Evaluation gilt es zu klären, inwieweit die Beratungsaufgaben nach § 7a SGB XI in die Pflegestützpunkte integriert werden können.

Bis zum Juni 2011 sind insgesamt acht Pflegestützpunkte errichtet worden. Sie stellen nach Ansicht der Experten eine wohnortnahe Beratungsstruktur sicher und dies auch dadurch, dass insbesondere im ländlichen Bereich Sprechstunden und Beratungszeiten in den einzelnen Rathäusern der Ortschaften angeboten werden. Im ländlichen Bereich spielt nach Ansicht der Experten auf Landesebene auch die Beratung in der eigenen Häuslichkeit eine große Rolle. Die einheitliche Beratung in den Pflegestützpunkten wird durch eine gemeinsam genutzte Software unterstützt und befördert. Die überwiegende Anzahl der Pflegekassen präferiert offenbar die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten gegenüber der Pflegeberatung in eigenen Geschäftsstellen. Obwohl im Rahmenvertrag die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten lediglich als zusätzliche Option vorgesehen ist. Entsprechend stößt die Konzeption der Pflegestützpunkte im Saarland aus Sicht der befragten Experten auf eine recht breite Akzeptanz. Das gilt auch gerade für die Haltung des Landes, die vor Einrichtung der Pflegestützpunkte von einer gewissen Skepsis geprägt war, ob man den richtigen Weg beschritten habe. Die Neutralität der Beratung, mehr Beratungskräfte in den Pflegestützpunkten, sowie eine Drittelparität für das Budget seien die Vorteile, die sich im Vergleich zu den vormals bestehenden Beratungs- und Kooperationsstellen ergeben. Von Vorteil sei es darüber hinaus, dass aufgrund der dezentralen Beratung die bestehenden Unterstützungsangebote besser genutzt werden können. Hier bestehe aber auch noch Potenzial für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte. Vor allem müssten die Vereine, das freiwillige Engagement und andere Beratungsstellen in Zukunft noch besser in die Beratungstätigkeit der Pflegestützpunkte eingebunden werden. Weiterhin bestehende Doppelstrukturen im Beratungsangebot gelte es abzubauen, auch sollte vermehrt träger- und institutionsübergreifend beraten werden, so die Einschätzung der Experten auf Landesebene. Besonders bewährt habe sich die Bemessungsgröße der Pflegestützpunkte bei etwa 100.000 Einwohnern. Sie ermögliche eine

³² http://www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de/tl_files/werkstatt_pflegestuetzpunkte/PDF%20Dateien/Allgemeinverfuegung%20Saarland.pdf, Zugriff am 29.04.2011

ausreichend große Betriebsgröße der Pflegestützpunkte, multidisziplinäre Teams und die Leistungsfähigkeit für die Aufgabe der Pflegeberatung, aber auch der Care Management-Funktion. Besonders hervorzuheben ist im Saarland, dass sich die drei Beteiligten Land, Kassen und Kommunen offenbar unproblematisch auf eine paritätische Finanzierung einigen können. Alle drei Partner haben große Vorteile in den Pflegestützpunkten und Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten erkannt und halten einheitlich an dem eingeschlagenen Weg fest.

3.3.13 Sachsen

<u>Landesprofil:</u>		Freistaat Sachsen			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			k. A.		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		Nein		
	Landesrahmenvereinbarung		Nein (aber: „Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur im Freistaat Sachsen auf der Grundlage des § 15 SGB I in Verbindung mit § 8 Abs. 2 SGB XI“ vom 12.06.2009)		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		0	1 (Modellstützpunkt)	
	Bevölkerungszahl		-	-	
	Pflegerberatung im PSP		-		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Landesarbeitsgemeinschaft Vernetzte Pflegerberatung		
kommunale Ebene			örtliche Pflegenetzkonferenzen		
Zahlen über Pflegerberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			Ja		
Gestaltung der Pflegerberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			25		
nur im Pflegestützpunkt			14 (nicht plausibel)		

nur in eigenen Geschäftsstellen	8
sowohl als auch	3

Sachsen gehört mit dem Land Sachsen-Anhalt zu den zwei Ländern, die bisher keine Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten getroffen haben.³³ Der Freistaat Sachsen verfügt weiterhin anders als die anderen Bundesländer über kein eigenes Landespflegegesetz. Insofern werden die Ziele einer koordinierten und bedarfsgerechten Versorgung und Infrastrukturentwicklung für Menschen mit Pflegebedarf ohne landesrechtliche Rahmung und ohne Pflegestützpunkte verfolgt. Im Zusammenhang mit der Einführung des Anspruchs auf Pflegeberatung und den mit den Pflegestützpunkten verfolgten Zielsetzungen des Bundesgesetzgebers hat der Freistaat Sachsen das Projekt „Vernetzte Pflegeberatung“ durchgeführt und verzichtet auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten, um verwaltungs- und kostenintensive Doppelstrukturen zu vermeiden, die keinen Mehrwert für die Betroffenen bedeuten würden. Dass auch bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen ist, wurde vom Land wohl offenbar nicht in der Weise interpretiert, dass die erheblichen infrastrukturellen und demographischen Unterschiede im Freistaat Sachsen sowie die örtlichen Beratungsinfrastrukturen in zielführender Weise bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten hätten berücksichtigt werden können.

Zur Durchführung des Projekts „Vernetzte Pflegeberatung“ wurde eine Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger unter Beteiligung des Freistaates Sachsen abgeschlossen. Sie trat im Juni 2009 in Kraft. Mit ihr wird das Ziel verfolgt, die gemeinsame Sicherstellung einer vernetzten Pflegeberatung im Freistaat Sachsen zu befördern, die den Betroffenen helfen soll, eine direkte, schnelle, umfassende und trägerübergreifende Unterstützung in pflegefachlichen Fragen in Anspruch nehmen zu können. Die Kooperationsvereinbarung sieht vor, dass eine Erstberatung je nach Kontaktaufnahme über die Servicetelefone der Kranken- und Pflegekassen, über die Beratungsstellen der Sozialämter, auf dem Schriftweg und über das Internet erfolgt. In der Erstberatung soll Auskunft darüber gegeben werden, welche erforderlichen Sozialleistungen, gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen und rehabilitativen oder sonstigen medizinischen oder pflegerischen und sozialen Hilfen in Betracht kommen. Insofern lehnt sich die Kooperationsvereinbarung am Wortlaut des § 92c Abs. 2 Nr. 2 SGB XI an. Die individuelle Pflegeberatung soll dann gewährt werden, wenn eine individuelle Berücksichtigung der Lebensumstände des Versicherten zu erfolgen hat und zur Absicherung der Versorgungssituation weitere Unterstützungsmaßnahmen durch einen Versorgungsplan nach § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI erfasst werden. Dieses dann erforderliche individuelle Fallmanagement haben dann die Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen zu übernehmen, die im Bedarfsfall auf eine individuelle Versorgungskonferenz zurückgreifen können.


³³ Niedersachsen hat zwar keine Bestimmung getroffen, jedoch in einem Rahmenvertrag die Einrichtung von Pflegestützpunkten geregelt.

In Sachsen werden die Zielsetzungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes, die mit der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten verfolgt werden, aufgenommen. Die Ziele werden aber nicht durch die Einrichtung von Pflegestützpunkten, sondern durch den Aufbau des „Pflegenetz“ verfolgt. Das Pflegenetz erreicht nach Angaben der Landesregierung aktuell etwa 93% der Fläche und knapp 80% der Einwohnerzahl. Lediglich Dresden, Leipzig und der Landkreis Zwickau haben sich (bislang) dem Pflegenetz nicht angeschlossen. Pflegeberatung wird ausschließlich von den Pflegekassen durchgeführt. Dabei findet der weit überwiegende Teil der Beratung zu Hause bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen statt. In dem sächsischen Konzept der vernetzten Pflegeberatung werden bisher bestehende Schnittstellenprobleme zwischen Kostenträgern, zwischen Krankenhausbehandlung, ambulanter und Pflegeheimversorgung, zwischen Rehabilitation und Pflege aufgegriffen und, wie etwa der Erfahrungsbericht der vernetzten Pflegeberatung zeigt, regional mit großem Engagement verfolgt (vgl. Landesverbände der Pflegekassen in Sachsen et al. 2010. S. 38-39). Der Freistaat Sachsen befindet sich insofern in einer Art besonderen Wettbewerbssituation, als er bewusst auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten verzichtet und das Konzept der vernetzten Pflegeberatung als Alternative profiliert. Nach Ansicht des Vertreters der kommunalen Spitzenverbände hätte es eines § 7a SGB XI nicht bedurft, da die Ansprüche auf Pflegeberatung sich schon durch eine entsprechende Ausführung der Beratung nach § 7 SGB XI hätten um- und durchsetzen lassen. Gleichwohl sind im Freistaat Sachsen intensive Bemühungen auf der Ebene des Care Managements, der Entwicklung einer vernetzten, auf einander bezogenen und mit einander kooperierenden Beratungs- und Versorgungsinfrastruktur zu verzeichnen. Die Aufgabe der Pflegeberatung liegt allein in den Händen der Pflegekassen. Dabei sind die Pflegekassen sehr unterschiedlich vertreten: am stärksten die AOK Plus, regional die Knappschaft, unterschiedlich kleinere Kassen, aber auch die Ersatzkassen. Die besondere Situation des Flächenlandes Sachsen mit sehr unterschiedlichen demographischen Strukturen und Entwicklungen wird von einigen Kassen sehr konsequent berücksichtigt. Das gilt etwa für die Knappschaft, die ihre Mitarbeiter mit mobilen Telefonen ausstattet, die sie zu den üblichen Geschäftszeiten und auch bei Reisetätigkeiten im Land stets erreichbar machen. Die Pflegeberaterinnen und -berater der Knappschaft sind angehalten, sich in allen Regionen ein Bild über die örtliche Situation zu machen und dies mit Hilfe des Konzeptes der vernetzten Pflegeberatung. Andere Kassen, sehen sich anders als in anderen Bundesländern, im Freistaat Sachsen dazu veranlasst, eigenes Beratungspersonal für die Aufgabe der Pflegeberatung zu stellen, da sie nicht auf Pflegestützpunkte zurückgreifen können. Andere Kassen interpretieren ihre Aufgaben in der Pflegeberatung eigenständig, etwa im Zusammenhang mit leistungsrechtlichen Anlässen für eine Kontaktaufnahme zu den Pflegeversicherten. Das Konzept der vernetzten Pflegeberatung setzt auf eine eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegekassen.

Beispiel gebend sind in Sachsen die wechselseitigen Schulungen zwischen Sozialhilfeträgern und Pflegekassen, die intensiven Vernetzungsbemühungen und ein besonderes Engagement der beteiligten Akteure. So wird das Pflegenetz von den befragten Experten für leistungsfähig gehalten: für die örtliche Vernetzung, die Erschließung von vorhandenen Hilfsangeboten und deren passgenaue Vermittlung. Das Netzwerk identifiziert wichtige Themen auf der Care-Ebene wie etwa das Schnittstellenmanagement und speziell die Krankenhausentlassung; Themen, die mit hoher Priorität in Sachsen weiterbearbeitet werden. Ein entwickeltes Case Management ist im Pflegenetzwerk nach Einschätzung des Vertreters aus dem Landkreistag noch nicht flächendeckend vorzufinden, auch wenn die Pflegekassen die Qualifikation ihrer Beratungskräfte abge-

geschlossen hätten. Auch aus der Evaluation des Projektes „Vernetzte Pflegeberatung“ können keine Schlüsse darauf gezogen werden, wie der Anspruch auf Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements in der Fläche realisiert wird.

3.3.14 Sachsen-Anhalt


Landesprofil:		Sachsen-Anhalt		
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)		k. A.		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung	Nein		
	Landesrahmenvereinbarung	Nein (Dafür: Rahmenvereinbarung vernetzte Pflegeberatung vom 06.09.2010)		
		Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl	0	1 (Modellpflege stützpunkt)	
	Bevölkerungszahl	-	-	
	Pflegeberatung im PSP	-		
Koordinierungsgremien:				
Landesebene		Lenkungsgrremium		
kommunale Ebene		örtliche Arbeitskreise (Kommune/Kasse)		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen		180		
Evaluation abgeschlossen		Nein (Aber: Bericht über modellhafte Erprobung der vernetzten Pflegeberatung)		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)				
n =		26		
nur im Pflegestützpunkt		14 (nicht plausibel, s. Anm. 11)		
nur in eigenen Geschäftsstellen		9		

sowohl als auch	3

Das Land Sachsen-Anhalt hat nach anfänglichen Diskussionen über Pflegestützpunkte im Land auf eine Allgemeinverfügung zugunsten des Konzeptes der „Vernetzten Pflegeberatung“ verzichtet. Es will, um die im Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz niedergelegten Ziele auf die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche Versorgungsstruktur zu erreichen, den Weg der vernetzten Pflegeberatung gehen. Durch eine stärkere Vernetzung und Optimierung der Zusammenarbeit der bestehenden Beratungsangebote von Kommunen und Pflegekassen soll eine unabhängige und kundenfreundliche Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an zahlreichen wohnortnahen Standorten angeboten werden. Zunächst wurde in zwei Regionen, der Landeshauptstadt Magdeburg und im Landkreis Harz, in 44 Beratungsstellen der Pflegekassen und Kommunen Ratsuchenden eine qualifizierte Beratung rund um das Thema Pflege angeboten. Nach Abschluss der modellhaften Erprobung der vernetzten Pflegeberatung haben sich die kommunalen Spitzenverbände, die Kranken- und Pflegekassen sowie das Ministerium auf eine Rahmenvereinbarung vernetzter Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt verständigt. Danach sollen die Vernetzungs- und Koordinationsaufgaben unabhängig von Pflegestützpunkten und unter Nutzung der vorhandenen Beratungsinfrastrukturen aufgebaut werden. Die Aufgaben der Pflegeberatung werden in der Rahmenvereinbarung und in anderen Beratungsaufgaben abgegrenzt. So sollen zur Pflegeberatung insbesondere die Beratungen und Informationen zu leistungsrechtlichen Fragen, zum Antragsverfahren, zu ambulanten Leistungserbringern vor Ort, zu Qualitätssicherung und zu komplementären Diensten gehören. Im Rahmen der sog. „individuellen Pflegeberatung“ zählen insbesondere pflegefachliche Fragen, Fragen zum Begutachtungsverfahren, sowie die Erstellung und Durchführung eines individuellen Versorgungsplans, in dem auch Fragen der Wohnsituation, der Einbeziehung von ehrenamtlichen Diensten und die Beratung zu psychosozialen Fragestellungen wie Überlastungssituation, persönlichen Konflikten, Sinnfragen etc. ihren Platz finden. Durch gemeinsame Fallkonferenzen soll eine integrierte Fallbearbeitung sichergestellt werden. In Kooperationsvereinbarungen für die Regionen werden die Festlegungen der Rahmenvereinbarung im Wesentlichen übernommen und durch Bestimmungen zur Arbeitsstruktur auf regionaler Ebene ergänzt. Die vernetzte Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt stellt sich als ein Beratungssystem dar, das sehr stark auf die Rolle der Kranken- und Pflegekassen zugeschnitten ist. Ausgesprochen gering fallen die Beratungsanteile der Kommunen sowie die Quote der den Beratungssystemen von den Kommunen zugeführten Beratungsfälle aus der Sicht der Evaluation der vernetzten Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt aus. Sachsen-Anhalt traf in der Regelung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zur Pflegeberatung nicht auf eine bereits entfaltete Beratungsinfrastruktur und auf eine Case Management-basierte Beratungspraxis. Sie musste im Wesentlichen neu aufgebaut werden. Die bestehenden Beratungsstellen wurden mit einem erweiterten Aufgabenprofil bedacht. Nach Angaben der Vertreter des Landes und der Kassen sind derzeit etwa 180 Pflegeberatungsstellen in Sachsen-Anhalt aktiv. Dazu gehören sowohl die Servicestellen der Kranken- und Pflegekassen als auch die der Kommunen. Für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurden die vorhandenen Beratungsstellen vernetzt. Die Implementation des Konzeptes der vernetzten Pflegeberatung wird auf Landesebene in einem Lenkungsgremium gesteuert und regional in Arbeitskreisen. Eine gemeinsame

Internetplattform unterstützt die Öffentlichkeitsarbeit und macht Informationen über die örtlich zuständigen Beratungsstellen zugänglich. Fragen der Erreichbarkeit werden von jeder Beratungsstelle selbst entschieden. Der Vorteil der vernetzten Pflegeberatung wird seitens der Vertreterin des Landes insbesondere darin gesehen, dass mehr Servicestellen mit Pflegeberater gemäß § 7a SGB XI vorhanden seien, als wenn Pflegestützpunkte eingerichtet worden wären. Auf diese Weise werde eine wohnortnahe Beratung möglich. Die Wohnortnähe ist in unterschiedlichem Maße gewährleistet, weniger ist dies in den dünn besiedelten Flächenlandkreisen der Fall. Besonders positiv wird der Effekt gewertet, dass durch das Netzwerk Pflegeberatung persönliche Beziehungen zwischen den beteiligten Pflegeberatern der Kassen und den Vertretern der Sozialämter aufgebaut wurden. Die „örtlichen Servicestellen“ in der vernetzten Pflegeberatung, ob nun bei den Kassen oder den Kommunen angesiedelt, übernehmen eine Art Erstberatung und vermitteln einen Bedarf an Pflegeberatung an die entsprechende Kasse weiter. Eine Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements ist den jeweiligen Pflegekassen vorbehalten. Das Aufgabenkonzept weist ihnen auch typischerweise bei den Kommunen liegenden Aufgaben zu, wie Beratung zu komplementären Diensten etc.. Über die Arbeitsweise der Pflegeberater in einer Region werden in den genannten Arbeitskreisen Absprachen getroffen. Einheitliche Tools finden keine Verwendung. Hier arbeitet jede Servicestelle und jede Pflegekasse mit den eigenen Vorgaben und unter Nutzung eigener Instrumente und EDV Systeme. Aus Sicht des Kassenvertreters wird die örtliche Vernetzung im Rahmen der vernetzten Pflegeberatung sehr geschätzt. Sie arbeiten nach ihren jeweiligen Standards und Vorgehensweisen. Sollten hier große Unterschiede in der Beratung der Versicherten bestehen, wäre es Aufgabe des Lenkungsgremiums, diese zu besprechen und zu lösen. In diesem Zusammenhang wird kassenseitig die Einrichtung einer Beschwerdestelle gewünscht, damit von den Beratenden konkret erfahren werden kann, wo und in wieweit noch Verbesserungspotenzial besteht. Ähnlich wie Sachsen befürchten die Akteure in Sachsen-Anhalt, dass durch die Errichtung von Pflegestützpunkten bestehende Beratungsstrukturen nicht hinreichend gewürdigt und in die neuen Aufgaben der Pflegeberatung und einer vernetzten Aufgabenwahrnehmung der Beratung insgesamt eingebunden werden könnten. Nach den Erfahrungen anderer Bundesländer ist diese Befürchtung nicht unbegründet, wenn es dort jeweils nur gelingt auf Kreisebene bzw. auf Ebene der kreisfreien Städte Pflegestützpunkte zu errichten. Den Versicherten stehen in Sachsen-Anhalt eine Vielzahl von örtlichen Service- und Beratungsstellen der Kassen und Kommunen zur Verfügung, in denen sie eine erste Information erhalten können. Diese arbeiten regional eng zusammen. Für die Aufgabe der Pflegeberatung werden die Ratsuchenden an ihre eigene Versicherung vermittelt. Durch eine einheitliche Öffentlichkeitsarbeit und Informationspolitik werden den Anspruchsberechtigten die ihnen zur Verfügung stehenden Service- und Beratungsstellen in der vernetzten Pflegeberatung bekannt gemacht.

3.3.15 Schleswig-Holstein

<u>Landesprofil:</u>		Schleswig-Holstein			
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)			Trägerunabhängige Beratungsstellen (TUB)		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung		In Kraft getreten am 01.10.2008		
	Landesrahmenvereinbarung		In Kraft getreten am 01.07.2009		
			Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl		15	11	
	Bevölkerungszahl		188.802	257.457	
	Pflegerberatung im PSP		Nach Abruf		
Koordinierungsgremien:					
Landesebene			Koordinationsgremium (bez. Stelle einer Koordinationsbeauftragten)		
kommunale Ebene			k. A.		
Zahlen über Pflegerberatungsstellen			liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen			nein		
Gestaltung der Pflegerberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)					
n =			23		
nur im Pflegestützpunkt			12		
nur in eigenen Geschäftsstellen			5		
sowohl als auch			6		

Das Landespflegegesetz Schleswig-Holstein³⁴ verpflichtet die Kreise und kreisfreien Städte in eigener Verantwortung, eine den örtlichen Bedürfnissen und den landesrechtlich vorgegebenen Zielen entsprechende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen. Auf dieser Basis sollen entsprechende Bedarfspläne erstellt werden. Damit werden, ähnlich wie in Rheinland-Pfalz, Verpflichtungen für eine kommunale Alten- und Pflegeplanung aufgestellt. Schleswig-Holstein hat im Rahmen seiner Pflegequalitätsoffensive aus dem Jahre 2002 in den Aufbau von Case Management basierten Beratungsstellen investiert, von denen acht eingerichtet wurden. Die hätten zu einem deutlichen Rückgang oder zur Vermeidung der Sozialhilfeaufwendung beigetragen. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz stößt in Schleswig-Holstein damit sowohl in punkto Planung, Koordination und Vernetzung als auch im Aufgabenfeld Beratung auf differenzierte rechtliche Rahmenbedingungen und eine vergleichsweise entfaltete Infrastruktur. Im Oktober 2008 wurde die Allgemeinverfügung³⁵ zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erlassen. Es wird angestrebt, in Schleswig-Holstein ein flächendeckendes Netz mit je einem Pflegestützpunkt in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt aufzubauen. Es bleibt die eigenständige Entscheidung der kommunalen Gebietskörperschaften, ob sie sich an der Errichtung eines Pflegestützpunktes beteiligen oder nicht. Sie sollen auf die acht bestehenden, trägerunabhängigen Beratungsstellen (TUBs) und vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückgreifen. Im Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte Schleswig-Holstein vom Juni 2009 wird festgehalten, dass die Errichtung eines bürgerorientierten Pflegestützpunktes in allen Kreisen und kreisfreien Städten zur Gewährleistung einer wohnortnahen Beratung als Ziel verfolgt werde. Dabei heißt es bereits in der Vereinbarung, dass die Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI von der Errichtung der Pflegestützpunkte unberührt bleibe, die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen aber die Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte zu integrieren hätten. Konkret ist vorgesehen, dass den Pflegeberatern der Kassen, nach Absprache und anlassorientiert, Räumlichkeiten im Pflegestützpunkt zur individuellen Beratung der Versicherten zur Verfügung stehen sollen. Die Pflegestützpunkte, die jeweils mit zwei Vollzeitstellen ausgestattet sein sollen, werden, so sieht es der Landesrahmenvertrag vor, zu je einem Drittel von dem jeweiligen Kreis und der kreisfreien Stadt, den Pflege- und Krankenkassen sowie dem Land Schleswig-Holstein finanziert.

³⁴ <http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/?quelle=jlink&query=SbStG+SH+Inhaltsverzeichnis&psml=bsshoprod.psm1&max=true>, Zugriff am 27.04.2011.

³⁵ http://www.werkstatt-pflegestuempunkte.de/tl_files/werkstatt_pflegestuempunkte/PDF%20Dateien/Allgemeinverfuegung%20Schleswig%20Holstein.pdf, Zugriff am 26.04.2011

Die Verteilung der Aufgaben zwischen Pflegestützpunkten und Pflegeberatung wird bereits in der Rahmenvereinbarung, wie in nachfolgender Übersicht dargestellt, vorgenommen.

Tabelle 6: Aufgabenverteilung Pflegestützpunkte – Pflegeberatung in Schleswig-Holstein

	Pflegestützpunkt	Pflegeberatung
Aufgaben	Allgemeine und Erstberatung, Wohnraumberatung, Überleitung und Einbindung des Ehrenamts/ Selbsthilfegruppen, Care Management	Case Management (bei voraussichtlichem Anspruch auf SGB XI Leistungen)
Gemeinsame Aufgaben	Psychosoziale Betreuung, Beschwerde- und Krisenmanagement	


Dabei kann auf Wunsch des kommunalen Trägers die Verantwortlichkeit für das Case Management regional vereinbart werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Es können demnach Aufgaben des Case Managements auch auf die Pflegestützpunkte übertragen werden, was aber offenbar bislang offiziell nicht geschehen ist. Übergreifende Fallkonferenzen bei der Zusammenarbeit in Sinne eines umfassenden Case Managements sind in der Rahmenvereinbarung nicht vorgesehen.

In Schleswig-Holstein treffen die neue Leistung Pflegeberatung und die einzurichtenden Pflegestützpunkte auf eine bereits Case Management-basiert arbeitende Infrastruktur der trägerunabhängigen Beratungsstellen (TUBs). Ihr Aufgabenspektrum sei eine Kombination der heutigen Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte gewesen. Die TUBs hätten, so die Vertreterinnen des Landes, umfassend Beratungsaufgaben inklusive Hausbesuchen und Fallsteuerung bei besonders komplexen Konstellationen sichergestellt. Die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitforschung machen die Resonanz auf die TUBs deutlich: 6.000 Personen hätten die Beratungsstellen p.a. kontaktiert, 48% der Beratungsanfragen seien einmalige Kontakte gewesen, 52% hätten zu mehrmaligen Kontakten geführt, im Durchschnitt neun. 10% der Fälle seien solche eines individuellen Fallmanagements gewesen. Es wurden abgestimmte Assessmentinstrumente eingesetzt. Die Besetzung der Stellen erfolgte mit Sozialpädagogen, die eine Zusatzqualifikation in Case Management erhalten hätten. Die wissenschaftliche Begleitforschung kam zum Ergebnis, dass durch die TUBs sowohl die Pflegekassen als auch die Sozialhilfeträger viel Geld gespart hätten (vgl. Berger et al. 2006). Dieses Ergebnis wird auch seitens der Kassenvertreterin bestätigt. Mit der Einführung der Pflegeberatung wurden im Januar 2009 alle acht ehemaligen TUBs in Pflegestützpunkte umgewandelt. Inzwischen seien in 11 von 15 Landkreisen bzw. kreisfreien Städten trotz enger Haushaltslagen Pflegestützpunkte implementiert worden. Dabei bleibt die Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI komplett bei den Pflegekassen und wird bei Bedarf bzw. besonderen Wunsch der Versicherten in den Räumlichkeiten der örtlichen Pflegestützpunkte angeboten. In vier „weißen“ Kreisen, in denen noch keine Pflegestützpunkte errichtet wurden, wird auf eine geeignete andere Beratungsstruktur verwiesen, aber auch auf die Haushaltsslage, die die anteilige Finanzierung der Pflegestützpunkte durch die Gebietskörperschaft nicht möglich mache. Auf Landesebene wird der Ausbau der Pflegestützpunkte durch ein Koordinationsgremium und eine Koordinierungsbeauftragte begleitet. Auf diese Weise soll die Entwicklung eines übergreifenden EDV-Systems, eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit, Schu-

lung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung befördert werden. Das geschehe auch über den Austausch von good practice. Der Verständigungsprozess auf die Arbeitsteilung zwischen Pflegekassen und Pflegestützpunkten wird von den Beteiligten in Schleswig-Holstein als ein Kernproblem gesehen. Aus Landessicht haben die Kassen einer Integration der Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte widersprochen und dies mit dem Argument, dass sie über die Leistungen, über die im Rahmen der Pflegeberatung beraten wird, selbst entscheiden müssten. Aus der Sicht des Landes ist in der Regelung der Aufgabenverteilung kein Verstoß gegen die Integrationspflicht von Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI in Pflegestützpunkten zu sehen, da diese ja auf Wunsch und im Bedarfsfall möglich sei. Die Übertragung der Case Management-Aufgaben auf die Pflegekassen führt aus Sicht der Case Management-Mitarbeiterinnen in den TUBs offenbar zu einer Beschränkung ihres bisherigen Aufgabenbereiches und zum Abbruch ihrer bisherigen Case Management Tätigkeit im Einzelfall. Tatsächlich würden die Mitarbeiterinnen von Pflegestützpunkten weiterhin als Fallmanager tätig, da die Pflegekassen die Aufgaben des Fallmanagements vielfach noch nicht wahrnehmen könnten. Mit der Einführung des Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung haben die Kassen den Ausbau einer eigenen Pflegeberatungsinfrastruktur begonnen. Der Anspruch der wohnortnahen Versorgung werde auf unterschiedliche Weise eingelöst: durch telefonische und persönliche Erreichbarkeit, aber auch durch Hausbesuche. Was die Nachfrage und den Bedarf anbelangt, so wird von allen Experten in Schleswig-Holstein darauf hingewiesen, dass der Bedarf wachsen werde, und dass es bereits heute einen wesentlich höheren Bedarf an Case Management und Versorgungsplänen gäbe. Das individuelle Fallmanagement spiele heute noch eine untergeordnete Rolle.

Was die Arbeitsweise anbelangt, so entwickeln die neuen Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein ihre eigenen Vorgehensweisen und greifen nicht auf die bisher eingesetzten Assessmentinstrumente der TUBs zurück. Insofern arbeiten die Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein je nach Trägerschaft unterschiedlich. Das Gleiche gilt für die Pflegeberatung der Pflegekassen. Hier werde die jeweils kassenspezifische Vorgehensweise verfolgt. Für die Zukunft wird aus Landessicht ein stärkeres Zusammenwachsen der Beratungsangebote der Pflegekassen und der örtlichen Beratungsstrukturen als notwendig erachtet. Fragen der fachlichen Unterstützungsbedürftigkeit und der emotionalen Betroffenheit der Bedürftigen seien gleichrangig und integriert zu bearbeiten und wahrzunehmen. Die Entwicklung bedarfsgerechter gemeindebezogener Strukturen sei von großer Bedeutung. Aus diesem Grunde wird seitens des Landes in der Verbesserung der Wohnortnähe der Beratungsangebote ein zukünftiger Schwerpunkt gesehen. Auch spezifische Zielgruppen, auf die die Angebote der Pflegeberatung aber auch die der Pflegestützpunkte bisher nicht besonders sensitiv reagieren, sollten in den Blick genommen werden, dazu gehören von Gewalt betroffene Personen und Personen mit Migrationshintergrund und Pflegebedarf.

3.3.16 Thüringen

<u>Landesprofil:</u>		Freistaat Thüringen		
Beratungsstrukturen vor 2009 (Besonderheiten)		k. A.		
Pflegestützpunkte	Allgemeinverfügung	Bekanntgabe am 01.05.2010		
	Landesrahmenvereinbarung	k. A.		
		Planzahlen	Ist-Zahlen	
	absolute Zahl	5	1	
	Bevölkerungszahl	447.200	2.236.007	
	Pflegeberatung im PSP	In der Regel nein		
Koordinierungsgremien:				
Landesebene		k. A.		
kommunale Ebene		k. A.		
Zahlen über Pflegeberatungsstellen		liegen nicht vor		
Evaluation abgeschlossen		nein		
Gestaltung der Pflegeberatungsangebote der Pflegekassen lt. Kassenbefragung (vgl. Abb. 5 Kapitel 2.3.3)				
n =		25		
nur im Pflegestützpunkt		13		
nur in eigenen Geschäftsstellen		9		
sowohl als auch		3		

Das Land Thüringen hat von dem Bestimmungsrecht Gebrauch gemacht, Pflegestützpunkte einzurichten und im März 2010 eine Allgemeinverfügung³⁶ erlassen, nach der in vier Planungsregionen entsprechend der Landesregionen vor Ort nun mindestens ein Pflegestützpunkt eingerichtet werden soll, zusätzlich zu dem bereits bestehenden Pilotstützpunkt in Jena. Die vorhandenen Versorgungsstrukturen sollen einbezogen werden respektive die Möglichkeit haben, sich in die Pflegestützpunkte einzubringen. Mit den Pflegestützpunkten soll der Grundsatz ambulant vor stationär gefördert und eine kooperative Zusammenarbeit aller Beteiligten zum Nutzen der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gestärkt werden. Die Regie für die Errichtung der Pflegestützpunkte liegt bei den Pflege- und Krankenkassen. Die Beschränkung auf vier respektive fünf Pflegestützpunkte hat den Hintergrund, dass zunächst einmal Erfahrungen mit diesem neuen Konzept gesammelt werden sollen, bevor gegebenenfalls weitere errichtet werden. Mit dem Pilotpflegestützpunkt wurden offenbar gute Erfahrungen gemacht: Er ließ sich gut in die bereits ausgebauten kommunalen Altenhilfe- und Beratungsstrukturen einbinden. Bisher konnten nur zwei der vier geplanten Pflegestützpunkte errichtet werden, da die Kommunen die notwendigen Finanzmittel, auch wenn sie sich in einem sehr niedrigen Niveau bewegen (etwa 10.000 €), nicht aufbringen können.

Auch von Seiten des Landes wird bestätigt, dass es einen Bedarf an Pflegeberatung gibt. Diverse Petitionen und Beschwerden an das zuständige Sozialministerium vermitteln den Eindruck, dass es auch noch einen erheblichen Informationsbedarf der Bürgerinnen und Bürger über die neue Leistung der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI gibt. Die Beschwerden kommen offenbar eher von Versicherten kleinerer Kassen, die sich nicht in der Lage sehen, vor Ort ein eigenes Pflegeberatungsangebot zu unterhalten. Der Implementationsprozess für die Pflegestützpunkte erweist sich nicht nur angesichts der Haushaltsrestriktion der Kommunen als schwierig. Es scheint auch unterschiedliche politische Einschätzungen über die Notwendigkeit der Pflegestützpunkte zu geben und Konflikte bei der Frage der Ausgestaltung von Pflegestützpunktverträgen. Das Land verlangt von den Pflegekassen nicht, dass die Pflegeberater direkt im Pflegestützpunkt tätig werden. Die Gesetzeslage wird nicht so interpretiert, dass man eine Pflegeberatung durch die Pflegekassen in den Pflegestützpunkten verlangen könne. Man sei mit der Auslegung des § 7a SGB XI, die eine entsprechende Verpflichtung nicht sehe, den Kassen sehr entgegengekommen, die sich anfangs gesträubt hätten, sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. In den Pflegestützpunkten arbeiten keine Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Kassen. Die Ansprechpartner der Kassen und deren jeweiligen Kontaktdaten sind in den Pflegestützpunkten bekannt. Gerade vor dem Hintergrund der Implementationsschwierigkeiten der Pflegestützpunkte wird seitens des Landes bedauert, dass es keine klare gesetzliche Regelung im SGB XI gebe, die zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verpflichte. Durch eine solche bundesrechtliche Regelung könnte im Übrigen auch sichergestellt werden, dass in allen Ländern gleiche Bedingungen für die Pflegeberatung und eine entsprechende Infrastruktur des Care Managements geschaffen würden. Kritisch wird aus der Sicht des Landes die Ansiedlung von Pflegestützpunkten an Einrichtungen in freier Trägerschaft bewertet. Hier sei die Neutralität gegebenenfalls gefährdet. Eine landesweite Informationskampagne wird seitens des Landes ebenso für notwendig gehalten wie der mittelfristige

³⁶ http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung2/referat22/allgverf___th__r.pdf,
Zugriff am 27.04.2011

Ausbau der Pflegestützpunkte, die notwendig seien, um den zukünftigen Auswirkungen des demographischen Wandels gerecht zu werden.

3.4 Zusammenfassung: Strukturen der Pflegeberatung in 16 Bundesländern

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz traf mit seinen Regelungen zur Pflegeberatung und Pflegestützpunkten in vielen Ländern auf eine entfaltete Beratungsinfrastruktur und entsprechende Kompetenzen von mit Beratungs- und Vernetzungsaufgaben betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unterschiedlichen Beratungsstellen. Der Aufbau von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung stellt sich damit keineswegs überall als voraussetzungsloser Neuanfang auf der grünen Wiese dar. Vielmehr hatten sich zahlreiche Länder schon seit Jahren einer Case Management-orientierten Beratungs- und Vernetzungsarbeit verschrieben. Die neuen gesetzlichen Regelungen fußen ganz maßgeblich auf den Erfahrungen dieser Länder.

Die im Wesentlichen auf Landesebene erprobten Ansätze Case Management-basierter Pflegeberatung hat der Gesetzgeber mit § 7a SGB XI zu einer Aufgabe der Pflegekassen erklärt. Sie haben für ihre Versicherten in allen Bundesländern Pflegeberatung sicherzustellen und tun dies überwiegend in einer Art und Weise, die den Strukturen, Konzepten und Ressourcen der jeweiligen Kasse entspricht, wie in Kapitel 2 dargelegt. Weder im Rahmen der Dokumentenanalyse noch durch die Experteninterviews konnten systematisch Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie die Pflegekassen ihren Aufgaben der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern nachkommen: Regionalisierte Zahlen über die Geschäftsstellen der Pflegekassen, in denen Pflegeberatung angeboten wird, liegen – mit ganz wenigen Ausnahmen – nicht vor. Auch ist die Arbeitsweise der „anderen Kassen“ den in den Ländern befragten Kassenexperten häufig nicht bekannt. Das gilt auch für die Vertreter der Länder und der Kommunen: Sie kennen die Praxis der Pflegeberatung der Kassen nicht. Insofern sind die für die 16 Bundesländer beschriebenen Strukturen der Pflegeberatung in ihrer Dichte, in ihrer Aussagekraft und Breite höchst unterschiedlich. Verantwortlich ist dafür auch die sehr divergente Dokumentenlage auf Landesebene. Auch konnten nicht in allen Ländern Experten aller drei Partner: Land, Kommunen und Kassen – befragt werden. So fehlen Expertenaussagen. Das Bild in manchen Ländern bleibt unvollständig. Immerhin wird die föderale Vielfalt sichtbar und wird exemplarisch deutlich, wie einzelne Kassen ihre kassenspezifischen Strategien mit den Strukturen der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte in dem jeweiligen Bundesland verbinden. Auch kann gezeigt werden, wie Bemühungen von Land, Kommunen und Kassen zusammenwirken – oder auch nicht.

Als wesentliches Ergebnis lässt sich zunächst festhalten, dass es in keinem Bundesland Zweifel an der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit des Angebotes eines umfassenden, individuellen und Case Management-basierten Beratungsangebotes für auf Pflege angewiesenen Menschen gibt. Alle Akteure auf Landesebene – Land, Kommunen und Kassen – halten die Pflegeberatung für eine bedeutsame Aufgabe, deren Bedeutung angesichts des demographischen und sozialen Wandels noch steigen werde. Auch hat die Einführung der Pflegeberatung in allen Bundesländern zu einer Qualifizierung der bisherigen Beratungsangebote beigetragen und die Strukturen, Prozesse und Qualifikation in der Beratung auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer Angehörigen verbessert. Gleichzeitig zeigt sich eine *große Variationsbreite von theoretischen und opera-*

tiven Zugängen zu Pflegeberatung, werden erhebliche Unterschiede in den auf Landesebene verfolgten Strategien zur Implementation von Pflegeberatung sichtbar und es wird deutlich, dass sich die Strukturen der Pflegeberatung in den Ländern in sehr unterschiedlichen Entwicklungsstadien befinden.

Auch wenn der Gegenstand der Evaluation die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI ist und nicht die der Pflegestützpunkte gem. § 92 c SGB XI, bezogen sich insbesondere die Aussagen der kommunalen Spitzenverbände und der Vertreter der Länder zumeist auf den Ausbau der Pflegestützpunkte oder anderer landespolitischer Strategien, etwa einer vernetzten Pflegeberatung wie in Sachsen-Anhalt und Sachsen. Insofern rückten die Pflegestützpunkte und die Integration der Aufgaben der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten – der Datenlage geschuldet – mehr als vom Auftraggeber vorgesehen in den Focus des Berichtes über die Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländer. An der Integration der Pflegeberatung in Pflegestützpunkte entzündeten sich dann auch vielfältige Diskussionen und Auseinandersetzungen um folgende Fragestellungen zur Pflegeberatung:

- In ihrer rechtlichen Interpretation – darf überhaupt Pflegeberatung von anderen als Mitarbeitern der jeweiligen Pflegekasse durchgeführt werden? –
- In ihrer fachlich-konzeptionellen Ausgestaltung – geht es wesentlich um eine umfassende Beratung in leistungsrechtlichen Fragen oder um Fallsteuerung in lebensweltlichen Zusammenhängen des Ratsuchenden?
- In der Bedeutung des territorialen oder Quartiersbezuges für die Pflegeberatung – ist die Wohnortnähe ein zentrales Kriterium für eine bedarfsgerechte Infrastruktur der Pflegeberatung?
- In der Gestaltung des Zuganges zur Pflegeberatung für die Ratsuchenden – steht die aufsuchende Beratung im Fokus oder setzt man auf die Eigenaktivität der Betroffenen?

Insofern ist die Fokussierung der Pflegeberatung im Verhältnis zu Pflegestützpunkten in Ländern folgerichtig und auch der nicht trennbaren Anliegen der §§ 7a und 92c SGB XI geschuldet.

Der Prozess der Umsetzung der Pflegeberatung und des Aufbaus von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung ist komplex und vielgestaltig. Für die Länder stellte sich in erster Linie die Frage, wie vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen in die Umsetzung der Pflegereform einbezogen werden können und welche Rolle sie beim Aufbau einer, die Pflegeberatung integrierenden, Pflegestützpunkt-Infrastruktur spielen sollten. Meinungsbildungsprozesse in den Ländern, ob und wie Pflegestützpunkte aufzubauen sind und die Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte integriert oder ihre Integration gefördert werden sollten, hängen auf der einen Seite stark mit der pflegepolitischen Handschrift des jeweiligen Landes und einer bereits bestehenden Infrastruktur von Beratungsstellen, andererseits aber auch mit den Kräfteverhältnissen zwischen den für die Umsetzung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten verantwortlichen Akteuren – Landesverbände der Pflegekassen, kommunale Spitzenverbände und Land – sowie mittelbar mit dem Einfluss der Verbände der Leistungserbringer zusammen. Die in den Ländern zwischen Kassen und Kommunen ausgehandelten Wege, wie die Pflegeberatung in die bestehenden Angebotsstrukturen integriert, mit ihnen koordiniert werden können und wie sie ggf. in Pflegestützpunkte einzubeziehen sind, sind höchst unterschiedlich. 14 Bundesländer haben beschlossen,

Pflegestützpunkte einzurichten. Zwei Bundesländer sehen die Einrichtung von Pflegestützpunkten nicht vor. In anderen Bundesländern werden konsequent bisherige Beratungsinfrastrukturen in den Aufbau von Pflegestützpunkten integriert. In wiederum anderen Ländern werden Pflegestützpunkte als neue Infrastruktur neben bereits bestehenden Beratungsangeboten aufgebaut, die aber z. T. weiterhin individuelles Fallmanagement i. S. d. Pflegeberatung anbieten und durchführen. Die Kassen ihrerseits reagieren auf die Strukturen und Rahmenbedingungen in den Ländern höchst unterschiedlich: Einmal werden etwa Pflegestützpunkte zum regelhaften Ort für die Pflegeberatung, in einem anderen Bundesland bleibt es trotz Pflegestützpunkten beim Regelfall der Pflegeberatung bei der jeweiligen Kasse. *Auf diese Weise ist eine ausgesprochen vielfältige und bunte Landschaft der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Deutschland entstanden bzw. im Entstehen.*

Durch die Integration der Pflegeberatung in Pflegestützpunkte kann (und soll) die Wohnortnähe der Pflegeberatung gefördert werden: Die Wohnortnähe der Pflegestützpunkte bestimmt zugleich die Wohnortnähe der dort verfügbaren Pflegeberatung. Dabei können größere Kassen durch ihre Geschäftsstellen auch einen eigenen Beitrag zur wohnortnahen Pflegeberatung leisten – allerdings grundsätzlich nur für ihre eigenen Versicherten. Die in den Ländern als Zielgrößen formulierten Orientierungszahlen für den Einzugsbereich von Pflegestützpunkten, die Wohnortnähe sicherstellen sollen, reichen von 30.000 Einwohnern in Rheinland-Pfalz bis zu 95.000 Einwohnern in Berlin – soweit Zahlen auf Landesebene vereinbart wurden. Tatsächlich ist in vielen Bundesländern die Bezugsgröße eine wesentlich größere: Sie reicht bei einem Pflegestützpunkt je Landkreis oder kreisfreien Stadt oder Bezirk in den Stadtstaaten auf z. T. weit über 400.000 Einwohner pro Pflegestützpunkt. Damit ergibt sich das Bild, dass zwar in nahezu allen Bundesländern Pflegestützpunkte errichtet werden, allerdings mit einer höchst unterschiedlichen Besatzdichte. Überwiegend erfolgt der Aufbau in den Ländern auf einer ersten Stufe mit je einem Pflegestützpunkt pro Landkreis und kreisfreier Stadt bzw. Bezirk in den Stadtstaaten. Für das Angebot der Pflegeberatung bedeutet dies, dass auf absehbarer Zeit nur vergleichsweise wenige Pflegestützpunkte zur Verfügung stehen, in denen Pflegeberatung angesiedelt werden kann. *Eine wohnortnahe Versorgung mit Pflegeberatung in Pflegestützpunkten wird damit – mit wenigen Ausnahmen (Rheinland-Pfalz) – noch nicht gewährleistet.*

Auf Landesebene wird die Vorschrift des § 7a Abs. 2 Satz 10 SGB XI, nach der Pflegeberatung neben der Beratung bei Pflegekassen selbst auch in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden können muss, unterschiedlich interpretiert. Während etwa in den Ländern Rheinland-Pfalz, Hamburg und Bremen die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten als Regelfall vorgesehen ist, inklusive des individuellen Fallmanagements, wird in anderen Bundesländern die Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements in Pflegestützpunkten nicht vorgesehen. Dabei spielt nicht nur eine unterschiedliche Auslegung des § 7a Abs. 1 Satz 10 SGB XI eine Rolle, sondern offenbar vor allen Dingen ein unterschiedliches Verständnis von Pflegeberatung. Dort, wo die Pflegeberatung als rechtlich den Pflegekassen zugewiesene, i.W. nicht in Pflegestützpunkte integrierbare Leistung angesehen wird, steht die Frage der rechtlichen Zuständigkeit für Entscheidungen über Maßnahmen und Sozialleistungen der Pflegekassen im Vordergrund. Dort wo die Pflegeberatung kassenübergreifend in Pflegestützpunkten angesiedelt wird, ist ein Verständnis von individuellem Fallmanagement prägend, das auf eine umfassende und integrierte Fallbearbeitung ausgerichtet ist. *Die rechtliche und fachliche Interpretation der Pflegeberatung*

und ihres Verhältnisses zu den Pflegestützpunkten erfolgt nicht einheitlich und ist keineswegs abgeschlossen.

Der Ausbau von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung hängt in hohem Maße von den pflegepolitischen Zielsetzungen des Landes, seiner finanziellen Beteiligung und der finanziellen Leistungsfähigkeit der kommunalen Gebietskörperschaften ab. Dort, wo sich die Länder in Fragen der Pflegeberatung und dem Aufbau der Pflegestützpunkte auf eine rein moderierende Rolle beschränken, wirkt der Ausbau von Pflegestützpunkten zögerlich und wird die Pflegeberatung zumeist nicht in die Pflegestützpunkte als Regelfall individuellen Fallmanagements integriert. In den Bundesländern, in denen die Haushaltssituation der Kommunen prekär ist, läuft der Ausbau der Pflegestützpunkte auch bei Förderung durch die Landesebene ausgesprochen schleppend. *Eine wohnortnahe Pflegeberatung in Pflegestützpunkten, so sie denn für sinnvoll erachtet wird, setzt landespolitisches Engagement und die finanzielle Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Kommunen oder eine andere Finanzierung der Pflegestützpunkte voraus.*

In allen Bundesländern wird sowohl die Vernetzung und Koordination im Bereich der Pflege als auch das individuelle Fallmanagement als eine hoch bedeutsame Aufgabe im demografischen Wandel und in einer Gesellschaft der längeren Lebens gesehen. Überwiegend wird für das Angebot der Pflegeberatung im Sinne individuellen Fallmanagements die Konzeption der zugehenden Beratung als besonders Erfolg versprechend und wichtig erachtet – gegebenenfalls wichtiger als eine wohnortnahe Pflegeberatung in territorialer Hinsicht. Eine aufsuchende Beratung ist für eine kassenübergreifende Pflegeberatung in Pflegestützpunkten wesentlich schwerer zu realisieren, als für eine bei in Sachen Pflegeberatung entsprechend leistungsfähigen Pflegekassen angesiedelte Beratung, solange Fragen der aufsuchenden Beratung nicht konzeptionell und operativ in die Arbeit der Pflegestützpunkte einbezogen werden. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen kann das Konzept der aufsuchenden Beratung leichter von Pflegekassen mit entsprechenden Ressourcen und Konzepten durchgeführt werden. Entsprechende Strategien der Pflegekassen führen zu einem relativen Bedeutungsverlust der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten, garantieren aber nicht für die Versicherten aller Kassen Pflegeberatung als zugehende Beratung. *Soll Pflegeberatung als aufsuchende Beratung für alle Versicherten im Bedarfsfall sichergestellt werden, was von vielen Akteuren in den Ländern als besonders wichtig angesehen wird, sind konzertierte Bemühungen von Kassen und entsprechende Konzepte im Zusammenhang mit der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten erforderlich.*

Nicht in allen Bundesländern sind sich Land, kommunale Spitzenverbände und Landesverbände der Pflegekassen darin einig, wo die Aufgaben der Pflegeberatung am günstigsten anzusiedeln sind. Konsens findet sich in einigen Ländern sowohl für eine Pflegestützpunktlösung (z.B. Rheinland-Pfalz) als auch für den Verzicht auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten (z.B. Sachsen). Typischerweise stehen sich zwei unterschiedliche Positionen gegenüber: Länder und (zumeist) Kommunale Spitzenverbände, die die Aufgabe der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten oder auf kommunaler Ebene fordern auf der einen Seite und die (großen) Kassen, die die Pflegeberatung allein bei den jeweiligen Pflegekassen als richtig angesiedelt ansehen auf der anderen Seite. *Die Konflikte und die Auseinandersetzungen über die richtige Ansiedlung der Pflegeberatung scheinen keineswegs ausgetragen und abgeschlossen – und dies auch dort noch nicht überall, wo Allgemeinverfügungen der Länder und Rahmenvereinbarungen zwischen Kassen und kommunalen Spitzenverbänden vorliegen.*

In Landespflegegesetzen, in Allgemeinverfügungen und Rahmenverträgen sind Zielformulierungen und Rahmenbedingungen für den Aufbau von Pflegestützpunkten niedergelegt. In vielen Bundesländern entfalten sie bislang nur eine begrenzte Wirkkraft. In der Praxis folgen der Ausbau von Pflegestützpunkten und die Integration der Aufgaben der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten häufig anderen Einflussgrößen. Sie sind abhängig von regionalen Aushandlungsprozessen, von der Finanzsituation der Akteure, von politischen Konstellationen und dem Engagement sowie der Motivation von Akteursgruppen. Die sich aus der Dokumentenanalyse ergebenden Rahmenbedingungen für die Strukturen der (Pflege-) Beratung entfalten vielerorts keine unmittelbare Steuerungswirkung. Als Beispiele seien Bayern und Mecklenburg-Vorpommern genannt. *Für den Erfolg einer zwischen Land, Kommunen und Kassen abgestimmten Implementation der Pflegeberatung entscheidend ist die Akteur-übergreifende Verbindlichkeit, die auch dort vorhanden sein kann, wo das Land auf eine Allgemeinverfügung verzichtet und sich auf Vereinbarungen mit den beteiligten Akteuren konzentriert.*

Die Implementierung von Pflegestützpunkten und die Sicherstellung der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten oder auf andere Weise ist in allen Bundesländern ein fortdauernder und noch mitnichten abgeschlossener Prozess. Er wird noch Jahre andauern und setzt Bemühungen auf unterschiedlichen Ebenen voraus: Sowohl bei den jeweiligen Pflegekassen und auf örtlicher Ebene in den Pflegestützpunkten, in der Kooperation zwischen Pflegekassen und Pflegestützpunkten oder anderen Akteurskonstellationen wie im Netzwerk Pflegeberatung in Sachsen und Sachsen-Anhalt und in besonderer Weise auf der kommunalen und Landesebene, wenn ein weiterer Ausbau der Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung erfolgen soll. Bei der Implementation der anspruchsvollen Aufgabe Pflegeberatung stoßen die verantwortlichen Akteure auf komplexe Landes- und kommunale Strukturen, auf ein wettbewerblich strukturiertes Krankenkassensystem, das seine Wirkung auch auf die Pflegekassen entfaltet und auf unterschiedliche Strategien der Kassen im Umgang mit der neuen Aufgabe Pflegeberatung. Auch wird der Implementationsprozess vielerorts von grundlegenden Zweifeln an der Sinnhaftigkeit von Pflegestützpunkten begleitet. *Die Implementation der Pflegeberatung mit systematischer Verschränkung mit lokalen Strukturen der Unterstützung bei Pflegebedarfen ist ein fortdauernder Prozess und wird noch lange Zeit und entsprechende Ressourcen benötigen.*

Die Anlage der Evaluation basiert auf einem Verständnis von Pflegeberatung, das auf eine starke Verschränkung der individuellen Pflegeunterstützung auf der Fallebene mit der Organisations- und Systemebene setzt. Die Einführung von Case Management-basierten Arbeitsweisen kennt Konsequenzen für die jeweilige Organisation, die sich an Aufgaben der Pflegeunterstützung beteiligt. Eine gemeinsame Vorstellung von dem, was unter Pflegeberatung zu verstehen ist, ein Leitbild und eine Verpflichtung auf die allgemein anerkannten Methoden und Funktionen von Pflegeberatung erweisen sich gerade auf Landesebene als wichtiger Baustein für die Implementation der Pflegeberatung in vernetzten Kooperationsstrukturen. Das machen etwa die Beispiele Saarland und Rheinland-Pfalz, aber auch von der Anlage her das Land Nordrhein-Westfalen deutlich. Eine an Prinzipien des Case Management orientierte Arbeitsweise in der Pflegeberatung lässt sich nicht verordnen. Sie ist mit vielfältigen Lernprozessen verbunden: Für die jeweiligen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, die zu einem neuen Rollenverständnis und neuen Arbeitsweisen gelangen, für die Organisationen, die Voraussetzungen für die Arbeitsweise der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater zu schaffen haben, für Kooperationsroutinen zwischen Krankenkassen und Pflegekassen, Kommunen und Pflegekassen und anderen Akteuren. Der mit diesen Lernpro-

zessen verbundene Klärungs- und Diskussionsbedarf verlangt nach Strukturen, die den notwendigen Abklärungen einen „Ort“ geben. Hier haben die Länder in unterschiedlicher Weise Gremien vorgesehen, von Runden Tischen über Lenkungs- bis zu Koordinierungsausschüssen. Diese „Orte“ scheinen in unterschiedlicher Weise mit „Leben“ erfüllt zu sein. Wenn sie genutzt werden, werden in den entsprechenden Gremien unterschiedliche Auffassungen, Interessensgegensätze und Konflikte sichtbar, die ausgetragen werden müssen. *Die Aufgabe der Pflegeberatung braucht für ihre Implementation auf der Landesebene Orte, in denen um eine effiziente Gestaltung eines aufeinander bezogenen Care- und Case Managements gerungen und Verständigung erzielt wird.*

Das gilt auch für die operative Ebene. Eine Pflegeberatung, die sich an der Arbeitsweise des Case Managements orientiert, Kooperationen routinisiert, Informationsflüsse effizienter gestalten will, verlangt nach klaren operativen Abklärungen: in Kooperationsvereinbarungen, in Zuständigkeiten, Prozessstandards, in datenschutzrechtlichen Abklärungen und der Verständigung auf compatible Dokumentations- und EDV-Systeme. Hieran wird auf Landesebene in unterschiedlicher Intensität gearbeitet. Gerade hier wird, wie Länderbeispiele zeigen, sichtbar, dass kassenspezifische Organisationsweisen und -logiken potenziell mit Organisationslogiken vernetzter Arbeitsweisen etwa in Pflegestützpunkten und lokalen Beratungsstellen konfliktieren. Der Gesetzgeber hat mit der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI eine auf Vernetzung und Kooperation hin ausgerichtete Arbeitsweise vorgegeben, die notwendigerweise auf die Überwindung partikularer und rein institutionsbezogener Interessen und Handlungslogiken und -routinen ausgerichtet ist. Beispiele aus den Länderberichten machen deutlich, wie dies in sehr unterschiedlicher Weise gelingt und zum Programm erhoben wird.

Zwei Jahre nach Einführung der Pflegeberatung als Rechtsanspruch, zwei Jahre nach der Möglichkeit, Pflegestützpunkte einzuführen, ist der Prozess der Implementation der neuen Aufgabe Pflegeberatung noch keineswegs abgeschlossen. Das gilt für alle Bundesländer. Das in den Dokumentenanalysen ausgewertete Material und die mit Hilfe der Experteninterviews vorliegenden Einschätzungen und dokumentierten Erfahrungen bieten wertvolle und nur ansatzweise im Rahmen des Evaluationsberichtes ausgewertete Daten.

4 Fallstudien zu Unterschieden der Beratungspraxis

4.1 Hintergrund

Mittels der im Rahmen der Evaluation zu erstellenden mindestens zehn Fallstudien in mindestens zehn Bundesländern soll exemplarisch die Breite möglicher Implementationen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI dargestellt werden. Gemäß dem Untersuchungsauftrag (Leistungsbeschreibung vom November 2010) sind hierbei die Organisationsstrukturen, Strukturen der Nutzer der Beratung, Qualifikationen der Berater, die konzeptionelle Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben sowie förderliche und hinderliche Faktoren der Implementation unter besonderer Berücksichtigung identifizierbarer good practice zu beschreiben.

Dieses Kapitel gibt im Folgenden zunächst eine Darstellung zur Methodik der Fallstudien, einschließlich des Vorgehens bei der Auswahl der Bundesländer und Beratungsangebote, eine Beschreibung der eingesetzten Erhebungsinstrumente, des Feldzugangs und der vorgenommenen Datenauswertungen wieder. Anschließend folgt in Abschnitt 4.3 eine Charakterisierung aller untersuchten Beratungsangebote.

Im anschließenden Abschnitt 4.4 wird dann die Breite der Beratungspraxis in den gewählten Beratungsangeboten beschrieben und zwar hinsichtlich der Struktur der Nutzer der Beratung, deren Zugangswegen zur Beratung, sowie der in den Beratungsprozess einbezogenen Personen und Institutionen und den relevanten Beratungsgegenständen, die im Abgleich mit den Vorgaben aus § 7a SGB XI ausgewertet werden. Die Darstellungen beruhen hier vor allem auf Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle. Im Sinne der Qualitätstheorie von Donabedian (1969) und dessen Erweiterung durch Øvretveit (1998), entsprechen die in Abschnitt 4.4 dargestellten Ergebnisse dem nutzerbezogenen Output der Beratungstätigkeit, erhoben aus der Perspektive der Berater, deren Beratungsdokumentationen einschließlich der dazu gemachten Erläuterungen die Grundlage der Darstellung liefert. In dieser Differenzierung entsprechen die Ergebnisse der Nutzerbefragung dem Outcome der Beratung aus der Perspektive der Nutzer.

Womit, das heißt auf der Basis welcher vor Ort realisierten Strukturen und *wie*, das heißt mit welchen Prozessen, der Output und die Ergebnisse der Beratung erreicht werden, ist Gegenstand der Darstellungen in den Abschnitte 4.5, 4.6 und 4.7. Bezüglich den Voraussetzungen und Umsetzungen der Beratung wird hier beschrieben, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren zur realisierten Beratungspraxis beitragen und inwiefern hier themenbezogen good practice identifiziert werden kann. Die Darstellung beruht dabei auf Erhebungen auf der Ebene der Organisationen der Beratung in die sowohl die Perspektive der Berater als auch die des Managements der Beratung einfließen. Datengrundlagen sind sowohl die Befragungen von Beratern und des Beratungsmanagements als auch Dokumente, die Vorgaben an die Praxis der Beratung widerspiegeln. Die Darstellung in den drei hierfür zentralen Dimensionen – konzeptionelle Leitlinien und Rahmenbedingungen einschließlich der Personalausstattung und deren Qualifikationen, prozessuale Vorgaben sowie Kooperation und Vernetzung – folgt den „Themenschwerpunkten“, die **gemäß der Leistungsbeschreibung des Auftraggebers in den Fallstudien zu untersuchen sind. Genannt werden dort:**

- Organisationsstruktur (Ansiedelung, Kooperationen etc.)

- Struktur der Nutzer der Beratung
- Qualifikationen der Berater
- Konzeptionelle Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben
- Analyse von Hilfebedarfen
- Umgang mit Versorgungsplänen
- Einbeziehung von Angehörigen
- Förderliche und hinderliche Bedingungen in der Umsetzung

Diese Themenschwerpunkte werden um Aspekte aus dem Gesetzestext und qualitätsmethodische Überlegungen ergänzt und bilden alle relevanten Aspekte von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines Total Quality Managements ab. In ihnen manifestieren sich förderliche und hinderliche Faktoren ebenso wie good practice. Um diese induktiv aus der Bandbreite der empirischen Lösungen ableiten zu können, erfolgt die Betrachtung und Darstellung der Ergebnisse in den Abschnitten 4.4 bis 4.7 zunächst themenspezifisch.

Auf dieser Grundlage können im nächsten Schritt zwei Fälle in einer Gesamtdarstellung als Good-Practice-Fälle qualifiziert werden, die in der Zusammenschau aller themenspezifischen Lösungen überzeugen und den normativen Vorgaben, insbesondere des Gesetzes, in besonderer Weise entsprechen (dargestellt unter 4.8).

4.2 Methodisches Vorgehen

4.2.1 Auswahl der Beratungsangebote

Die in den Fallstudien untersuchten Angebote der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurden unter der Maßgabe ausgewählt, die Bandbreite möglicher Lösungen der Implementation und diesbezügliche Good Practice darstellen zu können. Die Wahl der mindestens zehn Angebote der Beratung erfolgte in enger Absprache mit dem Auftraggeber GKV-Spitzenverband als systematische Auswahl, so dass spezielle Wünsche des GKV Spitzenverbandes berücksichtigt werden konnten. Dabei galt es folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Landesspezifische Rahmenbedingungen und Förderrichtlinien hinsichtlich der Umsetzung der Pflegeberatung (v.a. in Bezug auf Aufbau und Förderung von Pflegestützpunkten). Die Auswahl sollte Vertreter von Strukturen enthalten, in denen Länder mit oder ohne Pflegestützpunkte, Länder mit bestehenden Beratungsstrukturen, Länder mit aufzubauenden Beratungsstrukturen repräsentiert sind.
- Organisation der Pflegeberatung: Die Vielfalt der Organisationsformen wie die Ansiedlung direkt bei den Pflegekassen und die Integration der Beratungsstellen in Pflegestützpunkte bzw. Zusammenarbeit der Pflegeberatung mit diesen, sollte durch die Fallbeispiele dargestellt werden.
- Des Weiteren wurden regionalen Unterscheidungskriterien Einfluss auf die Performance der Pflegeberatung zugeschrieben wie die Ansiedlung in ländlichen Regionen vs. städti-

schen Ballungsräumen sowie bundeslandbezogene Kriterien in ihrer Verteilung zwischen Ost und West sowie Nord und Süd.

Nach Maßgabe dieser Kriterien und der Auswertung vorliegender Fachliteratur sowie den spezifischen Kenntnissen des Evaluationsteams und nach Expertengesprächen mit Vertretern von Pflegekassen, Länderministerien und Kommunen wurde dem GKV-Spitzenverband ein erster Vorschlag für zehn zu wählende Angebote vorgelegt. Diese Liste wurde auf Wunsch des GKV-Spitzenverbands teilweise modifiziert. Mit der vorläufig abschließend abgestimmten Liste lag nun eine Sammlung von Implementierungsbeispielen vor, die nach Einschätzung unterschiedlichster Experten good practice repräsentieren. Auch an dieser Liste mussten jedoch noch kleine Änderungen vorgenommen werden, nachdem begonnen wurde, mit der Praxis die ersten Termine für die Durchführung der Erhebung zu vereinbaren: Anstelle des in Baden-Württemberg zunächst vorgesehenen Ortes der Beratung musste wegen einer längerfristigen Verhinderung des Beraters das Beratungsangebot derselben Pflegekasse im Nachbarlandkreis gewählt werden. Da in Baden-Württemberg zudem der Pflegestützpunkt in der benachbarten Großstadt hinsichtlich der Kooperation und Aufgabenteilung mit der durch die Pflegekasse erbrachten Pflegeberatung mit in die Untersuchung aufgenommen worden war, wurde auf Anregung der zunächst angefragten Pflegekasse weiteren Kassen die Gelegenheit gegeben, die Kooperation mit diesem Pflegestützpunkt auch aus ihrer Perspektive vorzustellen. Dieser Einladung kamen zwei Pflegekassen nach, die in Baden-Württemberg als Flächenkassen präsent sind und deren Pflegeberatung sich somit mit der Praxis von anderen untersuchten Kassen unterscheidet. Diese beiden Beratungsangebote wurden jedoch nur in die Erhebungen auf der Ebene der Organisationen der Beratung mit aufgenommen und nicht in die Erhebungen auf der Ebene der Beratungsfälle.

Die Heterogenität aller in die Fallstudien aufgenommenen Angebote von Pflegeberatung findet ihre Entsprechung in der ebenso heterogenen Struktur dieser Angebote in Deutschland. Sie kann diesbezüglich aber keinen Anspruch auf einen Gesamtüberblick der in der Praxis vorfindbaren Vielfalt erheben.

Sieben der für die Evaluation gewählten Beratungsangebote sind bei Pflegekassen angesiedelt. Sie können folgender Tabelle entnommen werden:

Tabelle 7: Bei Pflegekassen angesiedelte Pflegeberatung

Nr.	Land	Kodierung
1	Baden-Württemberg	Pflegekasse <i>BW_A</i>
2	Baden-Württemberg	Pflegekasse <i>BW_B</i>
3	Baden-Württemberg	Pflegekasse <i>BW_C</i>
4	Bayern	Pflegekasse <i>By</i>
5	Nordrhein-Westfalen	Pflegekasse <i>NRW</i>
6	Sachsen	Pflegekasse <i>Sachs</i>
7	Schleswig-Holstein	Pflegekasse <i>SH</i>

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Dem Wunsch des Auftraggebers folgend, wurden in diesem Bericht – mit Ausnahme der beiden identifizierten Good-Practice-Beispiele (vgl. unter 4.8) – alle Angebote der Beratung anonymisiert. Aus diesem Grund werden auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsangebote durchgehend in der männlichen Form bezeichnet.

Die vorgenommene Kodierung kann dieser und der folgenden Tabelle entnommen werden, die die fünf der in die Evaluation aufgenommenen Angebote von Pflegeberatung in Pflegestützpunkten zusammenfasst:

Tabelle 8: In Pflegestützpunkten angesiedelte Pflegeberatung

Nr.	Land	Kodierung
8	Brandenburg	Pflegestützpunkt <i>Bran</i>
9	Hamburg	Pflegestützpunkt <i>HH</i>
10	Hessen	Pflegestützpunkt <i>Hess</i>
11	Rheinland-Pfalz	Pflegestützpunkt <i>RP</i>
12	Saarland	Pflegestützpunkt <i>Saar</i>

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

4.2.2 Eingesetzte Instrumente

Im Rahmen der Fallstudien wurden sowohl Erhebungen auf der Beratungsebene wie auch auf der Ebene der Organisationen der Beratung durchgeführt. Alle Instrumente wurden mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt und von diesem zusammen mit dem Design zu ihrem Einsatz freigegeben. Im Einzelnen wurden folgende Instrumente eingesetzt:

- *Beratungsstellen-Profil*: Dieses Instrument wurde zur schriftlichen Befragung der Leitungen der Beratungsangebote eingesetzt, sofern diese regelmäßig vor Ort sind. Falls keine Leitung bestellt ist oder diese nicht regelmäßig vor Ort ist, sollte der Fragebogen vom dienstältesten Berater vor Ort ausgefüllt werden. Mit dem Profil wurden organisatorische und konzeptionelle Grundlagen der Beratung, die Personalausstattung einschließlich der Qualifikationen, die Raum- und sonstige Sachausstattung sowie Kooperationsvereinbarungen und die Erreichbarkeit der Beratung erhoben. Der zeitliche Einsatz dieses Instruments vor den qualitativen Befragungen diente zugleich der Vorbereitung dieser. Das Instrument wurde in zwei sich leicht unterscheidenden Varianten für Pflegeberatungen bei Pflegekassen bzw. in Pflegestützpunkten eingesetzt (beide Varianten sind beigefügt als Anlagen Fallstudien Nr. 1 und 2).
- *Erhebungsbogen zur Auswertung der Falldokumentationen* (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 3): Dieses Instrument wurde auf der Ebene von Beratungsfällen an einer Stichprobe eingesetzt. Erhoben wurden pro Beratungsfall die Kontaktaufnahme, die Wege, auf denen mit den Nutzern der Beratung Kontakt bestand, weitere Kontaktpersonen im Rahmen der Fallbearbeitung, Leistungsgesetze, Inhalte und Themen der Beratung. Als Datengrundlage wurde hierbei auf die Falldokumentation und andere fallbezogene Aufzeichnungen sowie Aussagen der zuständigen Berater zurückgegriffen.
- *Leitfaden-Interview zum Management der Pflegeberatung*: Dieses Instrument, eingesetzt auf der Ebene der Organisationen von Beratung, bildete die Grundlage für den ersten Teil der qualitativen Befragung. Befragt wurde die Leitung des Beratungsangebots, sofern diese regelmäßig vor Ort ist. Falls keine Leitung bestellt ist oder diese nicht regelmäßig vor Ort ist, sollte der dienstälteste Berater befragt werden. Themen des Leitfadens sind konzeptionelle Grundlagen, Ausstattung und Zugang, Prozessvorgaben sowie Kooperationen und Netzwerke als Voraussetzungen der Beratung. Auch dieses Instrument wurde

in zwei leicht voneinander abweichenden Varianten für den Einsatz bei Pflegekassen und in Pflegestützpunkten entwickelt (beide Varianten beigefügt als Anlagen Fallstudien Nr. 4 und 5).

- *Leitfaden-Interview zu Prozessen und Ergebnissen der Pflegeberatung:* Dieses Instrument, ebenfalls eingesetzt auf der Ebene der Organisationen von Beratung, richtete sich an die Berater und zielte auf die realisierte Praxis der Beratung hinsichtlich Zugängen und Abläufen, Einsatz und Verständnis der Versorgungsplanung, verfügbare Unterstützungsleistungen, Information und Qualifikation, Ressourcen sowie Kooperationen und Beziehungen. Die beiden, auch hier leicht differierenden Instrumente für den Einsatz bei Pflegekassen und in Pflegestützpunkten sind beigefügt als Anlagen Fallstudien Nr. 6 und 7. Teil der Interview-Leitfäden ist auch eine Liste von möglichen Dokumenten, die – falls vorhanden – zusammen mit den Befragungen erhoben werden sollten. Die Palette der Dokumente reichte von Konzepten, vertraglichen Grundlagen, Nachweisen zu Weiterbildungen, Formularen der Versorgungsplanung und der Dokumentation bis hin zu Informationsblättern und anderen Dokumenten der Öffentlichkeitsarbeit.

Dieses Set von Instrumenten erlaubt die Untersuchung der Pflegeberatungsangebote einerseits hinsichtlich des nutzerbezogenen Outputs der Beratungstätigkeit, erhoben aus der Perspektive der Berater auf der Ebene von Beratungsfällen (die Ergebnisse hierzu sind in Abschnitt 4.4 dargestellt). Andererseits können mit dem Instrumentarium auf der Ebene der Organisationen örtliche Strukturen und Prozesse der Beratung nachvollzogen werden, die zu diesem Output beitragen (die Ergebnisse hierzu sind dargestellt in den Abschnitten 4.5 bis 4.8).

4.2.3 Feldzugang und Datenerhebungen

Die Daten für die Fallstudien wurden zwischen Anfang März und Ende April 2011 erhoben. Hinsichtlich der *Beratungsstellen-Profile* ergab sich ein Rücklauf von 13 aus 14 ausgegebenen Profilen. Die Zahl der ausgegebenen Profile lag über der Zahl der Fallstudien, da in zwei Fällen auch Kooperationspartner der Beratungsangebote (Pflegestützpunkt bzw. in der vernetzten Pflege kooperierende Kommune) um ein Profil gebeten wurden. Die benötigten Daten aus dem einen, nicht eingereichten Profil, konnten nachträglich per Mail ermittelt werden.

Erhebungen auf Ebene der Beratungsfälle waren in allen zehn für die Fallstudien gewählten Bundesländern geplant. In Baden-Württemberg, mit drei untersuchten Pflegeberatungen sollten die Beratungsfälle bei der Pflegekasse *BW_A* (Baden-Württemberg) erhoben werden. Aufgrund von nicht rechtzeitig erteilten Datenschuttfreigaben, die für diese Teilstudie erforderlich waren, kam es in einigen Fällen zum Teil zu erheblichen Verzögerungen bei Datenerhebung. Im Fall der Pflegekasse *SH* (Schleswig-Holstein) war die zuständige Behörde für die Erteilung dieser Freigabe zwischen der Pflegekasse und dem Landesministerium strittig. Die Freigabe konnte so nicht rechtzeitig erfolgen bzw. wurde von der Pflegekasse wegen der abweichenden Ansicht hinsichtlich der Zuständigkeit nicht anerkannt. Der Zeitplan für die Fallstudie in Baden-Württemberg, der bereits durch hier erforderliche umfangreiche Abstimmungsprozesse unter den Pflegekassen aber auch mit dem Sozialministerium in Verzug geraten war, verzögerte sich weiter durch eine erst nach wiederholtem Nachfragen erteilte Datenschuttfreigabe durch das Landesministerium. Trotz intensiver Bemühungen und mehrfach geplanten und verschobenen Erhebungsterminen mit bis zu 75 Abstimmungskontakten pro Land, konnten die Erhebungen auf der Ebene der Bera-

tungsfälle in Baden-Württemberg und in Schleswig-Holstein letztlich nicht mehr durchgeführt werden.

Die Erhebung auf der Ebene der Beratungsfälle mittels des *Instruments zur Auswertung der Falldokumentationen* wurde pro Beratungsangebot an einer Stichprobe im Umfang von $n = 30$ Fällen eingesetzt, wobei auch hier die erste Anwendung des Instruments als Pre-Test verwendet wurde, auf dessen Grundlage bei einigen Fragen noch einzelne zusätzliche Antwortangaben eingefügt wurde. Hinsichtlich eines Beratungsfalls wurde folgende Definition zugrunde gelegt: Ein Fall wurde dann als beendet betrachtet, wenn der zwischen Nutzer und Berater vereinbarte Beratungsauftrag abgeschlossen wurde. Dies galt etwa dann, wenn eine Information so weitergegeben wurde oder eine Beratung so erfolgte, dass zu diesem Zeitpunkt kein weiterer Informationsbedarf oder keine weiteren Beratungsanlässe vorlagen. Bei gemeinsam mit den Nutzern geplanten Unterstützungsmaßnahmen wurde ein Fall dann als abgeschlossen betrachtet, wenn die vereinbarten Maßnahmen eingeleitet und vorläufig keine weiteren Nachkontakte aufgrund *gegenwärtig* noch bestehender Unsicherheiten vorgesehen waren. Ein unabhängig von der *gegenwärtigen* Situation geplanter Nachkontakt, etwa ein routinemäßiger Nachkontakt z.B. nach einem Jahr, wurde in diesem Sinne als neue Episode der Beratung betrachtet.

Die Stichprobe der $n = 30$ Beratungsfälle wurde jeweils aus allen laufenden und abgeschlossenen Fällen gezogen, zu denen in den zurückliegenden Monaten ein Kontakt bestand – unabhängig davon, ob der Fall zum Zeitpunkt der Erhebung bereits abgeschlossen war. Um eine Zufallsauswahl sicherzustellen, wurde als Auswahlgrundlage je nach der vor Ort vorfindbaren Fallablage auf die chronologische Abfolge der letzten Kontakte sowie auf alphabetische Ablagen zurückgegriffen, anhand derer die Stichproben gezogen wurden. Eine besondere Situation ergab sich hierbei im Pflegestützpunkt *HH*: Dort gibt es eine separate Ablage der Kurzkontakte, bei denen die Qualifizierung als Beratungsfälle nach § 7a SGB XI unsicher ist. Da bei den anderen Fallstudien-Orten Kurzkontakte aber ebenfalls einbezogen wurden, wurden auch im Pflegestützpunkt *HH* 10 der 30 Fälle aus der Kurzkontakt-Ablage mit in die Stichprobe gezogen, bei denen zumindest nicht ausgeschlossen werden konnte, dass sich diese bei einer späteren Betrachtung als erste Kontakte einer Beratung nach § 7a SGB XI qualifizieren würden. Auf diese Weise ist für den Pflegestützpunkt *HH* eine zumindest näherungsweise vergleichbare Auswahl gewährleistet.

Die Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle erfolgten vor Ort durch einen Mitarbeiter der Hans-Weinberger-Akademie gemeinsam mit einem oder mehreren Pflegeberatern. Insgesamt wurden in den acht Angeboten der Pflegeberatung, die in diese Erhebung einbezogen werden konnten, $n = 240$ Beratungsfälle ausgewertet. Bezogen auf die geplante Durchführung der Erhebung in zehn Beratungsangeboten mit insgesamt $n = 300$ Fällen bedeutet dies einen Datenumfang von 80 %.

Die beiden qualitativen *Leitfadenbefragungen zum Management sowie zu den Prozessen und Ergebnissen* der Beratung, konnten in allen gewählten Angeboten der Beratung vor Ort in den Geschäftsstellen bzw. Pflegestützpunkten durchgeführt werden. Die beiden Teilbefragungen des ersten durchgeführten Interviews wurden als Pre-Test geführt; einige Formulierungen in den Leitfäden wurden anschließend noch leicht überarbeitet. Zur Sicherstellung einer einheitlichen Erhebung wurden alle Interviews vom selben Mitarbeiter der Hans-Weinberger-Akademie durchgeführt. Folgende Tabelle gibt einen Überblick aller Interviews und der daran Beteiligten:

Tabelle 9: Übersicht Interviews

Ort	Datum	Befragte mit Funktion	Dauer der Interviews*
Pflegekasse <i>BW_A</i> Pflegekasse <i>BW_B</i> Pflegekasse <i>BW_C</i>	14.04.11	1) Pflegeberater kooperierender Pflege- stützpunkt 2) Praktikant Pflegestützpunkt 3) Pflegeberater Pflegekasse <i>BW_C</i> 4) Abteilungsleiter Pflegekasse <i>BW_A</i> 5) Pflegeberater Pflegekasse <i>BW_A</i> 6) Pflegeberater Pflegekasse <i>BW_BI</i> 7) Pflegeberater Pflegekasse <i>BW_BII</i>	2 Std. 10 Min.
		4) Abteilungsleiter Pflegekasse <i>BW_A</i> 5) Pflegeberater Pflegekasse <i>BW_A</i>	1 Std. 15 Min.
Pflegekasse <i>By</i>	14.03.11	1) Pflegeberater	1 Std. 40 Min. 0 Std. 46 Min.
Pflegekasse <i>NRW</i>	15.03.11	1) Pflegeberater I 2) Pflegeberater II	1 Std. 08 Min. 1 Std. 16 Min.
Pflegekasse <i>Sachs</i>	28.03.11	1) Fachbereichsleiter Pflegeleistungen bei der Pflegekasse 2) Abteilungsleiter Senioren und Behinder- tenhilfe der in der Vernetzten Pflege kooperierenden Großstadt	1 Std. 48 Min.
		3) Fachberater, Anleiter Pflegeberatung 4) Pflegeberater	0 Std. 34 Min. 0 Std. 46 Min.
Pflegekasse <i>SH</i>	07.04.11	1) Komm. Leiter Sozial- und Gesund- heitsberatung / Pflegeberatung 2) Pflegeberater	1 Std. 36 Min.
		2) Pflegeberater 3) Mitarbeiter der Geschäftsstelle (zu Fragen der Verbuchung der Pflegeberatung)	1 Std. 23 Min.
Pflegestützpunkt <i>Bran</i>	03.03.11	1) Pflegeberater I 2) Pflegeberater II	1 Std. 29 Min. 1 Std. 21 Min.
Pflegestützpunkt <i>HH</i>	04.03.11	1) Pflegeberater I	1 Std. 16 Min.
		2) Pflegeberater II	1 Std. 08 Min.
Pflegestützpunkt <i>Hess</i>	06.04.11	1) Pflegeberater I 2) Pflegeberater II	2 Std. 09 Min. 0 Std. 27 Min. 1 Std. 05 Min.
Pflegestützpunkt <i>RP</i>	16.03.11	1) Pflegeberater I 2) Pflegeberater II	1 Std. 45 Min. 1 Std. 03 Min. 0 Std. 17 Min.
Pflegestützpunkt <i>Saar</i>	21.03.11	1) Geschäftsführer Pflegestützpunkt 2) Pflegeberater I 3) Pflegeberater II 4) Pflegeberater III 5) Pflegeberater IV	1 Std. 48 Min. 1 Std. 20 Min.

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

*) Zum Teil wurden die Befragungen von Pausen unterbrochen, so dass sie in getrennten Audio-Dateien abgespeichert wurden.

Wie der Tabelle entnommen werden kann, musste in einigen Fällen vom vorgesehenen Design bei der Durchführung der Befragungen abgewichen werden. Nicht bei allen Beratungsangeboten konnte das Interview zum Management der Beratung wie beabsichtigt von einer benannten Leitung der Beratung durchgeführt werden, die auch selbst in die Beratung involviert war: entweder weil eine solche Leitung nicht benannt ist oder weil vor Ort nur ein Mitarbeiter für die Pflegeberatung eingesetzt ist. In diesen Fällen wurden beide Teil-Interviews mit demselben Berater durchgeführt oder als gemeinsame Befragung aller vor Ort tätigen Berater. Ein Teil-Interview mit den Pflegeberatern der Pflegekassen *BW_A*, *BW_B* und *BW_C* wurde als Gruppenbefragung gemeinsam mit dem Berater des Pflegestützpunkts der benachbarten Großstadt durchgeführt, wobei im Besonderen auf die Kooperation der Beratungen bei den drei Pflegekassen mit dem Stützpunkt eingegangen wurde. In einigen Fällen nahmen auf eigenen Wunsch auch Vorgesetzte der Berater an den Befragungen teil, entweder an der Teilbefragung zum Management der Beratung (Pflegekasse *SH*) oder an beiden Teilbefragungen (Pflegekasse *BW_A*, Pflegekasse *Sachs*, Pflegestützpunkt *Saar*).

Alle Befragten stimmten vor Beginn der Befragungen einer Aufzeichnung der Interviews zu. Aus allen qualitativen Erhebungen liegen Aufzeichnungen von insgesamt 29,5 Stunden vor.

Zusammen mit den Befragungen wurden die in der obigen Darstellung der Interview-Leitfäden beschriebenen Dokumente zu allen Aspekten der Untersuchung erhoben. Insgesamt wurden dabei 186 Dokumente im Umfang zwischen einer und 225 Seiten zu den Beratungsangeboten an das Evaluations-Team übergeben.

4.2.4 Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse

Der Auswertung und Aufbereitung der Fallstudien liegen unterschiedliche Datenquellen zugrunde und es kommen gegenstandsorientiert verschiedene Methoden zum Einsatz: Die Struktur der Nutzer der Beratung wird quantitativ auf der Grundlage individueller Falldokumentationen ausgewertet. Den dabei festzustellenden Besonderheiten werden die Erkenntnisse zu strukturellen Voraussetzungen und Prozessen der Beratung gegenübergestellt, die qualitativ aus den Befragungen und mittels der Dokumentenanalysen untersucht werden (zu diesem triangulatorischen Vorgehen vgl. Yin 1999, Lamnek 2005: 301-328 und Flick 2007). Gemäß der Methodik von Fallstudien geht es dabei nicht um eine bloße „Reproduktion“, sondern „interpretierend und typisierend [um eine ...] wissenschaftliche Reproduktion von Handlungsmustern auf der Grundlage von alltagsweltlichen, realen Handlungsfiguren. Die Generierung theoretischer Konzepte ist offen für Interpretationen und Deutungen der Alltagswelt“ (Lamnek 2005: 328).

Die Erkenntnisse zur Praxis der Beratung, erhoben auf der Ebene der Beratungsfälle, wurden mittels des Statistikprogramms PASW Statistics 18 (vormals SPSS) analysiert. Die Daten wurden dabei zunächst einer Plausibilitätskontrolle unterzogen und um einzelne Erhebungs- bzw. Eingabefehler bereinigt. Insgesamt jedoch kann festgestellt werden, dass mit dem Datensatz hinsichtlich aller 123 Variablen eine ungewöhnlich ausfallfehlerfreie Analysegrundlage vorliegt. Hier wirkt sich die gründliche und aufwändige Datenerhebung vor Ort aus, insbesondere deren Begleitung bei allen Beratungsfällen. Die vorgenommenen Auswertungen verwenden im Wesentlichen einfache bi- und multivariate Methoden der deskriptiven Statistik (v.a. Kreuztabellen). Die Ergebnisse dieser Auswertungen sind in Abschnitt 4.4 dargestellt.

Die auf der Ebene der Organisationen der Beratung aufgezeichneten Befragungen wurden, transkribiert und im Umfang von insgesamt 643 Seiten als zeilennummerierte Textdokumente im Dateiformat PDF aufbereitet. Die in diesem Kapitel enthaltenen Quellenverweise auf die Befragungen beziehen sich auf diese Dateien. Zur Analyse der Interviews wurde das Softwarepaket MAXQDA 10 eingesetzt. Die zusammen mit den Befragungen erhobenen Dokumente wurden synoptisch aufbereitet ebenfalls in die Auswertung mit aufgenommen.

Die qualitativen Auswertungen folgen einer Kombination aus deduktivem und induktivem Vorgehen. Zugrunde gelegt wurden dabei zunächst die in der Leistungsbeschreibung des Auftraggebers formulierten Themenschwerpunkte für die Untersuchung. Diese wurden abgeglichen und ergänzt um weitere Aspekte aus den gesetzlichen Vorgaben zur Pflegeberatung in § 7a SGB XI. Darüber hinaus basiert die qualitative Kategorienbildung auf einschlägigen wissenschaftlichen Publikationen und allgemein anerkannten Standards, z.B. der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). In Ergänzung zu diesem deduktiven Vorgehen erfolgte auf induktivem Weg ein Abgleich des Kategorienschemas mit den Kategorien, die sich in einem mehrstufigen Verfahren der Verdichtung aus dem empirischen Material extrahieren ließen. Insbesondere wurden dabei typische oder exemplarische Regelungen bzw. Verfahren identifiziert und zur Kontrastierung der empirischen Situation in allen Fällen verwendet. Folgende Tabelle gibt einen Überblick der in den Auswertungen mit MAXQDA verwendeten Kategorien (Codes):

Tabelle 10: Codesystem zur Auswertung der qualitativen Befragungen

Codesystem [900]	
Pflegenetzwerk_Sachsen [6] Interne Kooperation [3] Konzept [10] Pflegeberatung an PSP delegieren bzw. direkt bei Kasse [3] Vorstellungsrunde [7] Datenschutz [18] Codierung unklar [6] Klärung Beratungsaufträge [9] Doppelstruktur PSP und Beratung bei der Kasse [6] Screening-/Assessmentsinstrumente [15] Kommunaler Altenpflege-/Teilhabeplan [10] Abrechnung/Buchung der Pflegeberatung [15] Qualitätsmanagement [12] Beschwerdemanagement [10] Persönliche Perspektive in der Pflegeberatung [8] Verfügbare Hilfs- und Unterstützungsangebote [8] Versorgungslücken [17] Erhebung [9] Kooperation mit anderen Koordinierungsstellen [10] Kooperation mit anderen Beratungsstellen [20] Wichtigste Kooperationspartner [13] Neutralität der Beratung [16] Rollenkonflikte [6] Interessens- und Zielkonflikte [13] Nicht abdeckbare Beratungsbedarfe [20] Qualifizierung Berater/in [10] Information Berater/in [12] Wohnortnahe Versorgung [5] Informelle/ehrenamtliche/bürgerschaftliche Hilfen [20] Vermittlung dieser Hilfen [3] Erfassung dieser Hilfen [6] Kategorien der Hilfe [0] Medizinisch-pflegerische Hilfen [8] Soziale Hilfen [8] Rehabilitative Hilfen [7] Palliative Hilfen [9] Kurative Hilfen [12] Präventive Hilfen [10] Evaluation [10] Fallkonferenzen [11] Leistungsgesetze [2] Andere Leistungsgesetze [7] Sozialgesetzbücher [17]	Genehmigungen durch Leistungsträger einholen [10] durch Begleitung der Beantragung [0] durch Formular/Adresse weitergeben [1] Statistiken [21] Dokumentation [30] Folgeberatung [10] Komplexer Fall/Case-Management-Fall [15] Rollen im Case-Management [11] Informationen aus MDK-Gutachten [11] Probleme bei Umsetzung/Aktualisierung des VP [7] Überwachung Versorgungsplan [12] Wie wird Versorgungsplan erstellt [8] Wem wird Versorgungsplan ausgehändigt [6] Wer wird einbezogen [12] Wann Versorgungsplan [5] Bedeutung/Verständnis Versorgungsplan [16] Nutzer/innen untersch. Kassen [7] Einzugsgebiet/Entfernungen [18] Veränderungswünsche/Bewährtes/Änderungsbedarf [22] Sonstige Inhalte und Themen der Beratung [2] Inhalte und Themen zu Leistungen der gesetzl. KV [1] Inhalte und Themen zu Leistungen der Sozialhilfe [1] Inhalte und Themen zum SGB XI [4] Widerspruch [23] Ablauf: Fallbegleitung [11] Ablauf: Beratungsfall [13] Ablauf: Informationsfall [13] Vorläufer des Beratungsangebots [14] Übergegangene Personalstellen [0] Zusammenschlüsse [0] Wechsel der Trägerschaft [0] Dienst- und Fachaufsicht [14] Datensicherheit [0] Schweigepflicht [5] Unterscheidung § 7 und § 7a SGB XI [18] Initiative zur Beratung durch Beratungsstelle [23] Initiative zur Beratung durch Nutzer [14] Ausstattung: Räumlichkeiten [16] Sachausstattung [16] Ausstattung: Personal [16] Öffentlichkeitsarbeit [24] Erreichbarkeit der Beratung [12] Abläufe: Prozessbeschr./Verfahrensanw. [11]

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Auf dieser Grundlage können nun Gemeinsamkeiten zwischen den Beratungsangeboten beschrieben werden, aber auch Fallbeispiele, die in verschiedenerelei Hinsicht besonders sind oder als herausragende Beispiele im Sinne guter Praxis identifiziert werden. Zur Darstellung dieser Ergebnisse bieten sich grundsätzlich zwei alternative Darstellungsformen an: Entweder die Beratungsangebote werden Ort für Ort erschöpfend zu allen beratungsrelevanten Themen und Aspekten dargestellt oder die praktische Umsetzung der Pflegeberatung wird themenbezogen gegliedert wiedergegeben und es wird dabei jeweils auf die Bandbreite der einschlägigen Lösungen im Allgemeinen und auf förderliche und hinderliche Faktoren sowie good practice im Besonderen eingegangen. In diesem Bericht wird nach einer einleitenden Beschreibung des Profils aller Beratungsangebote (in Abschnitt 4.3) in den Abschnitten 4.4 bis 4.7 die zweite Alternative gewählt (vgl. dazu die Cross-Case Analysis bei Yin 2003). Diese Darstellungsform erlaubt es, wie vom

Auftraggeber gefordert, aus den Fallstudien insbesondere good practice herauszuarbeiten. Dazu bilden die Themenschwerpunkte, die der Gliederung zugrunde liegen, alle in qualitätsmethodischer Hinsicht relevanten Aspekte von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines Total Quality Managements ab. In ihnen manifestieren sich förderliche und hinderliche Faktoren ebenso wie der Untersuchungsschwerpunkt good practice. Da vorab keine Kriterien vorlagen, welche Praxis als good practice bewertet werden kann, müssen die Kriterien hierfür themenspezifisch aus der Bandbreite der empirischen Lösungen abgeleitet werden.

Das themenorientierte Vorgehen wird aber auch durch die Komplexität des Untersuchungsgegenstandes erforderlich. Um die Angebote der Pflegeberatung im Kontext ihrer multidimensionalen Bedingungsgefüge aus Organisationen, Konzepten und Managementvorgaben und hinsichtlich der Vielzahl unterschiedlicher interner sowie externer Beteiligter in ihren komplexen Kausalbeziehungen nachzuvollziehen, müsste eine nicht handhabbare Zahl individueller Entscheidungen analysiert werden. Um hier die Gefahr zu vermeiden, Schein-Kausalstrukturen zu beschreiben, beziehen sich die analysierten Orientierungen der einzelnen Beratungsangebote zunächst auf zentrale fallunabhängige Organisationsprinzipien (den gewählten Themenbereichen). Dazu werden im Sinne der Objektiven Hermeneutik theoretisch geleitet einzelne Festlegungen zur Beratung aus ihrem Alltagskontext herausgelöst (expliziert) und orientiert an einem sequenzanalytischen Vorgehen untersucht (vgl. Oevermann et al. 1979; Reichertz 2007). Es wird davon ausgegangen, dass die in der Leistungsbeschreibung angelegten und in der Untersuchung auch qualitätsmethodisch begründeten Themenbereiche geeignet sind, die zentralen Entscheidungen der Akteure in den jeweiligen Fällen nachvollziehbar zu machen. Der objektiven Hermeneutik zufolge, wird die gewählte Handlungsalternative in der jeweils explizierten Entscheidungssituation vor dem Hintergrund der alternativen Handlungsoptionen betrachtet. Z.B. werden so, herausgelöst aus dem sonstigen Material, die Entscheidungen zum Umgang mit Versorgungsplänen betrachtet. Um diesen Einzelentscheidungen anschließend auch fallspezifisch gerecht zu werden, werden die einschlägigen Festlegungen mit anderen explizierten Festlegungen verknüpft. Wo dies möglich war, werden so rekonstruktiv Sinnzusammenhänge hergestellt (z.B. zwischen konzeptionellen Vorgaben oder aus Regelungen zur Finanzierung der Pflegeberatung und dem Umgang mit Versorgungsplänen), wird dies im Bericht mit Querverweisen dargestellt.

Erst im nächsten Schritt können auf dieser Grundlage einzelne Fälle in einer Zusammenschau als Good-Practice-Fälle qualifiziert werden, nämlich dann, wenn sie insgesamt, d.h. in der Zusammenschau aller themenspezifischen Lösungen, überzeugen und den normativen Vorgaben insbesondere des Gesetzes in besonderer Weise entsprechen. In der vorliegenden Evaluation wurden zwei Angebote der Beratung als Good-Practice-Fälle identifiziert, die abschließend in der Gesamtdarstellung beschrieben werden. Um daraus lernen zu können (vgl. „The Role of Cases in Human Learning“ in Flyvbjerg 2006: 221-224), stehen im Fokus dieser Darstellung die Faktoren, die diese besonders gute Praxis möglich machen und die Aspekte, in denen sie sich über alle Themenbereiche hinweg manifestiert (Abschnitt 4.8).

4.3 Profile der Beratungsangebote

Die folgenden Profile der Beratungsangebote enthalten Informationen zu Rahmen und Voraussetzungen der Beratungen. Wo nicht anders angegeben, entstammen die Daten den unter 4.2.2 beschriebenen Profilerhebungsbögen.

4.3.1 Pflegekasse *BW_A*

Tabelle 11: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *BW_A*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
	Baden-Württemberg	1 Landkreis	40 km
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	1,0	200.000* 200.000	80.000 80.000
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Sozialmanager (B.A.)	50 %	Derzeit in Weiterbildung
Pflegeberater 2	Diplom-Sozialpädagoge (BA)	50 %	Derzeit in Weiterbildung

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI [2011]

*) Die Einwohnerzahl wird aus Gründen der Anonymität gerundet angegeben.

Der Landkreis, in dem die Pflegeberatung durch die Pflegekasse *BW_A* angeboten wird, umfasst eine Kreisstadt mit ca. 20.000 Einwohnern. Darüber hinaus gibt es keine größeren Städte.

Die Pflegeberatung ist organisatorisch im sozialen Dienst einer eigenen Abteilung zugeordnet. Diese Abteilung gab es bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung, ihr Aufgabenspektrum wurde stetig erweitert, was u.a. zu Neueinstellungen von Pflegefachkräften und zu Qualifizierungen führte. Beratung wird außer zum SGB XI auch zu den Sozialgesetzbüchern I, II, III, IV, V, VIII, IX und XII.

Die Pflegeberatung wird nur für Versicherte der eigenen Kasse angeboten. Neben der Beratung bei Hausbesuchen kann Beratung auch in zwei Dienststellen der Pflegekasse im Landkreis durchgeführt werden. Im Einzugsbereich des Beratungsangebots gibt es keinen Pflegestützpunkt.

Alle Berater verfügen über einen persönlichen E-Mail-Account sowie über ein dienstliches Mobiltelefon, über Dienst-PKWs und über persönliche Visitenkarten. Ein Laptop für Termine außer Haus wird als nicht notwendig erachtet. Beratung ist während der normalen Öffnungszeiten der Geschäftsstellen und nach Vereinbarung möglich. Zu diesen Zeiten ist auch eine telefonische Kontaktaufnahme möglich.

Das Beratungsangebot der Pflegekasse *BW_A* zeichnet sich durch seine Regionalität aus. Der Einzugsbereich erstreckt sich lediglich über einen Landkreis mit einer vergleichsweise geringen Einwohnerzahl. Dies erleichtert es den Beratern, sich alle im Zuständigkeitsbereich verfügbaren

vertraglichen und nicht-vertraglichen Unterstützungsangebote zu erschließen und es ermöglicht eine aktive Netzwerkarbeit.

4.3.2 Pflegekasse *BW_B*

Tabelle 12: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *BW_B*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
	Baden-Württemberg	Alle in Baden-Württemberg	300 km
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	2,0	10.755.000 5.377.500	35.000 17.500
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Pflegefachkraft, Pflegedienstleitung	100 %	Ja
Pflegeberater 2	Pflegefachkraft, Heimleitung	100 %	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Die Pflegeberatungen der Pflegekassen *BW_B* und *BW_C* unterscheiden sich grundsätzlich von denen der anderen in den Fallstudien betrachteten Beratungsangeboten. Beide Pflegekassen haben Baden-Württemberg nur relativ wenige Versicherte und sind somit als Flächenkassen tätig. Die Pflegekasse *BW_B* hat nur eine Dienststelle in Baden-Württemberg, an der auch die Pflegeberatung angesiedelt ist.

Um trotz des großen Einzugsbereichs eine wohnortnahe Pflegeberatung mit Hausbesuchen sicherzustellen, findet eine Kooperation mit Pflegestützpunkten und mit anderen Beratungsstellen und kommunalen Einrichtungen im Einzugsbereich statt. Wie die Berater dieser Pflegekasse diesbezüglich und auch in Hinblick auf die Erschließung von Unterstützungsangeboten und auf die Netzwerkarbeit ihrer besonderen Situation umgehen wird ausführlicher unter 4.5.6 beschrieben.

Die Pflegeberatung wird nur für Versicherte der eigenen Kasse angeboten. Neben der Beratung zum SGB XI wird Beratung auch zu Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern V und XII angeboten. Den Beratern stehen dazu ein persönlicher dienstlicher E-Mail-Account, ein dienstliches Mobiltelefon, Dienst-PKW sowie persönliche Visitenkarten zur Verfügung. Die Beratung ist zu den normalen Büro-Öffnungszeiten erreichbar.

4.3.3 Pflegekasse *BW_C*

Tabelle 13: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *BW_C*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
		Baden-Württemberg	Alle in Württemberg
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	1,0	unbekannt	100.000 <i>100.000</i>
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Dipl. Verwaltungswirt	100 %	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Die Situation der Pflegeberatung durch die Pflegekasse *BW_C* ist ebenso wie die der Pflegekasse *BW_B* von der Situation als Flächenkasse mit nur relativ wenig Versicherten in Baden-Württemberg gekennzeichnet. Die Pflegekasse hat zwar mehrere Geschäftsstellen in Baden-Württemberg, Zuständigkeitsbereich des befragten Beraters umfasst aber etwa den gesamten Landesteil Württemberg. Die Pflegeberatung wird nur für Versicherte der eigenen Kasse angeboten.

Auch durch die Pflegeberatung dieser Kasse besteht eine Kooperation mit den Pflegestützpunkten im Einzugsbereich um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen bzw. es wird auf andere örtliche Beratungsangebote oder die Gemeinden zurückgegriffen (insbesondere bei Landkreisen ohne Pflegestützpunkten, vgl. dazu und zur Frage der Erschließung der Unterstützungsangebote sowie der Netzwerkarbeit ausführlich unter 4.5.6).

4.3.4 Pflegekasse *By*

Tabelle 14: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *By*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
	Bayern	1 kreisfreie Stadt, 2 Landkreise	80 km
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	1,0	240.000 <i>240.000</i>	100.000 <i>100.000</i>
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Pflegefachkraft, Pflegedienstleitung	100 %	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Der Einzugsbereich der Pflegeberatung durch die Pflegekasse *By* ist gekennzeichnet durch zwei Flächenlandkreise und eine kreisfreie Stadt mit ca. 40.000 Einwohnern. Der Einzugsbereich ist vergleichsweise groß – und zwar sowohl in Hinblick auf die Zahl der Einwohner, als auch in Bezug auf die Zahl der Versicherten. Auch die maximal zurückzulegende Distanz des Beraters zur Durchführung von Hausbesuchen ist besonders groß. Während das Verhältnis zur Einwohnerzahl bedeutsam für einen Überblick des Beraters über alle verfügbaren Unterstützungsangebote ist, kann die große Zahl der Versicherten im Verhältnis zu der einen Beraterstelle als Indikator für eine besonders starke Auslastung des Beratungsangebots betrachtet werden (zum Vergleich: andere in den Fallstudien betrachtete Beratungsangebote bei Pflegekassen weisen weniger als 50.000 Versicherte pro Berater-Vollzeitstelle auf). Vor diesem Hintergrund ist bemerkenswert, dass die Beratung der Pflegekasse *By* trotz dieser objektiv schwierigeren Rahmenbedingungen insgesamt als good practice zu werten ist (vgl. unter 4.8.1).

Die Pflegeberatung wird nur für Versicherte der eigenen Kasse angeboten. Eine Erstberatung ist aber auch für Versicherte anderer Kassen und für privat Pflegeversicherte möglich. Im Einzugsbereich des Beratungsangebots gibt es keine Pflegestützpunkte.

Neben der Beratung zum SGB XI wird insbesondere auch zu Leistungen der Sozialgesetzbücher V, IX und XII beraten. Dem Berater stehen ein persönlicher dienstlicher E-Mail-Account, ein dienstliches Mobiltelefon sowie persönliche Visitenkarten zur Verfügung. Die Beratung ist „wie von den Versicherten gewünscht und umsetzbar“ erreichbar (Angaben im Profil-Erhebungsbogen).

4.3.5 Pflegekasse *NRW*

Tabelle 15: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *NRW*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
		Nordrhein-Westfalen	1 Landkreis
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	3,0	500.000* <i>167.000</i>	150.000 <i>50.000</i>
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Pflegefachkraft	100 %	Ja
Pflegeberater 2	Pflegefachkraft	100 %	Ja
Pflegeberater 3	Pflegefachkraft	100 %	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

*) Die Einwohnerzahl wird aus Gründen der Anonymität gerundet angegeben.

Beim Einzugsbereich der Pflegeberatung der Pflegekasse *NRW* handelt es sich um einen der dichtest besiedelten Landkreise Deutschlands.

Im Einzugsbereich des Beratungsangebots befindet sich ein Pflegestützpunkt in Gründung mit Dependancen in mehreren Kreisstädten. An diesem ist auch die Pflegekasse *NRW* beteiligt. Nach Abschluss der Gründungsphase wird die Pflegekasse *NRW* Pflegeberatung für die eigenen Versicherten anbieten und sich darüber hinaus aber auch an der Beratung für Versicherte anderer Kassen in den Dependancen des Pflegestützpunkts beteiligen (vgl. ausführlich unter 4.7.2).

Da sich der Pflegestützpunkt derzeit noch im Aufbau befindet, bezieht sich die vorliegende Untersuchung ausschließlich auf die Pflegeberatung der Pflegekasse *NRW* für die eigenen Versicherten, die in der eigenen Geschäftsstelle angeboten wird. Neben dem SGB XI bezieht sich die Beratung auf Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern V, VI, VII, IX und XII. Die Beratung ist zwar auch in der Dienststelle der Pflegeberater möglich, findet aber fast ausschließlich als „zugehende Beratung“ im Rahmen von Hausbesuchen statt.

Alle Berater verfügen über einen persönlichen dienstlichen E-Mail-Account, über Laptops zum möglichen Einsatz bei Hausbesuchen, über dienstliche Mobiltelefone sowie über persönliche Visitenkarten. Die Beratung ist zu den normalen Büro-Öffnungszeiten erreichbar. Termine sind auf Vereinbarung auch außerhalb dieser Zeiten möglich.

4.3.6 Pflegekasse *Sachs*

Tabelle 16: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *Sachs*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
		Sachsen	1 kreisfreie Stadt, Teile von 2 Landkreisen
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	2,0	unbekannt**	63.000 31.500
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Pflegefachkraft, Case Manager (DGCC)	100 %	Ja
Pflegeberater 2	Pflegefachkraft, Case Manager (DGCC)	100 %	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

*) Die maximale Distanz vom Dienstsitz kann nicht angegeben werden, da die Pflegekasse hierzu keine Angaben macht.

***) Die Einwohnerzahl kann nicht angegeben werden, da nach Angaben der Pflegekasse der Einzugsbereich der Pflegeberatung neben der kreisfreien Stadt jeweils *Teile* von zwei weiteren Landkreisen umfasst.

Das Einzugsgebiet der Pflegeberatung der Pflegekasse *Sachs* erstreckt sich über eine Großstadt sowie über Teile von zwei angrenzenden Landkreisen, die teilweise eher dünne Besiedelung aufweisen. Die Pflegekasse *Sachs* macht keine Angaben zum Einzugsbereich des Beratungsangebots. In einer Mail im Anschluss an die Befragung wird mitgeteilt, dass für die dienstlichen Fahrten ein Durchschnittsradius von knapp elf Kilometer ermittelt wurde. In der Befragung gab der Berater jedoch wesentlich weitere *maximale* Entfernungen an und qualifizierte den Einzugsbereich als groß. Zu den Äußerungen des Beraters und zur Frage, wie unter diesen Umständen ein sicherer Überblick aller Unterstützungsangebote und eine gelingende Netzwerkarbeit möglich ist, vgl. ausführlich unter 4.5.2.

Die Pflegeberatung wird primär für Versicherte der eigenen Kasse angeboten. In seltenen Fällen wird sie gegen Kostenerstattung auch für kleinere Pflegekassen übernommen, die vor Ort keine eigene Beratungsinfrastruktur haben (Sachs_1b, Z. 539-560). In Sachsen gibt es keine Pflegestützpunkte; es findet eine Kooperation mit den Kommunen und den Leistungserbringern in der „Vernetzten Pflegeberatung Sachsen“ statt (vgl. dazu ausführlich unter 4.7.3).

Für die Pflegeberatung können die Berater auf verschiedene Dienststellen der Pflegekasse aber auch auf Räume der in der „Vernetzten Pflegeberatung Sachsen“ kooperierenden Kommunen zurückgreifen. Der weitaus größte Teil der Beratungen findet aber als aufsuchende Beratung in der eigenen Häuslichkeit statt. Die Berater verfügen über einen persönlichen dienstlichen E-Mail-Account, über ein dienstliches Mobiltelefon sowie über persönliche Visitenkarten. Die Beratung

ist zu den normalen Bürozeiten erreichbar. Beratungstermine sind auf Vereinbarung auch außerhalb dieser Zeiten möglich.

4.3.7 Pflegekasse SH

Tabelle 17: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung bei der Pflegekasse SH

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
		Schleswig-Holstein	1 kreisfreie Stadt, 4 Landkreise
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	bis zu 1,0	790.000 <i>790.000</i>	32.000 <i>32.000</i>
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Sozialversicherungsfachangestellter	Bedarfsentsprechend	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Das Angebot der Pflegekasse SH fällt durch einen relativ großen Einzugsbereich mit einem großen Radius und einer hohen Einwohnerzahl bei insgesamt relativ wenig Versicherten auf. Im Einzugsbereich befindet sich eine Großstadt. Im Einzugsbereich des Beratungsangebots gibt es mehrere Pflegestützpunkte zu denen Kooperationsbeziehungen bestehen. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird jedoch ausschließlich vom Mitarbeiter der Pflegekasse angeboten. Wie auch die Berater der anderen Kassen arbeitet dieser aber nicht im Pflegestützpunkt mit; er kann aber Räume des Pflegestützpunkts nutzen (SchlesH_1, Z. 456-461).

Die Pflegeberatung wird in der Regel nur für die Versicherten der eigenen Kasse angeboten. Ausnahmen werden in Einzelfällen gemacht, z.B. bei Ehepartnern von Versicherten, wenn die Maßnahmen, zu denen beraten wird, beide Partner betreffen und solange es dabei nicht um leistungsrechtliche Ansprüche geht (SchlesH_1, Z. 155-163).

Die Pflegeberatung ist organisatorisch einer eigenen Abteilung mit der Zuständigkeit der Sozial- und Gesundheitsberatung zugeordnet, die bereits seit etwa 20 Jahren besteht. Vom Berater dieser Abteilung wird insbesondere zu folgenden Leistungsgesetzen beraten: SGB V, VI, IX, XII und Schwerbehindertengesetz.

Der Pflegeberater verfügt über einen persönlichen dienstlichen E-Mail-Account, ein dienstliches Laptop, ein dienstliches Mobiltelefon, einen Dienst-PKW sowie über persönliche Visitenkarten. Er kann seine Beratungszeiten flexibel nach den Wünschen der Nutzer handhaben. Die telefonische Erreichbarkeit ist während der normalen Bürozeiten gegeben.

4.3.8 Pflegestützpunkt *Bran*

Tabelle 18: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt *Bran*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
	Brandenburg	1 Landkreis	45 km
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	bis zu 2,0	160.000* 80.000	---
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Pflegefachkraft	Bis zu 100 %	Derzeit in Weiterbildung
Pflegeberater 2	Pflegefachkraft, Sozialarbeiter	Bis zu 100 %	Nein

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

*) Die Einwohnerzahl wird aus Gründen der Anonymität gerundet angegeben.

Der Pflegestützpunkt *Bran* ist gekennzeichnet durch seine Lage in einem relativ dünn besiedelten Landkreis mit zurückgehenden Einwohnerzahlen. Keine der Kreisstädte hat mehr als 25.000 Einwohner. Der Stützpunkt ist in einem Ämtergebäude des Landkreises unter anderem zusammen mit dem Gesundheitsamt angesiedelt.

Die Pflegeberatung wird für alle gesetzlich Pflegeversicherten angeboten. Privat Versicherte werden auf die Pflegeberatung der privaten Pflegeversicherung verwiesen. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird von allen Beratern des Pflegestützpunkts angeboten. Eine Weiterbildung gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes besucht aber nur der von der Pflegekasse entsandte Pflegeberater.

Die Beratung erfolgt insbesondere zu Leistungen aus dem Sozialgesetzbüchern V, IX und XI. Grundlegende Informationen werden auch zu SGB II, III und XII gegeben. Für ihre Arbeit stehen den Beratern ein persönlicher dienstlicher E-Mail-Account, ein Laptop, ein dienstliches Mobiltelefon, ein Dienst-PKW und persönliche Visitenkarten zur Verfügung. Die Beratung ist zu den normalen Bürozeiten und auf Vereinbarung auch darüber hinaus möglich.

4.3.9 Pflegestützpunkt HH

Tabelle 19: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt HH

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
		Hamburg	1 Bezirk
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	3,05	280.000* 92.000	---
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Sozialversicherungsfachangestellter	80 %	Ja
Pflegeberater 2	Sozialversicherungsfachangestellter	50 %	Ja
Pflegeberater 3	Pflegefachkraft	75 %	Nein
Pflegeberater 4	Pflegefachkraft, Dipl. Pflegewirt	100 %	Nein

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

*) Die Einwohnerzahl wird aus Gründen der Anonymität gerundet angegeben.

Der Pflegestützpunkt HH ist gekennzeichnet durch seinen großstädtischen Einzugsbereich. Für die vergleichsweise große Einwohnerzahl im Zuständigkeitsbereich sind zwei kommunale Pflegeberater und zwei, von zwei verschiedenen Pflegekassen entsandte Berater zuständig. Der Stützpunkt ist in einem Ämtergebäude der Bezirksverwaltung angesiedelt, unter anderem mit dem Gesundheitsamt und der Sozialberatung, mit denen Kooperationen bestehen.

Die Pflegeberatung wird für alle gesetzlich Pflegeversicherten angeboten. Privat Versicherte können eine Beratung gegen Rechnung erhalten. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird von allen Beratern des Pflegestützpunkts angeboten. Eine Weiterbildung gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes besuchen aber nur die von Pflegekassen entsandten Berater.

Im Pflegestützpunkt HH erfolgt die Beratung vor allem auf der Grundlage der Sozialgesetzbücher V, XI und XII.

Den Beratern stehen für ihre Tätigkeit persönliche dienstliche E-Mail-Accounts, ein Laptop, sowie persönliche Visitenkarten zur Verfügung. Dienst-PKWs aber auch dienstliche Mobiltelefone werden von den Beratern als nicht erforderlich bezeichnet. Bedingt durch die großstädtische Lage ist der Pflegestützpunkt gekennzeichnet durch einen besonders hohen Anteil von Beratungsgesprächen im Stützpunkt und am Telefon. Die Erreichbarkeit zu den normalen Bürozeiten ist gegeben. Beratungstermine können flexibel vereinbart werden; an zwei halben Tagen pro Woche sind Beratungen auch ohne vorherige Terminvereinbarung möglich.

4.3.10 Pflegestützpunkt *Hess*

Tabelle 20: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt *Hess*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienststz
	Hessen	1 Landkreis	40 km
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	2,0	250.000* <i>125.000</i>	---
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Sozialversicherungsfachangestellter	100 %	Derzeit in Weiterbildung
Pflegeberater 2	Dipl. Sozialarbeiter	50 %	Ja
Pflegeberater 3	Dipl. Sozialarbeiter	50 %	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

*) Die Einwohnerzahl wird aus Gründen der Anonymität gerundet angegeben.

Der Einzugsbereich des Pflegestützpunkts *Hess* umfasst neben der Kreisstadt mit weniger als 100.000 Einwohnern noch eine Reihe weitere Städte, von denen aber nur wenige mehr als 20.000 Einwohner haben.

Besonderes Kennzeichen des Pflegestützpunkts *Hess* ist seine Ansiedelung in einem Beratungszentrum, in dem neben dem Stützpunkt unter anderem auch die Alzheimer-Gesellschaft und eine Freiwilligenagentur Beratung anbietet. Es bestehen enge Kooperationsbeziehungen zu den anderen Beratungsangeboten in dem Beratungszentrum (vgl. dazu ausführlich unter 4.7.4). Der Pflegestützpunkt ist aus einer zuvor bestehenden Beratungs- und Koordinierungsstelle (BeKo-Stelle) hervorgegangen.

Die Pflegeberatung wird für alle gesetzlich und privat Pflegeversicherte gleichermaßen angeboten. Im Pflegestützpunkt *Hess* wurde eine interne Arbeitsteilung vereinbart, wonach die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vornehmlich durch den von der Pflegekasse entsandten Mitarbeiter (Pflegeberater 1 in obiger Tabelle) angeboten wird. Eine Weiterbildung gemäß der Empfehlung des GKV-Spitzenverbands haben aber auch kommunale Berater des Stützpunkts absolviert. Der dritte Berater absolviert die Weiterbildung derzeit.

Neben der Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung wird im Pflegestützpunkt *Hess* insbesondere zu Leistungen nach dem SGB V und XII beraten. Für ihre Arbeit stehen den Beratern ein persönlicher dienstlicher E-Mail-Account, ein dienstliches Mobiltelefon und persönliche Visitenkarten zur Verfügung. Die Erreichbarkeit ist werktäglich zu den normalen Bürozeiten gegeben, Termine sind nach Vereinbarung auch außerhalb dieser Zeiten möglich. Zusätzlich ist an zwei Vormittagen und einem Nachmittag pro Woche eine Beratung ohne Voranmeldung möglich.

4.3.11 Pflegestützpunkt *RP*

Tabelle 21: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt *RP*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
		Rheinland-Pfalz	1 Verbandsgemeinde und 2 Ortsgemeinden
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	1,5	20.000 <i>13.300</i>	---
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Diplompädagoge	100 %	Derzeit in Weiterbildung
Pflegeberater 2	Sozialversicherungsfachangestellter	50 %	Ja

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Der Pflegestützpunkt *RP* ist besonders durch seine Regionalität gekennzeichnet. Als einziger der in den Fallstudien betrachteten Stützpunkte beschränkt sich sein Einzugsbereich nur auf einen Teil des Landkreises in dem er angesiedelt ist. Der Ort mit den meisten Einwohnern im Zuständigkeitsbereich hat weniger als 5.000 Einwohner. Die Einwohnerzahl im Einzugsbereich ist insgesamt und bezogen auf die Zahl der Vollzeitstellen besonders gering.

Besonderes Merkmal des Stützpunkts ist aber, dass er als einziger der untersuchten Angebote räumlich bei einem Wohlfahrtsverband angesiedelt ist. Der Wohlfahrtsverband war bereits vor der Einrichtung des Pflegestützpunkts Träger der BeKo-Stelle in denselben Räumen und er ist weiterhin Anstellungsträger einer der beiden Berater im Stützpunkt (vgl. hierzu ausführlicher unter 4.5.3).

Die Pflegeberatung wird für alle gesetzlich und privat Pflegeversicherte gleichermaßen angeboten. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird von allen Beratern des Pflegestützpunkts angeboten. Die Weiterbildung gemäß der Empfehlung wird bzw. wurde von beiden Beratern absolviert.

Neben der Beratung nach dem SGB XI wird im dem Pflegestützpunkt *RP* auch nach den Sozialgesetzbüchern V, VIII, IX und XII beraten. Den Beratern stehen persönliche dienstliche E-Mail-Accounts, persönliche Visitenkarten sowie ein dienstliches Mobiltelefon (nur der von der Pflegekasse entsandte Berater) zur Verfügung. Im Pflegestützpunkt sind wochentags jeweils an einem halben Tag Vormittag oder Nachmittag Sprechzeiten vereinbart. Darüber hinaus sind weitere Beratungszeiten auf Vereinbarung möglich.

4.3.12 Pflegestützpunkt *Saar*

Tabelle 22: Rahmendaten zum Profil der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt *Saar*

Regionale Zuständigkeit	Land	Landkreis(e)	Einzugsbereich: max. Distanz vom Dienstsitz
		Saarland	1 Landkreis
Personelle Ausstattung	Berater-Vollzeitstellen (VZ-Stelle)	Einwohner pro VZ-Stelle	Versicherte pro VZ-Stelle
	3,95	93.000 <i>23.500</i>	---
Qualifikationen	Grundqualifikationen	Stellenumfang für die Pflegeberatung	Weiterbildung gem. Empfehlung GKV-Spitzenverband
Pflegeberater 1	Pflegefachkraft	100 %	Derzeit in Weiterbildung
Pflegeberater 2	Dipl. Sozialpädagoge/Sozialarbeiter	100 %	Derzeit in Weiterbildung
Pflegeberater 3	Pflegefachkraft	100 %	Derzeit in Weiterbildung
Pflegeberater 4	Dipl. Sozialarbeiter	95 %	Derzeit in Weiterbildung

Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Ebenso wie der Pflegestützpunkt *RP* weist auch der Stützpunkt *Saar* eine relativ niedrige Zahl von Einwohnern pro Vollzeitstelle auf. Der Stützpunkt ist jedoch zentral für den gesamten Landkreis im Landratsamt angesiedelt. Der Landkreis ist geprägt von eher kleineren Kommunen (größte Stadt ist die Kreisstadt mit ca. 25.000 Einwohnern). Um eine regionalisierte Beratung zu ermöglichen, haben die Mitarbeiter des Stützpunkts daher die Zuständigkeiten für die verschiedenen Teile des Landkreises untereinander aufgeteilt (vgl. dazu ausführlicher unter 4.7.1).

Die Pflegeberatung wird für alle gesetzlich und privat Pflegeversicherte gleichermaßen angeboten. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird von allen Beratern des Pflegestützpunkts angeboten. Die Weiterbildung gemäß der Empfehlung wird derzeit von allen Beratern absolviert. Der Pflegestützpunkt ist aus einer zuvor bestehenden BeKo-Stelle hervorgegangen. Besonderes organisatorisches Kennzeichen des Pflegestützpunkts ist die Zusammenführung der Pflegeberater der Pflegekasse und der Kommunen in der sogenannten Integrierten Pflegeberatung (vgl. dazu ausführlicher in 4.5.3).

Die Mitarbeiter des Pflegestützpunkts verfügen über persönliche dienstliche E-Mail-Accounts, Laptops, dienstliche Mobiltelefone sowie persönliche Visitenkarten. Pflegeberatung zu den normalen Bürozeiten und nach Vereinbarung möglich.

4.4 Erkenntnisse zur Beratungspraxis

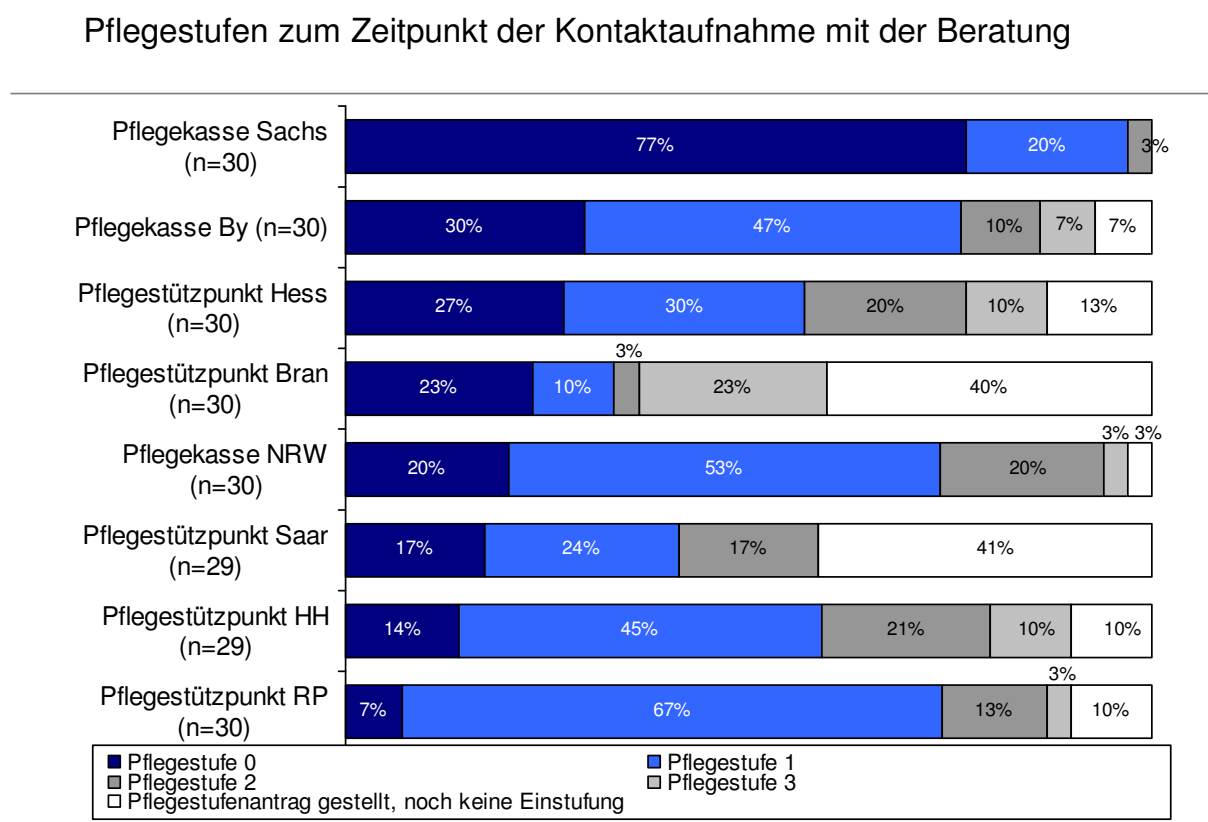
In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Erhebungen auf der Ebene der Beratungsfälle wiedergegeben, die im Rahmen der Fallstudien durchgeführt wurden. Wie unter 4.2.3 beschrieben, wurden zu acht der Angebote von Pflegeberatung jeweils n= 30 Beratungsfälle zufällig ausgewählt und anhand der Beratungsdokumentation und den Aussagen der Berater hinsichtlich Zugängen zur Beratung, realisierten Kontakten, Beratungsthemen und eingeleiteten Maßnahmen

ausgewertet. Die folgenden Abbildungen geben einen Überblick der wichtigsten Ergebnisse, eine tabellarische Gesamtdarstellung aller Daten findet sich als Anlage Fallstudien Nr. 8.

4.4.1 Hintergründe der Nutzer der Pflegeberatung

Als Nutzer der Pflegeberatung werden im Weiteren sowohl die pflegebedürftigen Versicherten selbst, wie auch deren Angehörige, Betreuer oder sonstigen Bezugspersonen verstanden, die die Pflegeberatung für den pflegebedürftigen Versicherten nutzen. Zu den Hintergründen der Nutzer wird in der folgenden Abbildung zunächst die Pflegestufe der Versicherten im Moment der Kontaktaufnahme mit der Pflegeberatung für die verschiedenen Standorte dargestellt:

Abbildung 21: Pflegestufen zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Beratung



Evaluation der Pflegeberatung §a SGB XI (2011)

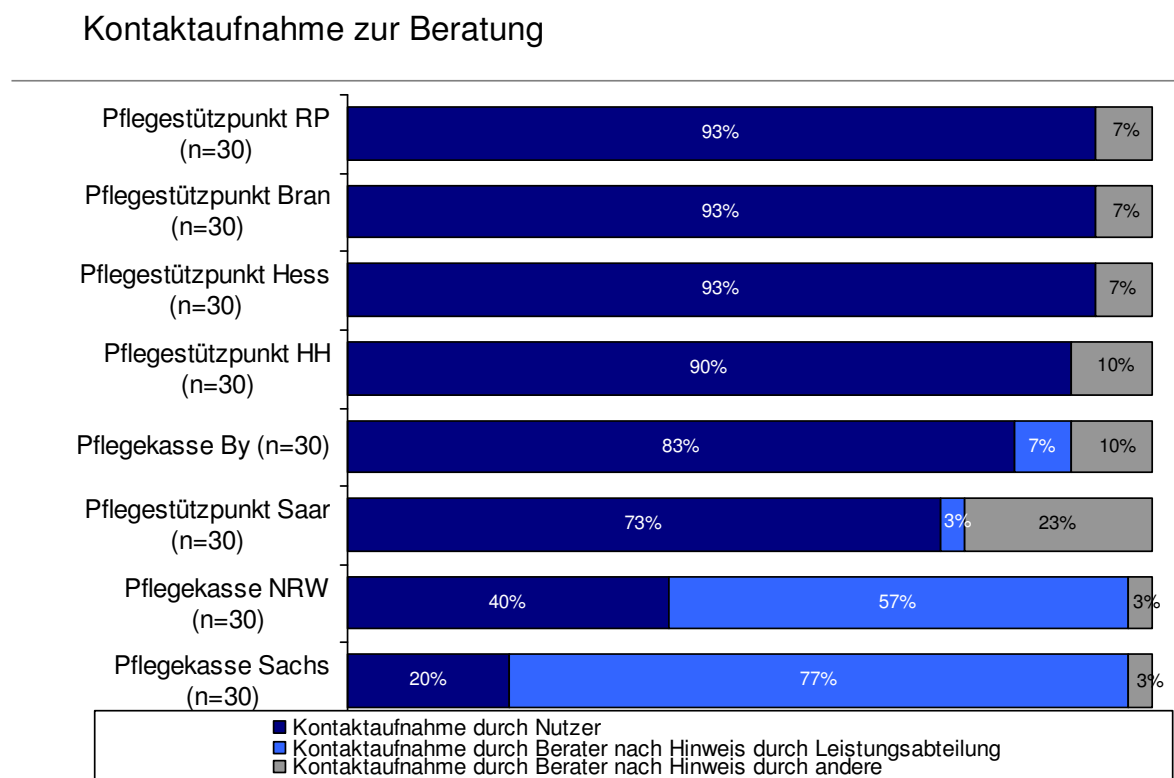
Hinsichtlich der Pflegestufe der Versicherten, für die die Beratung erfolgte, zeigt sich insgesamt eine sehr uneinheitliche Struktur. Der relativ hohe Anteil von Versicherten der Pflegestützpunkte *Bran* und *Saar*, die einen Pflegestufenantrag gestellt haben, bei denen aber noch keine Einstufung erfolgte, kann als Häufung von Fällen interpretiert werden, die hier den Kontakt zur Pflegeberatung aufgenommen haben, um Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Der hohe Anteil von Versicherten mit Pflegestufe 0 bei der Pflegekasse *Sachs* kann hingegen in Zusammenhang mit den gehäuften Fällen gesehen werden, bei dem die Berater dieses Beratungsangebots selbst den Kontakt mit den Versicherten aufnahmen, um Ablehnungen von Pflegestufenanträgen persönlich zu überbringen (20 der 30 ausgewerteten Fälle, vgl. Tabelle 8 in Anlage Fallstudien Nr. 8 sowie die Ausführungen im folgendem Abschnitt).

Weitere Strukturdaten der Versicherten zu denen die Beratung erfolgte, können den Tabellen 1 bis 3 in Anlage Fallstudien Nr. 8 entnommen werden. Bemerkenswert hieraus ist insbesondere die Verteilung der Versicherten auf Privathaushalte und auf stationäre Einrichtungen. Im Durchschnitt aller betrachteten Standorte lag der Anteil der Versicherten, die in stationären Einrichtungen lebten, bei 3 %. Bei keiner der betrachteten Pflegeberatungen betrug der Anteil mehr als 10 %. Pflegeberatung erfolgt damit zum weitaus größten Teil für ambulant versorgte Versicherte.

4.4.2 Zugang zur Beratung

Folgende Abbildung gibt wieder, von wem die Initiative zur Beratung ausging. Differenziert wird eine Kontaktaufnahme durch die Nutzer (das heißt durch die Pflegebedürftigen selbst, aber auch durch deren Angehörige, Betreuer oder andere Bezugspersonen) und eine Kontaktaufnahme durch die Pflegeberater, die wiederum getrennt nach den Hinweisgebern dargestellt ist, die die Berater um die Kontaktaufnahme gebeten haben. Diesbezüglich werden Beratungen auf Anlass der Leistungsabteilungen der Pflegekassen von Beratungen auf Anlass von anderen unterschieden.

Abbildung 22: Kontaktaufnahme zur Beratung



Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

In den meisten Beratungsangeboten erfolgt mit Abstand der größte Teil der Kontaktaufnahmen zur Beratung durch die Nutzer. Eine relative Häufung von Kontaktaufnahmen durch die Berater findet sich beim Pflegestützpunkt *Saar*. Hier erfolgte eine größere Zahl von Kontaktaufnahmen nach Hinweisen durch andere. Eine nähere Betrachtung dieser Fälle zeigt, dass diese Hinweise

vor allem durch Krankenhaussozialdienste, aber auch durch einen Hausarzt sowie den Behindertenbeauftragten einer Gemeinde erfolgten.

Die Beratungsangebote der Pflegekassen *NRW* und *Sachs* zeichnen sich in der vorliegenden Auswertung durch einen besonders hohen Anteil von Fällen aus, bei denen die Berater nach Hinweisen der Leistungsabteilung der Pflegekassen den Kontakt mit den Nutzern der Beratung aufnahmen. Die bei der Pflegekassen *NRW* genannten Anlässe bezogen sich zum einen auf bewilligte Pflegeleistungen hinsichtlich derer Beratungsbedarf erkannt wurde (z.B. Bewilligung von Pflegegeld bei Pflegestufe 2, bei einer berufstätigen Pflegeperson oder einer Pflegeperson mit höherem Alter). Die anderen Fälle, in denen die Pflegeberatung der Pflegekassen *NRW* von der Leistungsabteilung um Kontaktaufnahme gebeten wurde, bezogen sich auf Antragstellungen oder Widersprüche gegen Ablehnungen, zu denen beraten werden sollte.

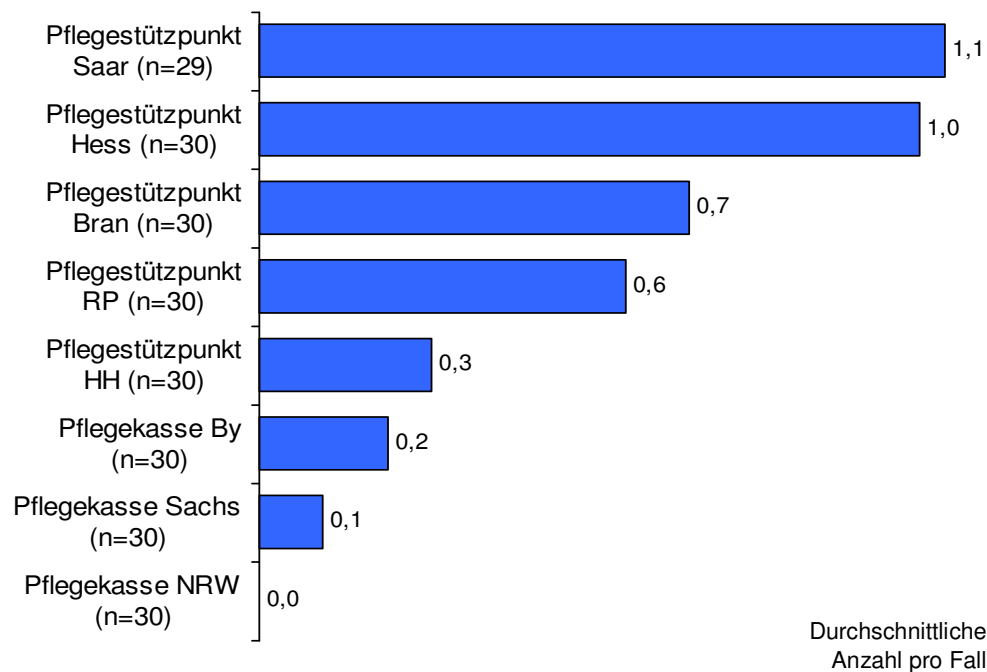
Den größten Anteil von Kontaktaufnahmen durch die Pflegeberater nach Hinweisen durch die Leistungsabteilung weist in der vorliegenden Erhebung die Pflegekasse *Sachs* auf. Insgesamt wurde hier in 23 der 30 ausgewerteten Fälle der Kontakt mit den Nutzern der Pflegeberatung auf Initiative durch die Leistungsabteilung gesucht. Unter diesen 23 Fällen waren 20 Fälle, bei denen die Pflegeberater den Auftrag hatten, einen Bescheid mit der Ablehnung von Pflegeleistungen zu überbringen. In der Befragung wiesen die Berater darauf hin, dass mit der Pflegeberatung in solchen Fällen die Absicht verbunden wird, die Zahl der Widersprüche gegen die Ablehnung von Leistungsanträgen zu reduzieren. Die Beratung erfolge in diesen Fällen zunächst zum Gutachten, das den Versicherten erläutert wird und das zugleich durch die Berater nochmals geprüft wird (*Sachs_1a*, Z. 580-641; *Sachs_2*, Z. 102-108, vgl. hierzu auch unter 4.6.1). In zwei der 20 bei der vorliegenden Erhebung ausgewerteten Fälle kam der Berater dabei zum Ergebnis, dass die Ablehnung nicht begründet war und bewirkte eine entsprechende Änderung des Bescheids, ohne, dass eine erneute Begutachtung notwendig war.

4.4.3 Arten und Häufigkeiten der Kontakte mit den Nutzern der Beratung

Wie häufig und auf welchen Wegen die Pflegeberater mit den Nutzern der Beratung Kontakt hatten, wird in den folgenden Abbildungen dargestellt. Betrachtet wird dabei zunächst die durchschnittliche Anzahl der persönlichen Gespräche pro Beratungsfall mit den Nutzern der Beratung in der Beratungsstelle. Als Nutzer werden auch hier wieder der Versicherte ebenso wie dessen Angehörige, Betreuer oder andere Bezugspersonen betrachtet.

Abbildung 23: Zahl der persönlichen Gespräche mit Nutzern in der Beratungsstelle pro Fall

Zahl der persönlichen Gespräche mit Nutzern in der Beratungsstelle pro Fall

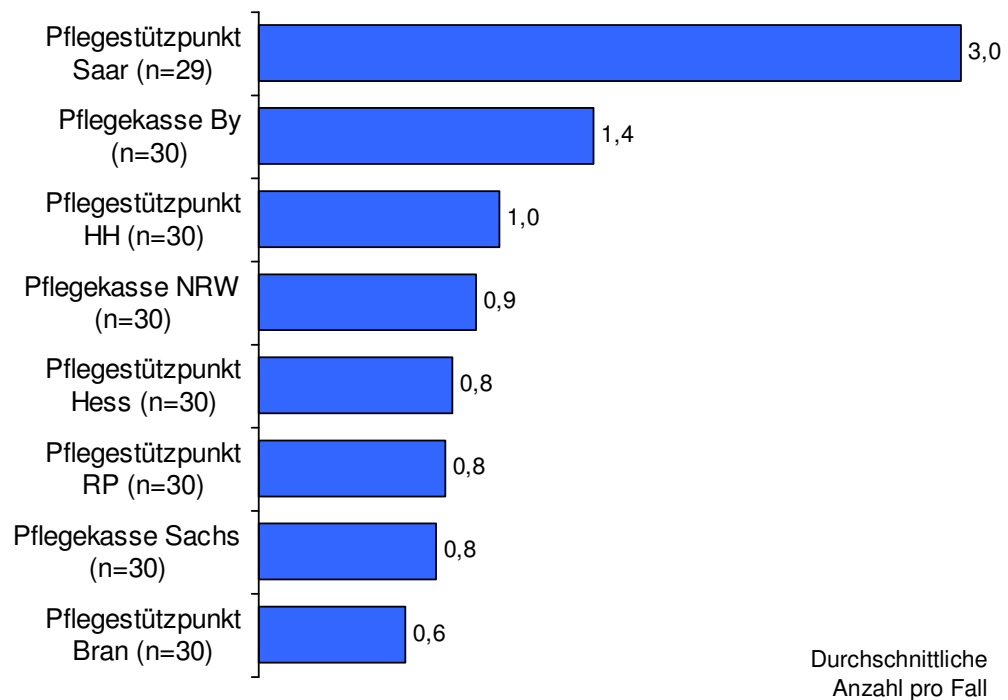


Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Wie dieser Abbildung entnommen werden kann, fanden Beratungsgespräche mit den Nutzern eher bei den in die Untersuchung aufgenommenen Pflegestützpunkten statt. Hingegen fanden die persönlichen Beratungsgespräche durch die Berater der Pflegekassen bei den betrachteten Fällen nur selten bzw. gar nicht in den Räumlichkeiten der Berater statt. Damit zusammenhängend kann auch die folgende Darstellung interpretiert werden, die die durchschnittliche Anzahl der persönlichen Gespräche mit den Nutzern in deren eigener Häuslichkeit wiedergibt:

Abbildung 24: Zahl der persönlichen Gespräche mit Nutzern in der eigenen Häuslichkeit pro Fall

Zahl der persönlichen Gespräche mit Nutzern in der eigenen Häuslichkeit pro Fall

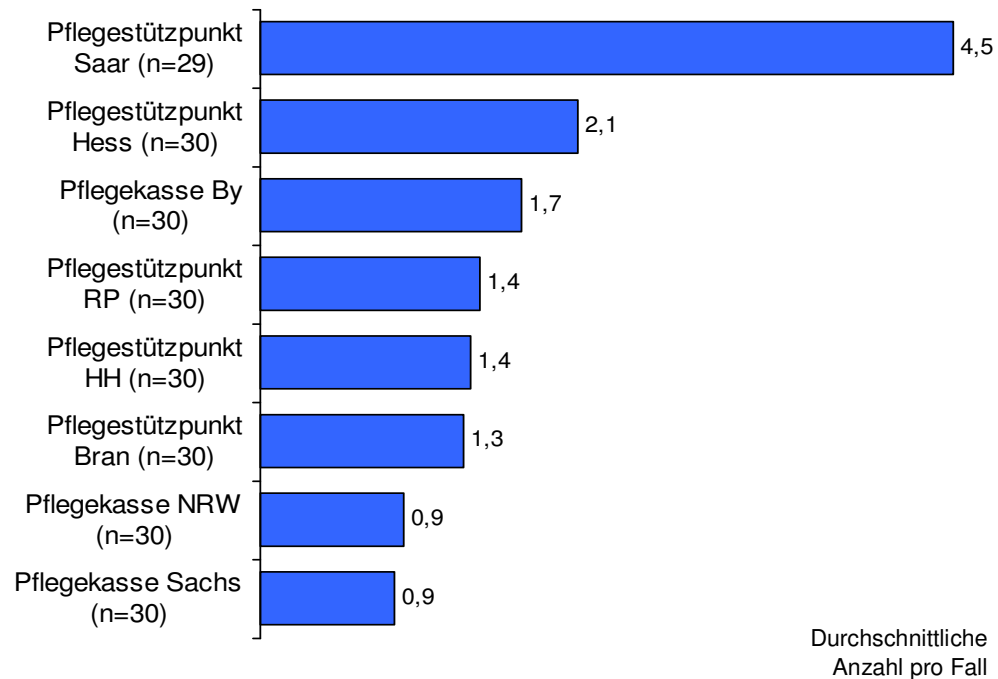


Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Die Pflegestützpunkte *Bran*, *RP* und *Hess* weisen unter den betrachteten Fällen eine relativ geringe durchschnittliche Zahl von Beratungsgesprächen in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten auf. Zusammen mit der vorherigen Abbildung bedeutet dies im Unterschied zu den anderen Pflegeberatungen einen vergleichsweise hohen Anteil von Beratungen im Stützpunkt. Hingegen finden die persönlichen Beratungsgespräche der in die Untersuchung aufgenommenen Beratungen durch Pflegekassen überwiegend oder ausschließlich bei Hausbesuchen statt. Dies kann sowohl als Ergebnis konzeptioneller Unterschiede zwischen den Pflegestützpunkten und den Beratungen bei den Kassen gesehen werden, als auch in Zusammenhang mit den größeren Einzugsbereichen der Beratungsangebote durch die Kassen, die eine aufsuchende Beratung hier besonders notwendig machen. Den beiden Abbildungen kann ferner entnommen werden, dass die höchste Anzahl der durchschnittlichen persönlichen Beratungsgespräche – sowohl in der Beratungsstelle als auch bei Hausbesuchen – beim Pflegestützpunkt *Saar* zu verzeichnen ist. Dies bestätigt sich auch in der folgenden Abbildung, in der die durchschnittliche Zahl *aller* persönlichen Gespräche mit den Nutzern der Pflegeberatung pro Beratungsfall wiedergegeben ist. Berücksichtigt wurden dabei nicht nur die Gespräche in der Beratungsstelle und in der Häuslichkeit, sondern auch die – insgesamt jeweils relativ seltenen – Gespräche an anderen Orten (wovon vor allem Gespräche im Krankenhaus fallen) oder in Versorgungsplan- bzw. Fallkonferenzen.

Abbildung 25: Zahl aller persönlichen Gespräche mit Nutzern pro Fall

Zahl aller persönlichen Gespräche mit Nutzern pro Fall



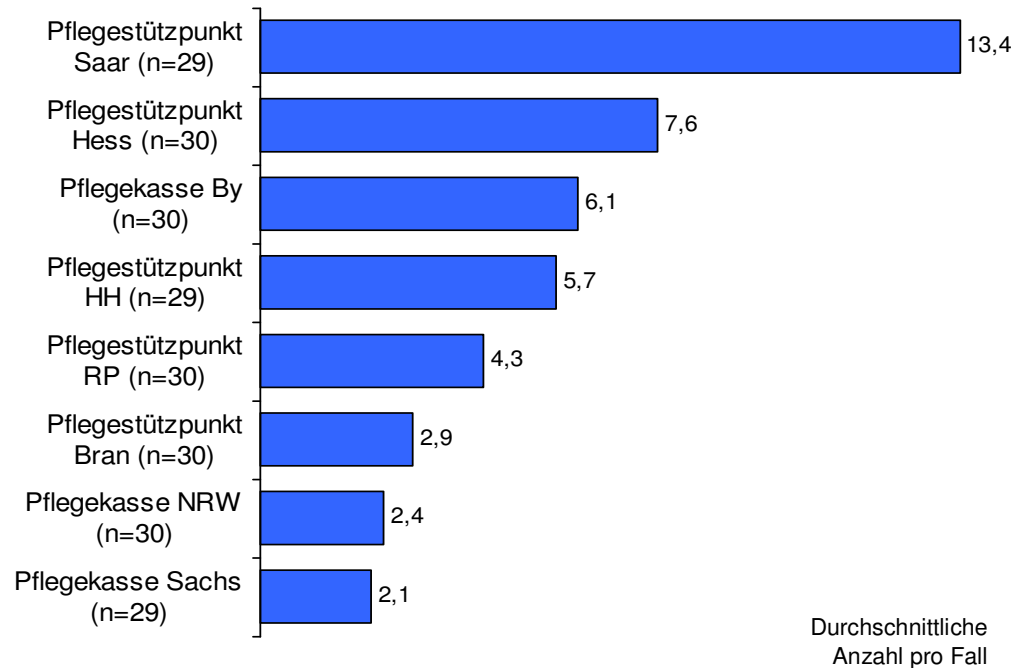
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Wie der Abbildung entnommen werden kann, geht die durchschnittliche Anzahl der persönlichen Gespräche mit den Nutzern der Beratung pro Beratungsfall bei den betrachteten Fällen deutlich auseinander. Die mit Abstand meisten persönlichen Gespräche pro Beratungsfall wurden im Pflegestützpunkt *Saar* erhoben. Aber auch die Beratungen im Pflegestützpunkt *Hess* und bei der Pflegekasse *By* umfassen eine relativ hohe durchschnittliche Anzahl persönlicher Gespräche mit den Nutzern, wohingegen bei den Pflegekassen *NRW* und *Sachs* im Durchschnitt nur etwa ein persönliches Gespräch pro Beratungsfall mit den Nutzern geführt wurde. Da die Stichprobe der betrachteten 30 Beratungsfälle, wie unter 4.2.3 beschrieben, bei allen Angeboten der Pflegeberatung sowohl aus abgeschlossenen wie auch aus laufenden Fällen gezogen wurde, bedeutet die durchschnittliche Zahl der persönlichen Gespräche von weniger als 1 bei den Pflegekassen *NRW* und *Sachs* nicht notwendigerweise, dass es hier Fälle gibt, bei denen es zu gar keinem persönlichen Gespräch kommt, sondern lediglich, dass es Fälle geben muss, bei denen ein solches Gespräch *noch* nicht stattgefunden hat. Solche Fälle können aber ebenso auch in den Stichproben der anderen Standorte enthalten sein.

Während in den bisherigen Darstellungen lediglich die persönlichen Gespräche pro Beratungsfall berücksichtigt wurden, gibt die folgende Abbildung die durchschnittlich Zahl aller Kontakte mit den Nutzern der Beratung pro Fall wieder, einschließlich telefonischer Kontakte sowie Kontakte per Mail und Brief (wobei letztere insgesamt recht selten erhoben wurden):

Abbildung 26: Zahl aller Kontakte mit Nutzern pro Fall

Zahl aller Kontakte mit Nutzern pro Fall



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Die Einbeziehung der telefonischen und anderen Kontakte in die Zählung der Kontakte mit den Nutzern lässt die Zahl der durchschnittlichen Kontakte pro erhobenen Beratungsfall bei jedem Beratungsangebot jeweils auf ein Mehrfaches ansteigen. Die telefonischen Kontakte spielen bei allen betrachteten Pflegeberatungen eine wichtige Rolle, wobei nicht berücksichtigt werden konnte, ob bei den telefonischen Kontakten Termine vereinbart wurden oder ob dabei mehr oder weniger ausführlich beraten wurde.

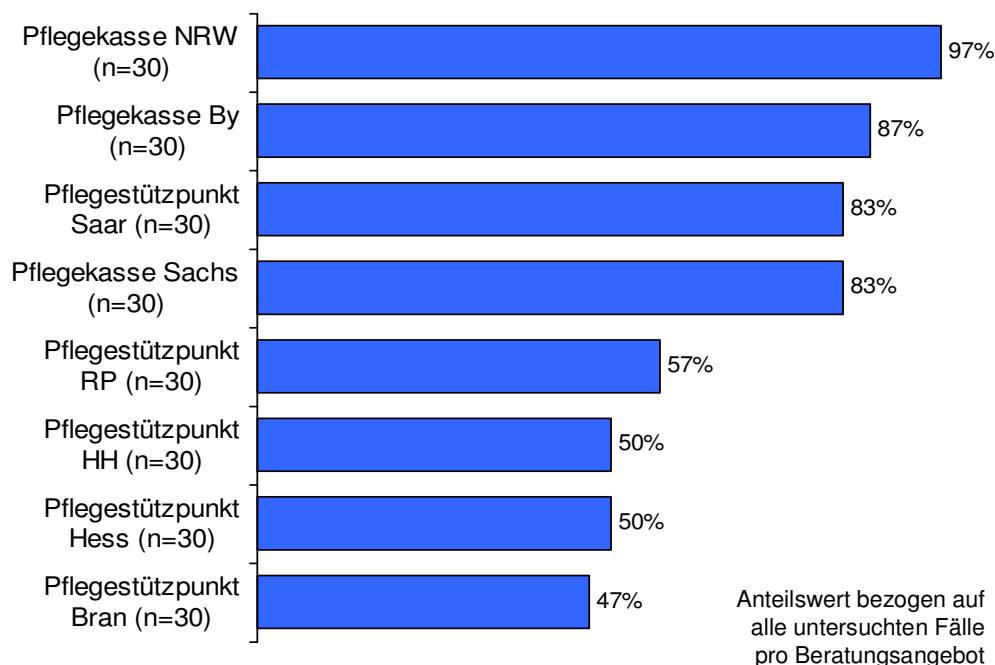
Die Darstellung der Gesamtzahl aller durchschnittlichen Kontakte mit den Nutzern der Pflegeberatung pro Fall ähnelt im Übrigen der durchschnittlichen Anzahl der persönlichen Kontakte. Die mit Abstand häufigsten Kontakte wurden im Pflegestützpunkt *Saar* erhoben. Relativ viele Kontakte gab es außerdem pro Fall in den Pflegestützpunkten *Hess* und *HH* und wiederum auch hier bei der Pflegekasse *By*, während die beiden Beratungen bei den Pflegekassen *NRW* und *Sachs* auch hinsichtlich der Zahl aller Kontakte pro Fall den niedrigsten Durchschnittswert aufweist.

Ein durchaus abweichendes Bild erhält man, wenn anstelle aller Nutzer, einschließlich der Angehörigen, Betreuer und anderen Bezugspersonen ausschließlich der pflegebedürftige Versicherte in den Blick genommen wird. Folgende Darstellung gibt wieder, bei welchem Anteil der betrachteten Beratungsfälle die Pflegeberatungen Kontakt mit den Versicherten selbst hatten. Ein direkter Kontakt mit den Versicherten kann dabei aus verschiedenen Gründen nicht zustande kommen, etwa weil dieser sich während eines durchgeführten Hausbesuchs im Krankenhaus befindet oder weil die Beratung bei dem betreffenden Fall ausschließlich mit Angehörigen in der Beratungsstelle stattfindet. Wie der Abbildung entnommen werden kann, sind direkte Kontakte mit den versich-

cherten Pflegebedürftigen nicht bei allen Beratungsangeboten Standard. Bei den Pflegestützpunkten *RP*, *HH*, *Hess* und *Bran* kamen sie nur bei etwa der Hälfte der untersuchten Fälle zustande. Demgegenüber umfassen die Pflegeberatungen bei den Pflegekassen und beim Pflegestützpunkt *Saar* wesentlich häufiger auch Kontakte mit den Versicherten. Im Fall der Pflegekasse *NRW* bestand praktisch bei jedem erhobenen Beratungsfall auch ein Kontakt mit dem Versicherten. Der Schluss, dass die häufigeren Kontakte zu den Versicherten bei den Beratungen durch die Kassen und beim Pflegestützpunkt *Saar* in einem Zusammenhang mit dem bereits dargestellten höheren Anteil von Hausbesuchen bei diesen Beratungsangeboten steht, ist naheliegend.

Abbildung 27: Kontakt zum pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen der Beratung

Kontakt zum pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen der Beratung



Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

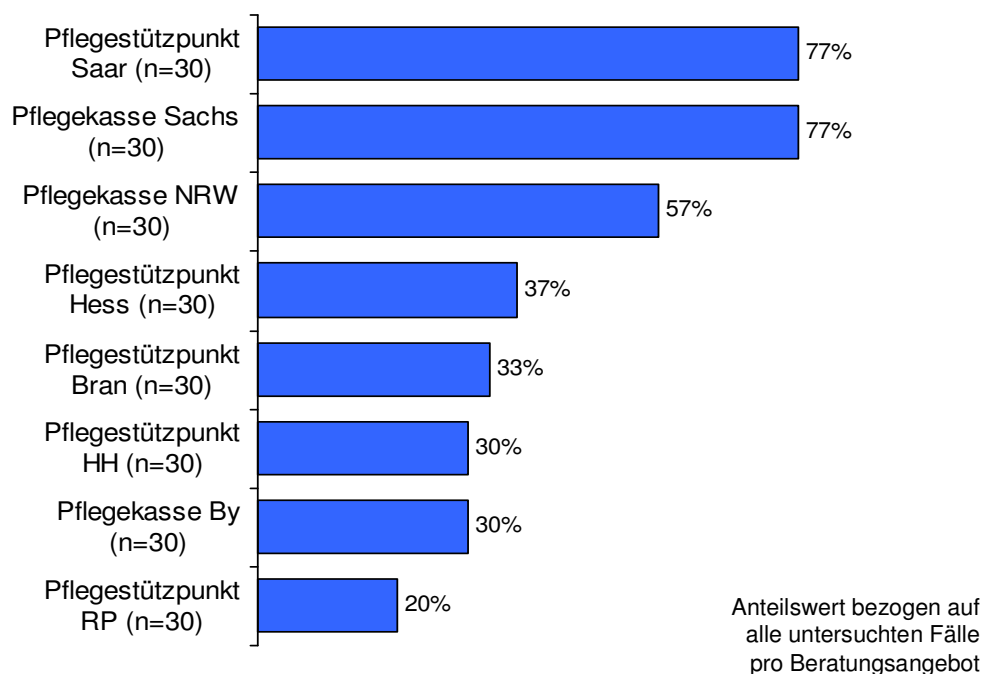
4.4.4 Einbeziehung Dritter

Die Abbildungen dieses Abschnitts zeigen, wie häufig pro Fall verschiedene Dritte in die Beratungen mit einbezogen wurden. Angegeben wird hier jeweils der Anteilswert, der Fälle unter allen untersuchten Fällen, bei denen nach Angaben der Beratungsangebote Kontakt zu den jeweils betrachteten Dritten bestand. Nicht berücksichtigt werden konnte hierbei, wie intensiv dieser Kontakt im Einzelnen war, etwa ob es sich um einen einmaligen Kontakt handelte oder um einen wiederholten und mithin wie eng die Kooperation mit den kontaktierten Dritten war, die damit einherging.

Folgende Abbildung gibt zunächst an, wie häufig im Durchschnitt über alle Fälle pro Beratungsangebot ein Kontakt zur Leistungsabteilung der Pflege- oder Krankenversicherung bestand:

Abbildung 28: Kontakt zur Leistungsabteilung der Pflege- oder Krankenkasse

Kontakt zur Leistungsabteilung der Pflege- oder Krankenkasse



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Diese Anteilswerte zeigen, dass die Pflegeberatungen bei den untersuchten Fällen sehr unterschiedlich häufig Kontakt zur Leistungsabteilung der Pflege- oder Krankenkasse hatten. Die durchschnittliche Zahl der Fälle, bei der ein solcher Kontakt bestand, schwankt zwischen 20 % und fast 80 %. Auffallend sind die unterschiedlichen Ergebnisse hinsichtlich der bei Pflegekassen erbrachten Beratungen. Während die Pflegekasse *By* nur in etwa einem Drittel der untersuchten Fälle Kontakt zur Leistungsabteilung hatte, war dies bei den Pflegekassen *NRW* und *Sachs* wesentlich häufiger der Fall. Dies kann in Zusammenhang mit dem besonders hohen Anteil von Beratungen interpretiert werden, die bei diesen Kassen nach Hinweisen durch die Leistungsabteilungen auf Initiative der Pflegeberater zustande kamen (vgl. Abbildung 22, S. 161 und die Erläuterungen dazu).

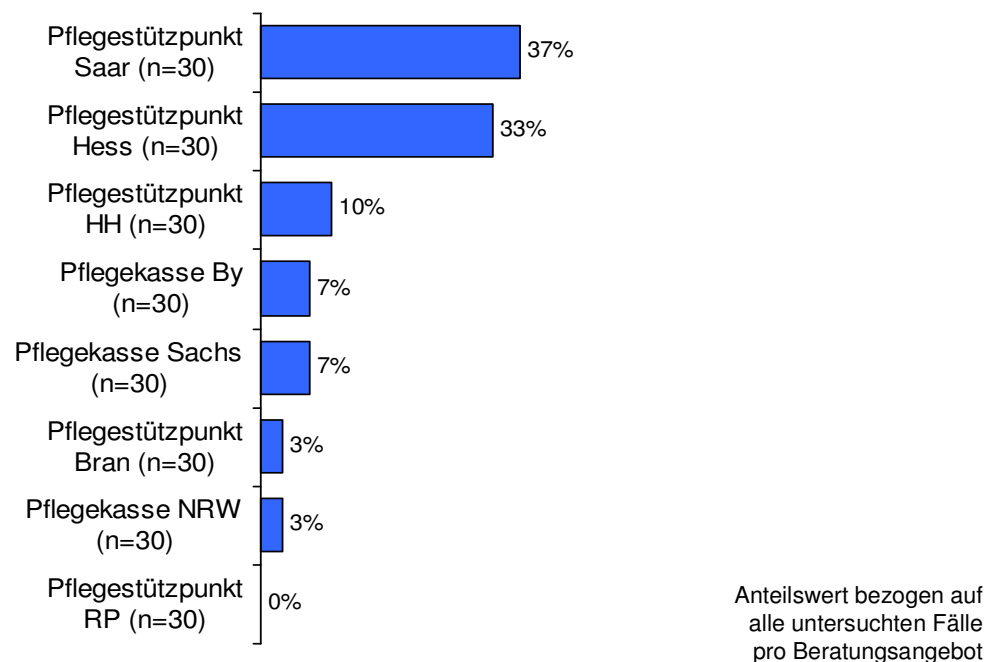
Die Pflegestützpunkte *Saar* und *RP* fielen in Abbildung 21 (S. 160) durch einen recht hohen Anteil von Nutzern mit gestelltem Pflegestufenantrag auf, über den noch nicht entschieden wurde. Dies wurde dahingehend interpretiert, dass die Pflegeberatung bei diesen Fällen darum gebeten wurde, bei der Antragstellung unterstützend tätig zu werden. Beim Pflegestützpunkt *Saar* kann man diese Interpretation durch die hohe Zahl von Fällen, bei denen Kontakt zur Leistungsabteilung der Kasse aufgenommen wurde, bestätigt sehen. Im Fall des Pflegestützpunkts *RP* bedeuten die Ergebnisse zur Häufigkeit der Kontakte mit Leistungsabteilungen jedoch, dass hier eine Unterstützung bei der Beantragung einer Pflegestufe weniger oft Beratungsthema war und/oder dass für diese Unterstützung seltener der Kontakt zur Pflegekasse gesucht wurde.

Folgende Abbildung stellt dar, wie häufig die Pflegeberatungen Kontakt mit Ehrenamtlichen, Nachbarschaftshilfen, einem Hospizverein oder der Alzheimer-Gesellschaft hatten. Relativ häufig

waren solche Kontakte bei den ausgewerteten Fällen nur bei den Pflegestützpunkten *Saar* und *Hess*. Bei allen anderen Pflegeberatungen gab es Kontakte zu Ehrenamtlichen oder Nachbarschaftshilfen nur in Einzelfällen oder gar nicht.

Abbildung 29: Kontakt zu Ehrenamtlichen / Nachbarschaftshilfen, Hospizverein, Alzheimer-Gesellschaft

Kontakt zu Ehrenamtlichen / Nachbarschaftshilfen, Hospizverein, Alzheimer-Gesellschaft



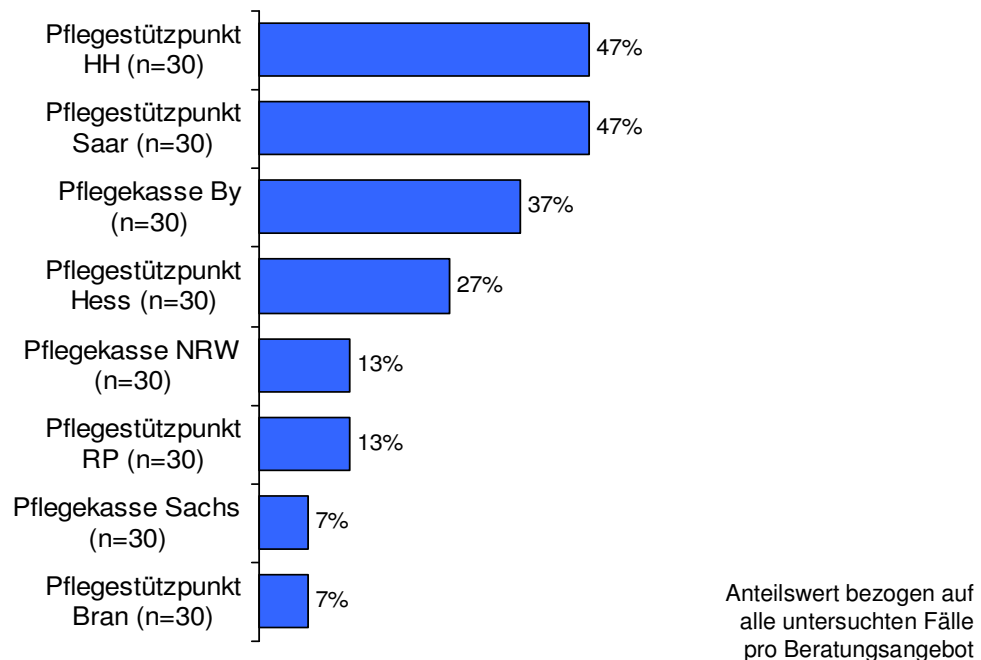
Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Dass die Einbeziehung von Ehrenamtlichen, Nachbarschaftshilfen, Hospizvereinen oder der Alzheimer-Gesellschaft bei den Pflegestützpunkten *Saar* und *Hess* besonders häufig gelang, kann in beiden Fällen mit der lokalen Bekanntheit dieser Beratungsangebote in Verbindung gebracht werden, die beide zuvor als BeKo-Stellen existierten (die Integration dieses früheren Beratungsangebots am Beispiel des Pflegestützpunkts *Saar* ist ausführlich unter 4.5.3 beschrieben). Der Pflegestützpunkt *Hess* ist zudem in einem Beratungszentrum in einem Gebäude zusammen mit der Alzheimer-Gesellschaft sowie verschiedenen Ehrenamtsgruppen angesiedelt, zu denen feste Kooperationsbeziehungen bestehen (vgl. hierzu ausführlich unter 4.7.4).

In der folgenden Darstellung ist zusammengefasst, wie häufig die Pflegeberatungen bei den betrachteten Fällen mit anderen Beratungsangeboten und Diensten der medizinischen und rehabilitativen Versorgung Kontakt hatten. Die häufigsten dabei genannten anderen Beratungsstellen waren sozialpsychiatrische Dienste und kommunale Seniorenberatungsstellen. Dienste der medizinischen Versorgung waren vor allem Krankenhäuser einschließlich Krankenhaussozialdienste sowie Haus- und (sehr selten) Fachärzte. Zu Diensten der rehabilitativen Versorgung bestand bei allen Pflegeberatungen nur in Einzelfällen ein Kontakt.

Abbildung 30: Kontakt zu anderen Beratungsangeboten und Diensten der medizinischen und rehabilitativen Versorgung

Kontakt zu anderen Beratungsangeboten und Diensten der medizinischen und rehabilitativen Versorgung



Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Eine Einbeziehung anderer Beratungsangebote sowie Dienste der medizinischen und rehabilitativen Versorgung fand demnach vor allem bei den untersuchten Fällen der Pflegestützpunkte *HH* und *Saar* sowie durch die Pflegeberatung der Pflegekasse *By* statt, während sie vor allem bei den Beratungen durch die Pflegekasse *Sachs* und im Pflegestützpunkt *Bran* nur in Einzelfällen erfasst werden konnte. Die Häufigkeit der Kontakte mit anderen Beratungsangeboten und Diensten der medizinischen Versorgung ist ein Indikator für die lokale Bekanntheit und Etabliertheit der Pflegeberatungen bei den Stützpunkten *HH* und *Saar* und bei der Pflegekasse *By* im Netz der einschlägigen Beratungs- und Versorgungsstruktur.

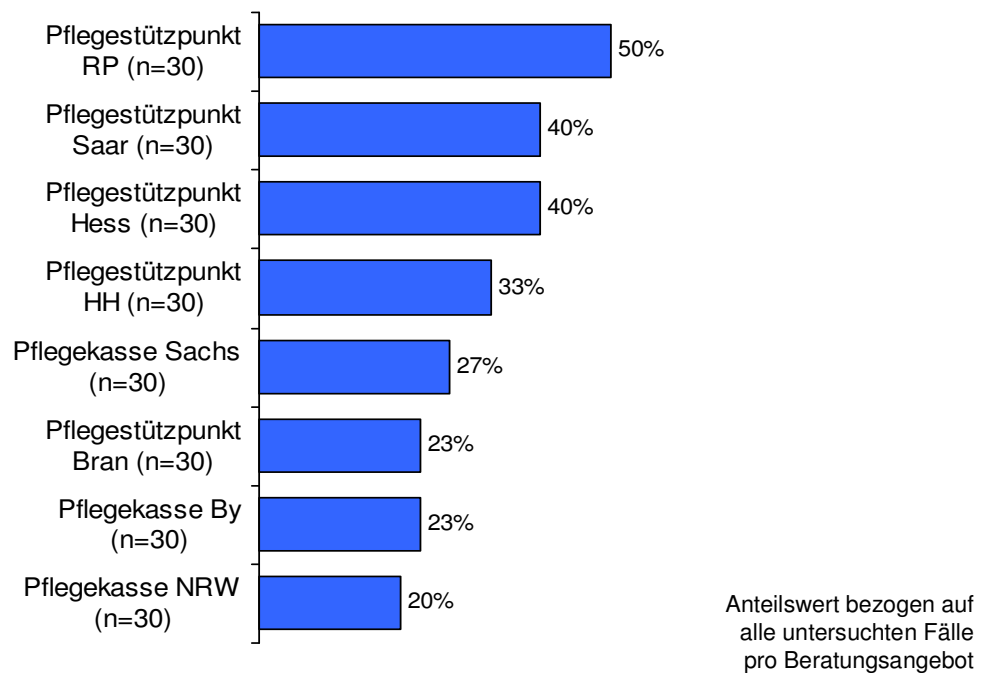
Der Anteil der Fälle, bei denen Kontakt zu Diensten der pflegerischen und palliativen Versorgung bestand, ist in folgender Darstellung zusammengefasst. Dienste der palliativen Versorgung spielten hier zahlenmäßig nur eine sehr untergeordnete Rolle. Erhoben wurden einzelne Kontakte zu Hospizen sowie zu spezialisierten ambulanten Diensten. Die – ebenfalls eher seltenen – Kontakte zu Hospizvereinen wurden in Abbildung 29 (S. 169) zusammen mit den Kontakten zu anderen ehrenamtlichen Initiativen betrachtet. Zur insgesamt eher geringen Relevanz des Beratungsthemas palliative Versorgung, vgl. auch die Ausführungen zu Abbildung 36 (S. 176). Ebenso spielten Kontakte zu stationären Pflegeeinrichtungen eine deutlich geringere Rolle als die Kontakte zu ambulanten Diensten.

Bemerkenswert ist an dieser Stelle außerdem, dass bei keinem der 240 ausgewerteten Beratungsfälle ein Kontakt zu Servicestellen nach § 23 SGB IX bestand, die im Gesetzestext des § 7a SGB XI eigens erwähnt werden. Auch in den Befragungen der Pflegekräfte wurde stets berichtet,

dass es mit diesen Servicestellen keine Kooperationsbeziehungen gäbe oder dass im Einzugsbereich der Pflegeberatung keine derartigen Stellen bestünden (z.B. He_2b, Z. 701-713; BaWü_2, Z. 1541 ff.).

Abbildung 31: Kontakt zu Diensten der pflegerischen und palliativen Versorgung (ohne Hospizverein)

Kontakt zu Diensten der pflegerischen und palliativen Versorgung (ohne Hospizverein)

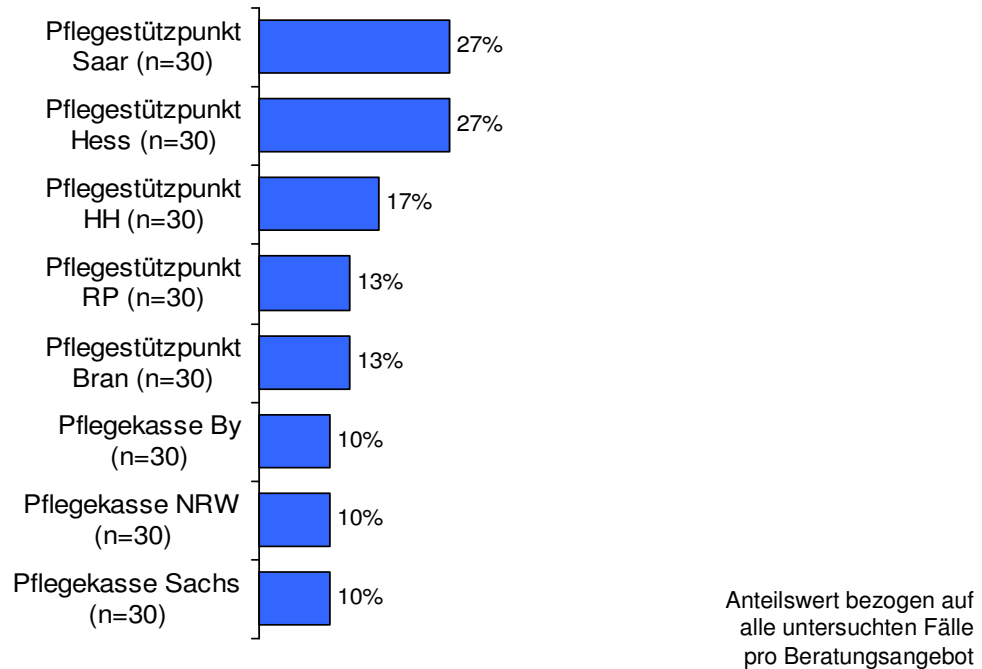


Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Die Abbildung zeigt tendenziell bei den Pflegestützpunkten häufigere Kontakte zu Diensten der pflegerischen und palliativen Versorgung. Offenbar bestehen hier stärkere Kooperationsbeziehungen als bei den Pflegeberatungen durch Pflegekassen. Dies dürfte zum einen an Vorbehalten der ambulanten Dienste gegenüber den Beratungen durch die Kassen liegen, die in den Befragungen der Pflegeberater mehrfach thematisiert wurden (vgl. hierzu unter 4.5.10). Relativ viele Kontakte zu Diensten der pflegerischen und palliativen Versorgung weisen hingegen die Pflegestützpunkte in *RP*, *Saar* und *Hess* auf, die diesbezüglich von den dort zuvor bestehenden BeKo-Stellen profitieren dürften. Hier kann auf langjährig eingeführte Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden, über die die neu eingeführten Pflegeberatungen bei den Kassen aber auch beim Pflegestützpunkt *Bran* (dessen Angebot erst seit April 2010 besteht) nicht verfügen.

Folgende Abbildung gibt wieder, wie häufig die Pflegeberatungen bei den ausgewerteten Fällen Kontakt zu Behörden, Betreuungsstellen und Gerichten hatten. Zahlenmäßig besonders relevant waren hier meist die Kontakte zu Sozialhilfeträgern.

Kontakt zu Behörden, Betreuungsstellen und Gerichten



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Der Abbildung kann entnommen werden, dass bei den ausgewerteten Beratungsfällen ein Kontakt mit Behörden, Betreuungsstellen und Gerichten in einem größeren Umfang lediglich bei den Pflegestützpunkten *Saar* und *Hess* bestand. In den Befragungen gab vor allem der Berater des Pflegestützpunkt *Hess* an, dass er Klienten auch bei der Beantragung von Leistungen nach dem SGB XII begleitet (vgl. unter 4.5.1). Dies spiegelt sich hier mit einer relativ großen Zahl von Kontakten mit Sozialhilfeträgern bei diesem Stützpunkt wider. Die ebenfalls relativ häufigen Kontakte mit Behörden, Betreuungsstellen und Gerichten beim Pflegestützpunkt *Saar* verteilen sich neben den auch hier relevanten Sozialhilfeträgern relativ breit auf eine größere Zahl verschiedener Institutionen.

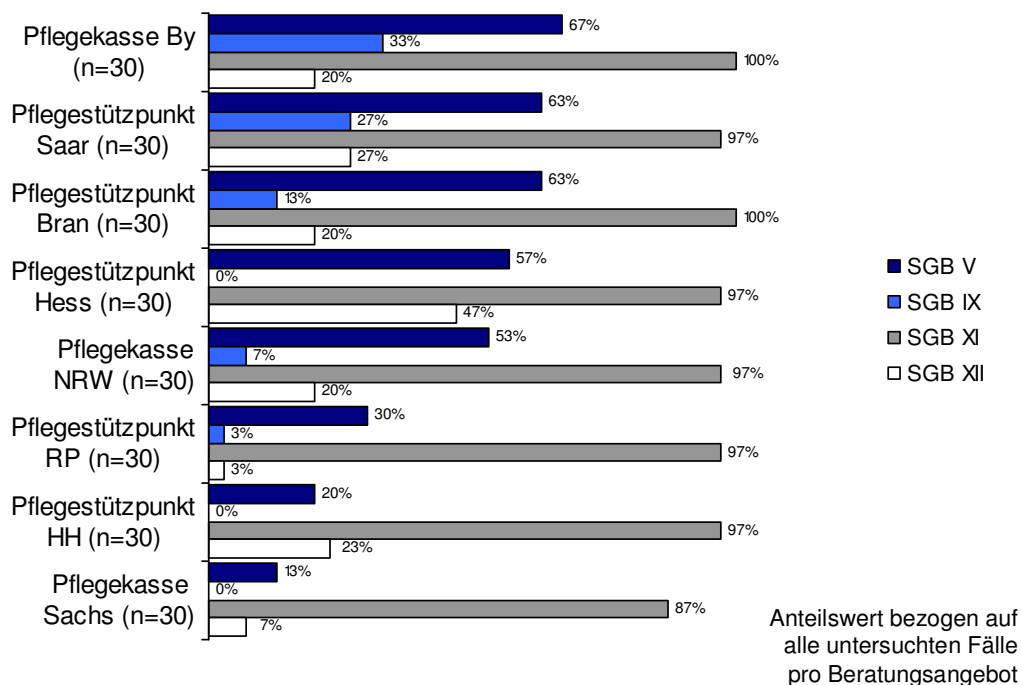
4.4.5 Beratungsinhalte und -themen

Im folgenden Abschnitt wird beschrieben, welche Gegenstände bei den ausgewerteten Beratungsfällen relevant waren. Es geht dabei um Hilfen auf bestimmten gesetzlichen Grundlagen aber auch um allgemeine Inhalte und Themen, zu denen die Nutzer der Beratung Unterstützung erhielten.

Die folgende Abbildung gibt wieder, wie häufig Leistungen der Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII Gegenstand der Beratung waren. Leistungen anderer Sozialgesetzbücher oder anderer Leistungsgesetze spielten demgegenüber eine geringe Rolle.

Abbildung 33: Beratungsgegenstand Leistungen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern

Beratungsgegenstand Leistungen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern



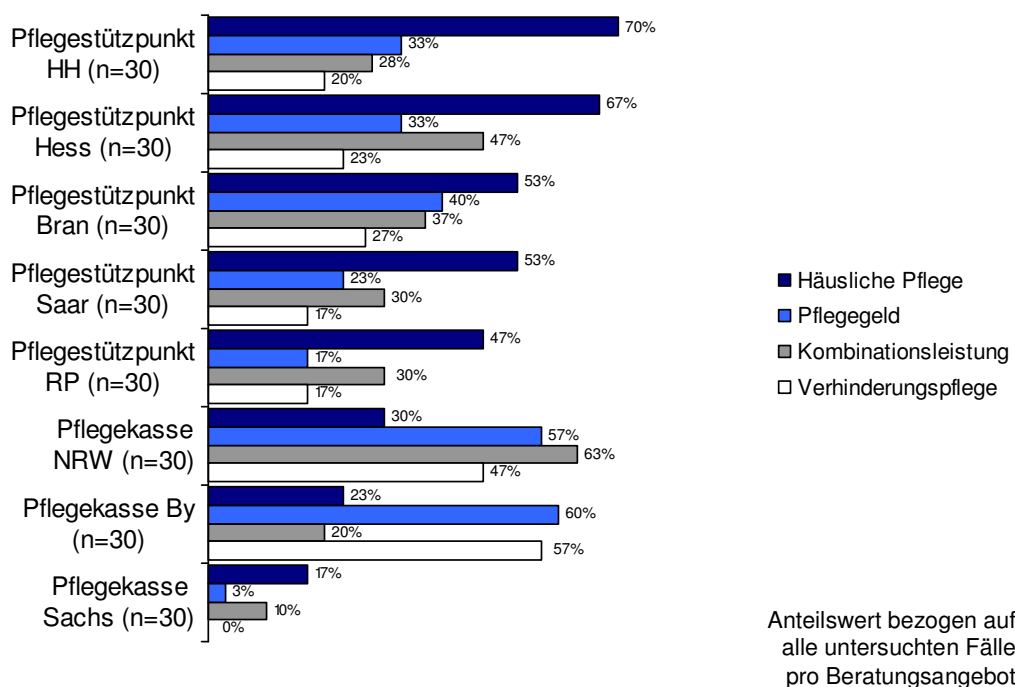
Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Wenig überraschend ist hier zunächst der Befund, dass bei (fast) allen Pflegeberatungen Leistungen der Pflegeversicherung Gegenstand der Beratung waren. Eine geringere Rolle spielten demgegenüber Leistungen der Krankenversicherung (meist häusliche Krankenpflege), wobei es hier deutliche Unterschiede zwischen den Beratungsangeboten gibt. Während Leistungen nach dem SGB V bei der Pflegekasse *By* und den Pflegestützpunkten *Saar* und *Bran* in etwa zwei Drittel der Beratungsfälle thematisiert wurden, war dies im Pflegestützpunkt *HH* und bei der Pflegekasse *Sachs* nur bei wenigen der Beratungsfällen Thema (20 % oder weniger). Leistungen nach dem SGB IX waren praktisch nur bei der Pflegekasse *By* und im Pflegestützpunkt *Saar* relevant. Hilfen nach dem SGB XII (vor allem Hilfe zur Pflege) waren mit Abstand am häufigsten im Pflegestützpunkt *Hess* Gegenstand der Beratung. Bereits im vorangegangenen Abschnitt wurde hierzu angemerkt, dass im Pflegestützpunkt *Hess* eine Begleitung der Nutzer der Pflegeberatung auch bei Anträgen auf Leistungen nach dem SGB XII üblich ist. Demgegenüber fällt auf, dass es mit dem Pflegestützpunkt *RP* und der Pflegekasse *Sachs* zwei Pflegeberatungen gibt, bei denen Leistungen der Sozialhilfe bei den untersuchten Beratungsfällen nur in Einzelfällen Gegenstand der Beratung waren. Dazu ist anzumerken, dass bei allen Beratungsangeboten in diese Kategorie nicht nur Fälle aufgenommen wurden, bei denen eine Begleitung bei einem Antrag erfolgte, sondern auch Fälle, bei denen allgemein zu den entsprechenden Leistungen beraten wurde.

Die folgenden beiden Abbildungen differenzieren die Leistungen, die aus dem Bereich der Pflegeversicherung im einzelnen Gegenstand der Beratung waren:

Abbildung 34: Beratungsgegenstand Leistungen aus dem SGB XI (A)

Beratungsgegenstand Leistungen aus dem SGB XI (A)



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Häusliche Pflege als Sachleistung war vor allem bei den untersuchten Fällen der Pflegestützpunkte Beratungsgegenstand, wohingegen bei der Beratung der Pflegekasse *NRW* und bei der Pflegekasse *By* besonders häufig Pflegegeld und (bei der Pflegekasse *NRW*) die Kombinationsleistung relevant war. Offenbar werden die Pflegestützpunkte eher um Unterstützung gebeten, wenn es um die Wahl oder die Arbeit von ambulanten Diensten geht. Die relativ vielen Fälle, in denen die Pflegekasse *NRW* zu Pflegegeld sowie Kombinationsleistungen beriet, lassen sich in Zusammenhang mit den hier besonders häufig von den Pflegeberatern ausgehenden Initiativen zur Beratung sehen. Wie zu Abbildung 22 (S. 161) beschrieben, waren die Anlässe dazu, beispielsweise aus den Gutachten vermutete Beratungsbedarfe zu bewilligten Geldleistungen, etwa bei Fragen, ob die vorgesehene Pflegeperson die Pflege sicherstellen kann. Die bei der Pflegekasse *By* besonders häufigen Fälle, bei denen zu Pflegegeld beraten wurde, können als Fälle erklärt werden, bei denen der Pflegeberater auch nach § 37, Abs. 3 SGB XI beriet (ebenfalls 57 % der erhobenen Fälle).

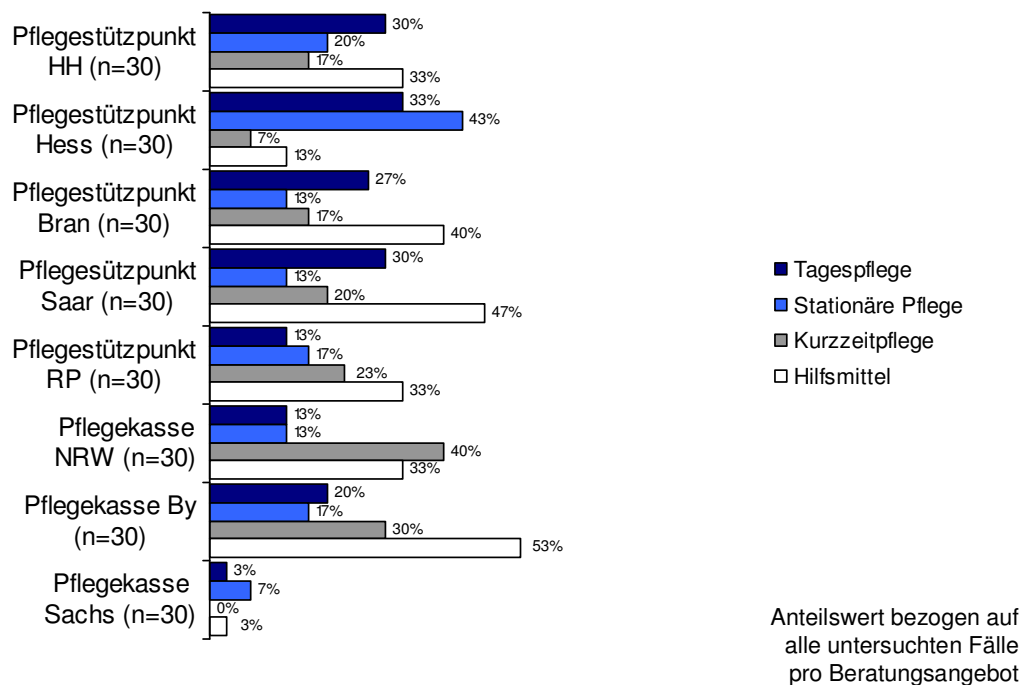
Abschließend ist anzumerken, dass bei dieser Abbildung, wie auch bei der folgenden auffällt, dass bei der Pflegekasse *Sachs* insgesamt nur bei relativ wenigen der betrachteten Fällen zu den Leistungen des SGB XI beraten wurde. Zwar war auch hier, wie in Abbildung 33 (S. 173) wiedergegeben, das SGB XI in fast 90 % der Fälle Gegenstand der Beratung, zu einzelnen Leistungen wurde jedoch nicht beraten. Dies kann in Zusammenhang mit der bereits zu Abbildung 22 (S. 161) beschriebenen Praxis bei der Pflegekasse *Sachs* gesehen werden, von den Pflegeberatern Ablehnungen von Pflegeleistungen persönlich überbringen zu lassen und dabei zu den Gutachten und Ablehnungsgründen zu beraten, um auf diese Weise die Ablehnungen nochmals prüfen zu lassen und die Zahl der

Widersprüche zu reduzieren. Wie zu Abbildung 22 beschrieben, waren unter den 30 hier ausgewerteten Beratungsfällen 20, bei denen der Berater aus diesem Grund den Kontakt mit den Versicherten zu Beratung aufnahm. Die in diesen Fällen geleistete Beratung konzentrierte sich dabei offenbar vor allem auf die Frage der Leistungsberechtigung nach SGB XI an sich, ohne dass einzelne Leistungsarten näher thematisiert wurden.

Folgende Abbildung gibt wieder, wie häufig Tagespflege, stationäre Pflege, Kurzzeitpflege und Hilfsmittel nach dem SGB XI Gegenstand der Beratungen waren:

Abbildung 35: Beratungsgegenstand Leistungen aus dem SGB XI (B)

Beratungsgegenstand Leistungen aus dem SGB XI (B)

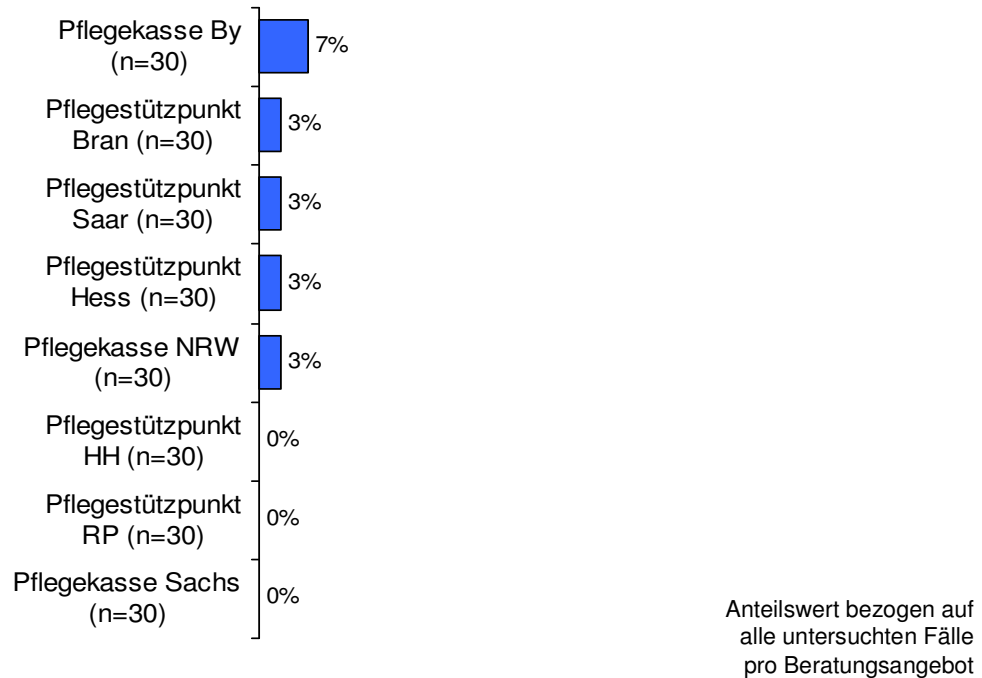


Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Diese Abbildung zeigt zunächst, dass bei der Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen relativ selten eine Unterstützung durch die Pflegeberatung in Anspruch genommen wird. Dies gilt für alle betrachteten Beratungsangebote und findet eine Entsprechung im relativ geringen Anteil von Versicherten in stationären Einrichtungen, zu denen Pflegeberatung in Anspruch genommen wird (vgl. unter 4.4.1). Offenbar werden von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hier andere Wege der Informationsbeschaffung und Beratung genutzt. Auffällig ist ferner die recht hohe Zahl von Fällen, bei denen zum Einsatz von Hilfsmitteln beraten wurde. Auch dieser relativ hohe Wert gilt für die meisten der betrachteten Beratungsangebote.

Die Palliativ-Versorgung war bei allen betrachteten Pflegeberatungen nur in Einzelfällen als Beratungsthema relevant:

Beratungsgegenstand Palliativ-Versorgung



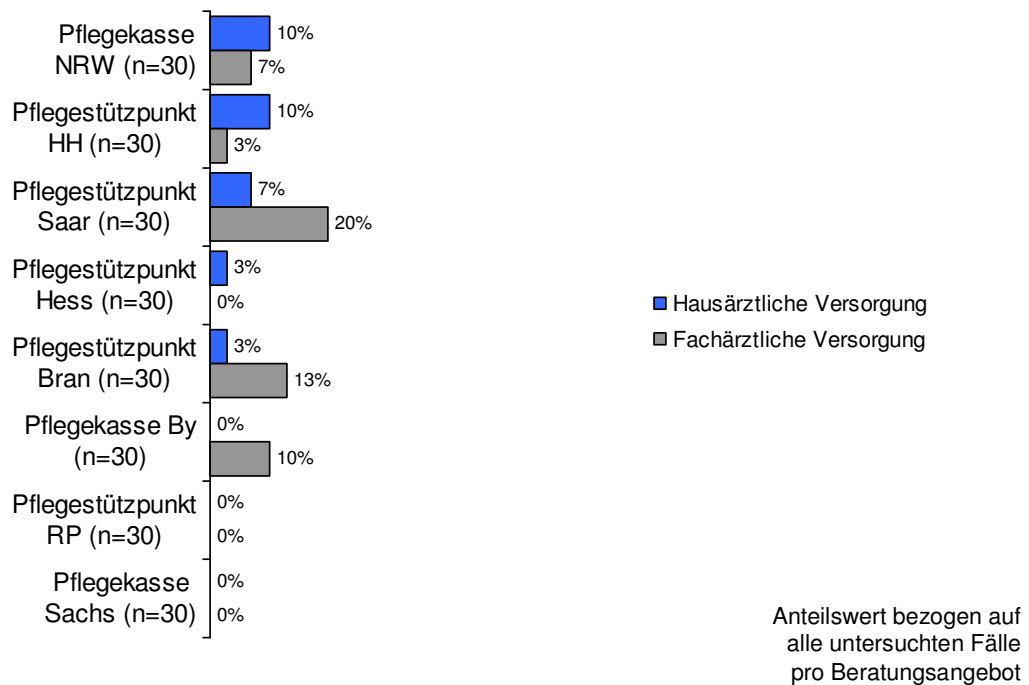
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Die seltene Relevanz der Palliativ-Versorgung bei den untersuchten Beratungsangeboten kann bedeuten, dass diese Beratung durch andere Angebote erfolgt, sie kann aber auch darin begründet liegen, dass der Hilfebedarf bei der Gestaltung der Palliativ-Versorgung insgesamt zahlenmäßig eher gering ist.

Zahlenmäßig häufiger und im Lebensverlauf auch wiederkehrend, dürfte hingegen der Beratungsbedarf zur haus- oder fachärztlichen Versorgung sein. Wie der folgenden Abbildung entnommen werden kann, spielt jedoch auch dies im Rahmen der Pflegeberatung nur eine untergeordnete Rolle:

Abbildung 37: Beratungsgegenstand haus- oder fachärztliche Versorgung

Beratungsgegenstand haus- oder fachärztliche Versorgung



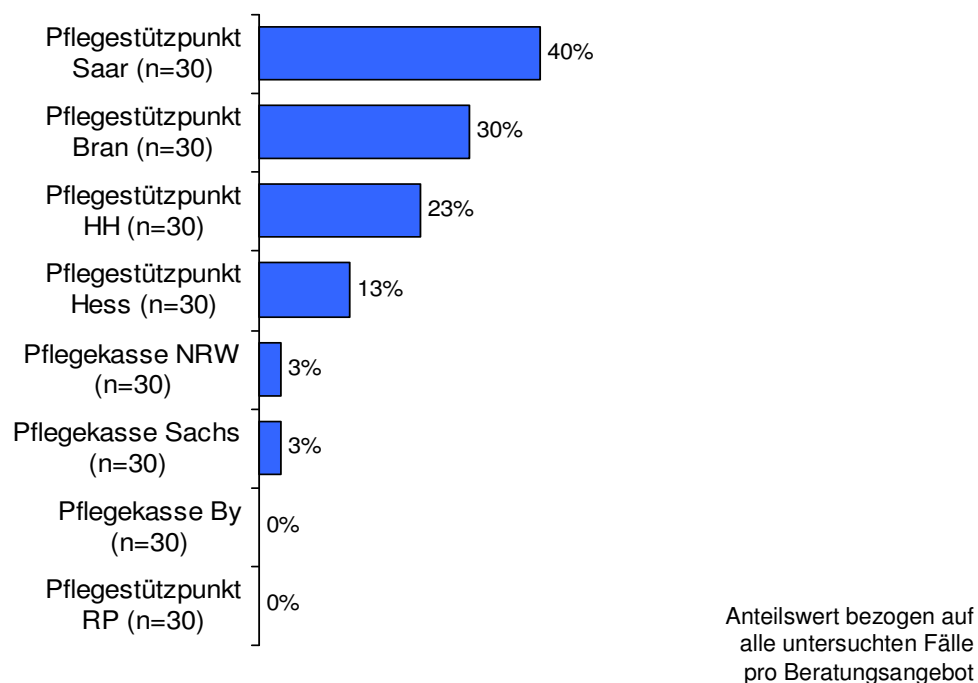
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Eine etwas häufigere Relevanz hatte die Beratung zur haus- und fachärztlichen Versorgung unter den ausgewerteten Beratungsfällen lediglich bei den Pflegestützpunkten *Saar* und *Bran* sowie bei der Pflegekasse *By*.

Recht ungleich zwischen den betrachteten Angeboten der Pflegeberatung verteilte sich hingegen die Bedeutsamkeit des Beratungsgegenstandes ehrenamtliche Hilfe:

Abbildung 38: Beratungsgegenstand ehrenamtliche Hilfe

Beratungsgegenstand ehrenamtliche Hilfe



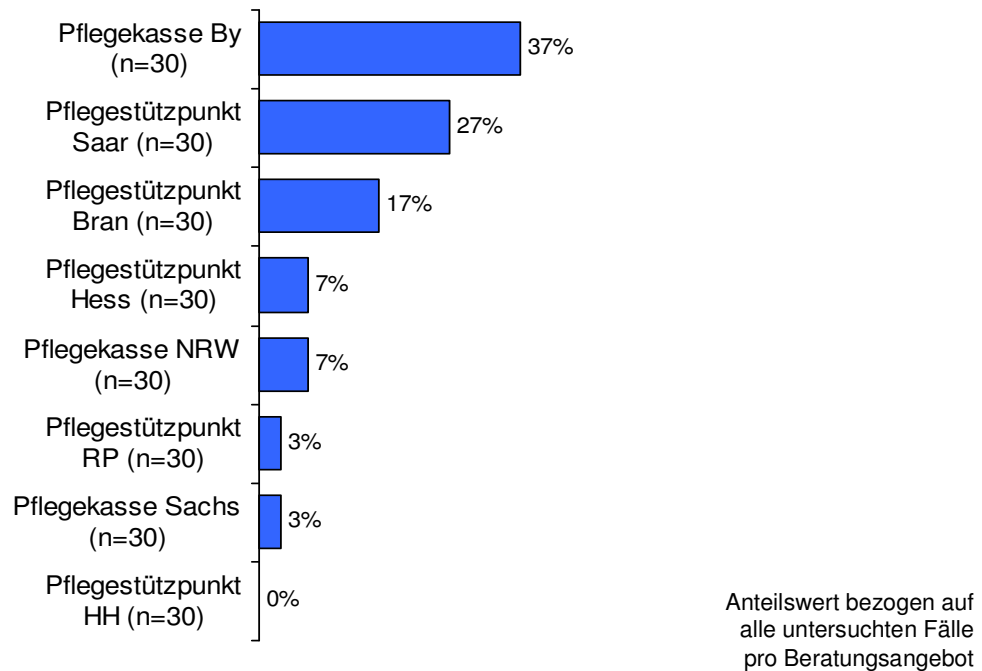
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Beratung zu ehrenamtlichen Hilfen fand in größerem Umfang nur bei den Pflegestützpunkten *Saar*, *Bran*, *HH* und (bereits seltener) *Hess* statt. Bei den Beratungen durch die Pflegekassen aber auch beim Pflegestützpunkt *RP* spielten ehrenamtliche Hilfen bei den ausgewerteten Beratungsfällen kaum oder gar keine Rolle. Dieses Bild entspricht teilweise dem zur Häufigkeit der Kontakte zu Ehrenamtlichen im Rahmen der Beratung (vgl. Abbildung 29 (S. 169)). Beide Abbildungen zusammen betrachtet, zeigt sich zweierlei: Zum einen bedeutet der Beratungsgegenstand ehrenamtliche Hilfe nicht notwendigerweise, dass die Pflegeberatung mit den Ehrenamtlichen auch Kontakt hat (dies zeigen die Häufigkeit des Beratungsgegenstands ehrenamtliche Hilfen auch bei nur wenigen diesbezüglichen Kontakten in den Stützpunkten *Bran* und *HH*). Zum anderen gibt es Fälle, in denen zu Ehrenamtlichen, Nachbarschaftshilfen etc. Kontakt bestand, ohne dass die Nutzer der Pflegeberatung dazu explizit beraten werden mussten (z.B. Pflegestützpunkt *Hess*).

Ein besonderer Beratungsgegenstand, der gleichfalls nur bei einigen Beratungsangeboten relevant war, sind Feststellung und Leistungen bei Schwerbehinderung:

Abbildung 39: Beratungsgegenstand Feststellung und Leistungen bei Schwerbehinderung

Beratungsgegenstand Feststellung und Leistungen bei Schwerbehinderung



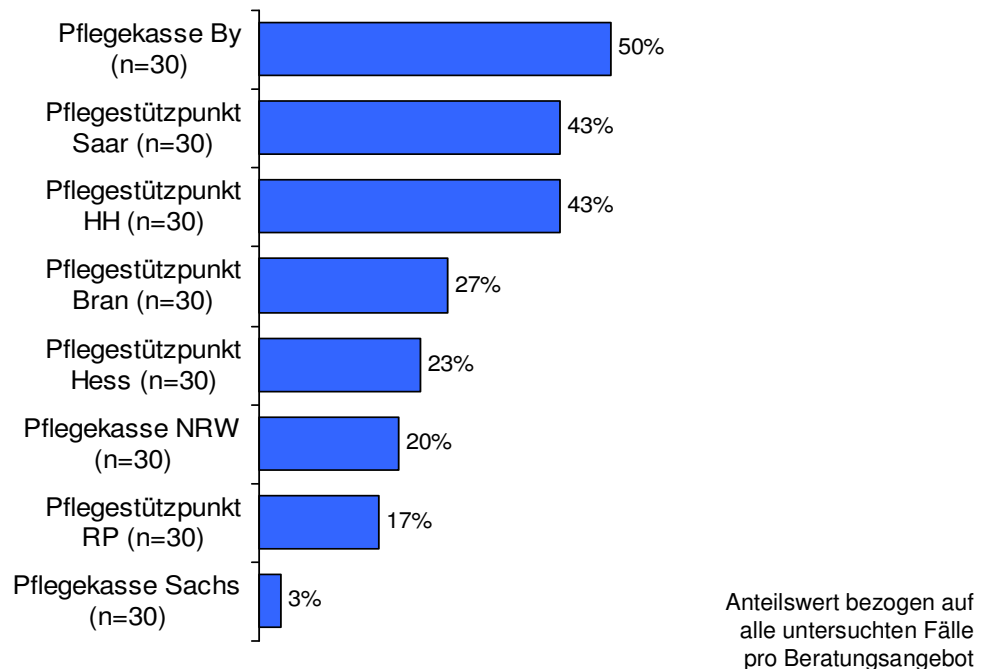
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Eine Beratung zur Feststellung bzw. zu Leistungen bei Schwerbehinderung spielte bei den ausgewerteten Fällen nur bei der Pflegekasse *By* und bei den Pflegestützpunkten *Saar* und *Bran* eine größere Rolle.

Insgesamt bedeutender sind hingegen die Themen Wohnraumberatung, Suche nach alternativen Wohnformen oder geeignetem Wohnraum:

Abbildung 40: Beratungsgegenstand Wohnberatung, Suche nach alternativen Wohnformen oder geeignetem Wohnraum

Beratungsgegenstand Wohnberatung, Suche nach alternativen Wohnformen oder geeignetem Wohnraum



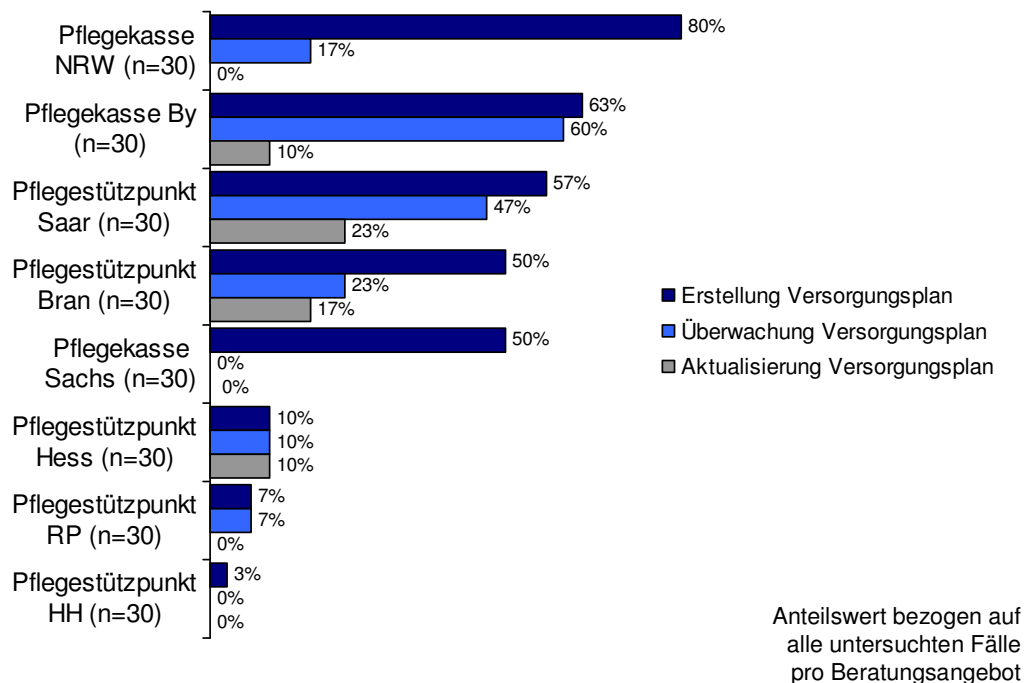
Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Das Thema Wohnberatung, Suche nach alternativen Wohnformen oder geeignetem Wohnraum ist bei fast allen Pflegeberatungen Gegenstand der ausgewerteten Fälle. Lediglich bei der Pflegekasse *Sachs* ist dieser Beratungsgegenstand kaum erfasst worden. Im Übrigen ist das Themenfeld gleichermaßen bei den Pflegeberatungen durch die Kassen, wie auch in Pflegestützpunkten relevant.

Im Mittelpunkt der gesetzlichen Festlegungen zur Pflegeberatung in § 7a SGB XI steht die Vorgabe, im Rahmen der Beratung Versorgungspläne zu erstellen, deren Umsetzung zu überwachen und bei Veränderungen zu aktualisieren. Wie auch unter 4.6.2 beschrieben, divergiert zwischen den in den Fallstudien betrachteten Pflegeberatungen der Umgang mit Versorgungsplänen deutlich – und zwar sowohl hinsichtlich des Verständnisses als auch der praktischen Umsetzung. Diesen Aussagen aus den Befragungen entsprechen auch die folgenden Ergebnisse aus den Erhebungen auf der Beratungsebene:

Abbildung 41: Beratungsgegenstand Erstellung, Überwachung und Aktualisierung eines Versorgungsplans

Beratungsgegenstand Erstellung, Überwachung und Aktualisierung eines Versorgungsplans



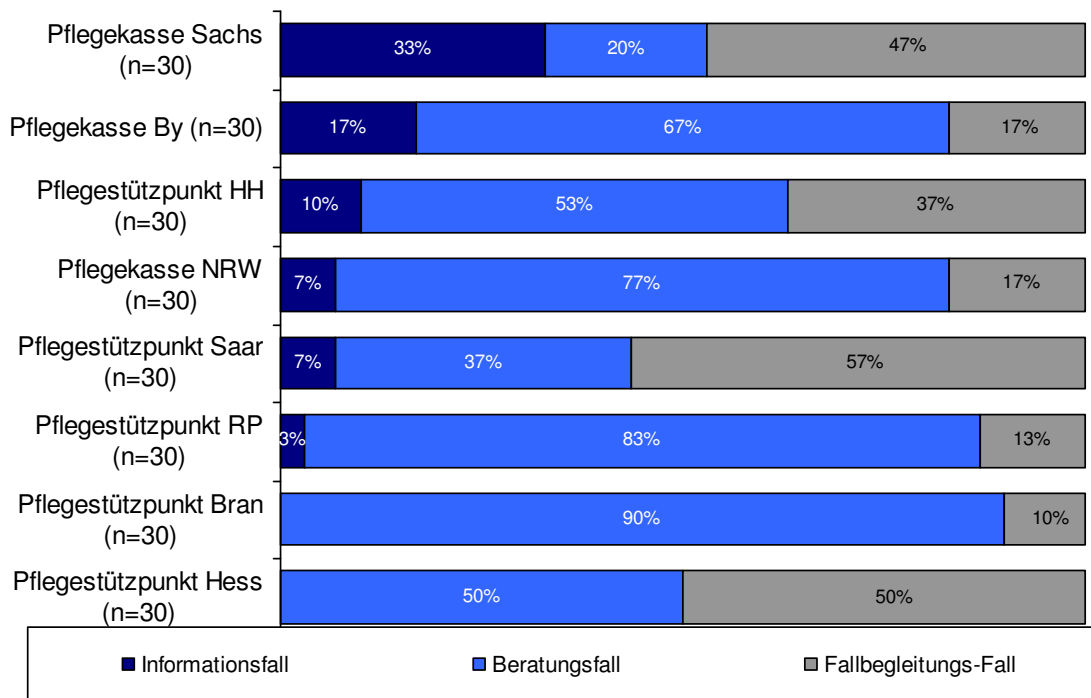
Evaluation der Pflegeberatung § 7a SGB XI (2011)

Bei drei der untersuchten Pflegeberatungen wurden zu den ausgewerteten Beratungsfällen nur in Einzelfällen Versorgungspläne erstellt und überwacht (Pflegestützpunkts *Hess*, *RP* und *HH*). Bei den Beratungen durch die Pflegekassen *NRW* und *By* sowie durch die Pflegestützpunkte *Saar* und *Bran* und durch die Pflegekasse *Sachs* hingegen wurden in mindestens der Hälfte der ausgewerteten Fälle Versorgungspläne erstellt. Nicht immer jedoch werden diese auch überwacht. Keine Überwachung fand beispielsweise bei den Fällen der Pflegekasse *Sachs* statt und auch bei der Pflegekasse *NRW* wurde nur ein relativ kleiner Teil der – hier besonders häufig – erstellten Versorgungspläne überwacht. Demgegenüber fallen die Pflegekasse *By* und der Pflegestützpunkt *Saar* und – auf insgesamt niedrigerem Zahlenniveau – auch der Pflegestützpunkt *Hess* mit einem besonders ausgeglichenen Verhältnis aus erstellten und überwachten Versorgungsplänen auf.

Die Entscheidung, ob für einen bestimmten Beratungsfall ein Versorgungsplan zu erstellen ist, ist eng verbunden mit der Einordnung des Falls als Informations-, Beratungs- und Fallbegleitungs-Fall. Die folgende Abbildung gibt wieder, wie die Berater die in der Erhebung ausgewerteten Fälle in dieser Falltypologie einordnen:

Abbildung 42: Qualifizierung der untersuchten Fälle durch die Pflegeberatungen

Qualifizierung der untersuchten Fälle durch die Pflegeberatungen



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

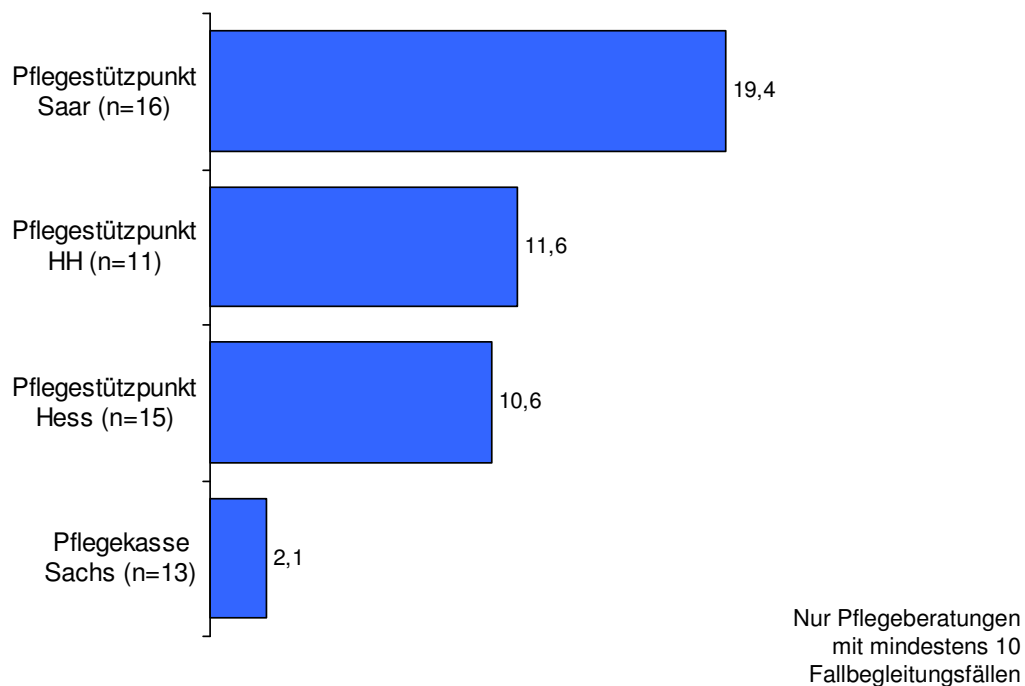
Die Pflegeberatungen der Pflegekasse *Sachs*, der Pflegestützpunkte *Saar* und *Hess* sowie (etwas weniger häufig) des Pflegestützpunkts *HH* fallen mit einer vergleichsweise hohen Zahl von Fällen auf, die von den Beratern als Fallbegleitungen eingestuft werden. Vergleicht man diese Zahlen mit denen der vorherigen Abbildung, fällt auf, dass darunter nur die Pflegekasse *Sachs* und der Pflegestützpunkt *Saar* auch eine größere Zahl von Versorgungsplänen aufweist. In den Stützpunkten *Hess* und *HH* hingegen findet eine nennenswerte Anzahl von Beratungen statt, die von den Beratern als Fallbegleitungen qualifiziert werden, ohne dass für diese Versorgungspläne erstellt werden.

Umgekehrt werden beispielsweise bei der Pflegekasse *By* und im Pflegestützpunkt *Saar* mit relativ wenigen als Fallbegleitungen eingeordneten Fällen Versorgungspläne häufig auch für Nutzer erstellt, die als Beratungsfälle eingestuft werden. Es wird deutlich, dass das Verständnis von Fallbegleitungs-Fällen aber auch von Informations- und Beratungsfällen sich deutlich zwischen den Pflegeberatungen unterscheidet.

Gut erkennbar wird die sehr unterschiedliche Intensität der Fallbegleitungen auch in der folgenden Abbildung der Gesamtzahl aller Kontakte (einschließlich Telefonkontakten etc.) mit den Nutzern der Pflegeberatung, das heißt mit den Pflegebedürftigen aber auch mit dessen Angehörigen und Bezugspersonen:

Abbildung 43: Anzahl der Kontakte mit den Nutzern der Pflegeberatung bei Fällen, die als Fallbegleitungen eingestuft werden (alle Kontakte, nur Pflegeberatungen mit mindestens 10 Fallbegleitungen)

Anzahl der Kontakte bei den Fallbegleitungsfällen



Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

Berücksichtigt wurden in dieser Abbildung bei jedem Angebot der Pflegeberatung nur die durch die Berater als Fallbegleitungen eingeordneten Fälle. Die Abbildung umfasst nur Pflegeberatungen, bei denen die Berater mindestens zehn Fälle als Fallbegleitungen einstufen. Erkennbar wird eine derart unterschiedliche Intensität dieser Fallbegleitungen, dass diese nur durch ein unterschiedliches Verständnis von Fallbegleitung und mithin auch von Pflegeberatung erklärt werden kann.

4.5 Besonderheiten ausgewählter Fallbeispiele: Struktureller Rahmen

Gegenstand dieses und der folgenden Abschnitte sind die Darstellung ausgewählter Fallbeispiele und identifizierter Good-Practice-Lösungen, die exemplarisch aufzeigen, womit und wie die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Erkenntnisse zur Beratungspraxis generiert werden. Die Gliederung des Folgenden differenziert auf der ersten Ebene den strukturellen Rahmen, die Prozesse sowie die Kooperationen und die Netzwerkarbeit der Beratung. Auf der zweiten Ebene werden zu Themen und Aspekten, die sich einerseits deduktiv aus den gesetzlichen Vorschriften zur Pflegeberatung und aus der einschlägigen Fachliteratur sowie andererseits induktiv aus dem empirischen Vergleich der für die Fallstudien gewählten Orte ergeben, herausragende Fallbei-

spiele beschrieben. Diese Beschreibung der Fallbeispiele zu den einzelnen Themen und Aspekten der Beratung beanspruchen im Einzelnen nicht Vollständigkeit in Bezug auf alle Beratungsangebote. Vielmehr geht es darum einerseits die Bandbreite der in der Praxis vorgefunden Lösungen zu einem bestimmten Thema darzustellen und andererseits – sofern im empirischen Material vorhanden – auf der Grundlage dieser Bandbreite einzelne Good-Practice-Beispiele zu identifizieren und darzustellen.

4.5.1 Konzeptionelle Vorgaben zur Pflegeberatung

Abgrenzung der Pflegeberatung

Nicht alle Beratungsbedarfe, mit denen die Pflegeberater konfrontiert werden, definieren diese (entsprechend des Konzeptes und des Auftrags) als Teil ihres Aufgabenspektrums. Immer wieder genannte Beispiele für Inhalte, bei denen auf andere Beratungsstellen verwiesen wird und bei denen je nach Einzelfall auch die Fallführerschaft an diese abgegeben werden, sind Beratungsbedarfe hinsichtlich Schulden, Verwahrlosung, Sucht und psychische Erkrankungen aber auch spezielle Beratungsbedarfe, etwa zur Einleitung von Jugendhilfemaßnahmen bei der Pflege von Kindern (z.B. NRW_2, Z. 956-961; Saar_2, Z. 127-155).

Während es dazu kaum Abweichungen zwischen den untersuchten Beratungsangeboten gibt, finden sich bei anderen Themen deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Orten der Beratung. So geben die Pflegeberater bei allen betrachteten Pflegestützpunkten an, regelmäßig mit Ablehnungen von Leistungen nach dem SGB XI konfrontiert zu werden, verbunden mit dem Wunsch, bei der Formulierung eines Widerspruchs dagegen zu helfen, wobei diesem Wunsch grundsätzlich auch nachgekommen wird (z.B. HH_1, Z. 761-783; Bran_2, Z. 215-256; Saar_1, Z. 712-734). Auch der Berater der Pflegekasse *By* erklärt, dies im Rahmen seiner Advocacy-Funktion für die Nutzer der Pflegeberatung zu übernehmen (By_1, Z. 755-762, Z. 1206-1220). Ähnlich äußert sich der Berater der Pflegekasse *BW_C* (BaWü_1, Z. 1772-1790). Demgegenüber ist es für den Berater der Pflegekasse *Saar* zwar ebenfalls Teil des Aufgabenspektrums zu Widersprüchen zu beraten – insbesondere dazu, inwiefern diese gerechtfertigt erfolgten – eine Unterstützung bei der Formulierung von Widersprüchen erfolgt hingegen nicht. Diese Hilfe wird zwar nicht prinzipiell ausgeschlossen, nach Angaben des befragten Beraters wird sie bei diesem Beratungsangebot in der Praxis aber nicht nachgefragt (Sachs_1b, Z. 230-273).

Auch hinsichtlich der Mitwirkung an Antragsverfahren nach anderen Leistungsgesetzen sehen sich die Berater unterschiedlich verpflichtet. Dies zeigt sich im Besonderen im Umgang mit Leistungsansprüchen nach dem SGB XII. Während alle Berater der Fallstudien angeben, hierzu zu beraten und gegebenenfalls auch über die zuständigen Ämter zu informieren, fällt die Hilfe beim konkreten Antragsverfahren unterschiedlich aus. So beschränkt die Pflegekasse *SH* beispielsweise die Beratung zu Leistungen nach dem SGB XII auf das Herstellen des Kontaktes zum zuständigen Sozialhilfeträger, wobei im Einzelfall auch Informationen zum Fall weitergegeben werden (etwa zu einem voraussichtlichen Unterstützungsbedarf bei der Antragstellung oder zu nicht-mobilen Klienten). Eine weitergehende Unterstützung wird hingegen abgelehnt (SchlesH_2, Z. 274-299; ähnlich die Pflegekasse *Sachs*, Sachs_2, Z. 268-280). Eine weitergehende Beratung wird beispielsweise durch den Berater der Pflegekasse *BW_A* geleistet, indem dieser zusätzlich auch den Sozialhilfeantrag zur Verfügung stellt (BaWü_2, Z. 1000-1033). Wiederum darüber hinaus wird

beispielsweise in der Befragung im Pflegestützpunkt *Hess*, eine ausführliche Unterstützung bei der Formulierung des Sozialhilfeantrags im Rahmen der Pflegeberatung beschrieben, einschließlich der Hilfe beim Zusammenstellen aller dafür erforderlichen Nachweise (He_1, Z. 265-302).

Differenzierung der Beratung nach § 7 SGB XI und § 7a SGB XI

Nicht alle Beratungsangebote nehmen eine inhaltliche Unterscheidung der Beratung gemäß § 7 SGB XI sowie § 7a SGB XI vor. In den Befragungen zu den Fallstudien wird beispielsweise in den Pflegestützpunkten *Hess* und *Saar*, aber auch bei der Pflegekasse *NRW* angegeben, eine solche inhaltliche Differenzierung nicht vorzunehmen (He_1, Z. 341-356; Saar_1, Z. 533-555; NRW_1, Z. 180-197). Hingegen verweist etwa der befragte Pflegeberater im Pflegestützpunkt *HH* auf die Komplexität eines Falles als Differenzierungsmerkmal einschließlich der damit verbundenen Zahl der zu planenden individuellen Maßnahmen und der erforderlichen Folgekontakte. Die Beratung nach § 7 SGB XI beschränkt sich hingegen in der Regel auf einfache Informationsfälle zu Pflegeleistungen, bei denen die individuelle Situation nicht näher betrachtet wird (HH_1, Z. 110-155).

Besonders deutlich fällt die Unterscheidung der Beratung nach § 7 SGB XI und § 7a SGB XI hingegen bei der Pflegekasse *BW_A* aus. Hier wird sie sogar durch unterschiedliche Stellen wahrgenommen. Während die Beratung nach § 7 SGB XI in der Leistungsabteilung durchgeführt wird, fällt die Beratung nach § 7a SGB XI in die Zuständigkeit der Abteilung Sozialer Dienst. Inhaltliches Merkmal der Beratung nach § 7a SGB XI ist der Umstand, dass diese verschiedene Lebensbereiche bzw. verschiedenen Problemlagen betrifft, so dass in die Beratung mehrere Personen mit einzubeziehen sind. Die „einfache Pflegeberatung“ erfolgt in der Leistungsabteilung zusammen mit der Abwicklung von Antragsverfahren und der allgemeinen Sachbearbeitung. Die Beratung im Sozialen Dienste wird demgegenüber als „qualifizierte Pflegeberatung“ bezeichnet und wird von den Versicherten in einem „Antrag auf individuelle Pflegeberatung“ (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 9) eigens angefordert. Dieser Antrag wird im ersten Beratungsgespräch zusammen mit dem Pflegeberater ausgefüllt und umfasst unter anderem auch eine Schweigepflichtsentbindung. Bei der „qualifizierten Pflegeberatung“ ist ein Hausbesuch grundsätzlich obligatorisch. Die Differenzierung der Beratung nach § 7 SGB XI und nach § 7a SGB XI wird in einer Handlungsempfehlung beschrieben (BaWü_1, 321-347, 541-591; BaWü_2, Z. 351-399; Z. 694-718).

Konzept zur Pflegeberatung: Das Good-Practice-Beispiel des Pflegestützpunkts *Saar*

Vom Pflegestützpunkt *Saar* wurden ein Rahmenkonzept und eine Arbeitsplatzbeschreibung für die Pflegeberatung vorgelegt, die diesbezüglich als kurzes aber erschöpfendes Beispiel für good practice angesehen werden kann (beigefügt als Anlagen Fallstudien Nr. 10 und 11). Während das Rahmenkonzept gemäß der einleitenden Vorbemerkung als zentrales Dokument für alle Pflegestützpunkte im Saarland und in Rheinland-Pfalz gilt, trägt die Arbeitsplatzbeschreibung die Signatur der Geschäftsführung des Stützpunkts *Saar*.

Im Rahmenkonzept wird zunächst die gesetzlich festgelegte Aufgabe der Pflegeberatung gegliedert und in einfacher Sprache wiedergegeben. Hinsichtlich der Versorgungsplanung wird die Pflegeberatung verpflichtet, die „Interessen und Bedürfnisse der Hilfesuchenden ebenso zu berücksichtigen, wie die Anliegen der Kostenträger bzgl. ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher Hilfestellung“. Zur Sicherung einer wohnortnahen Versorgung und Betreuung unterscheidet das Konzept zwei Aufgaben: So haben die Berater die „Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen im Einzelfall zu koordinieren (Case Management) sowie auf die Vernetzung aufzu-

ander abgestimmter medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgung in der ‚Stützpunkt-Region‘ hinzuwirken (Care Management)“. Besonderer Wert wird dabei auf die „Einbindung von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und Institutionen“ gelegt (alle Zitate im Original teilweise hervorgehoben). Konzeptionell geregelt werden ferner unter anderem die Öffentlichkeitsarbeit, die Kooperationen mit anderen Beratungsangeboten, Behörden und Kranken- sowie Pflegekassen, die interne Kooperation und der Quartiersbezug der Pflegeberatung (zur Regelung der internen Kooperation im Pflegestützpunkt *Saar* vgl. auch unter 4.7.1). Die Arbeitsplatzbeschreibung zu diesem Konzept definiert Schwerpunkte aus der Aufgabenbeschreibung im Konzept und beschreibt die dafür erforderlichen fachlichen und persönlichen Qualifikationen und Kompetenzen.

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Beispiele lassen ein in konzeptioneller Hinsicht unterschiedlich breites Verständnis der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erkennen. Dies äußert sich exemplarisch in der Unterstützung, die die Pflegeberater bei der Beantragung von Hilfen nach dem SGB XII leisten (wobei z.B. die Pflegeberatungen der Pflegekasse *BW_A* und im Pflegestützpunkt *Hess* umfangreiche Unterstützung leisten). Es zeigt sich aber auch im Umfang, in dem die Pflegeberater Versicherte bei der Formulierung von Widersprüchen gegen die Ablehnung von Leistungsanträgen nach dem SGB XI unterstützen (eine Unterstützung, die in allen Pflegestützpunkten erbracht wird, aber auch von den Pflegeberatern der Pflegekassen *By* und *BW_C*).

Hinsichtlich der schriftlich niedergelegten Konzepte überzeugt vor allem das Beispiel des Pflegestützpunkts *Saar*. In dem Konzept sind die Aufgaben der Pflegeberatung knapp und praxisorientiert beschrieben, wobei sowohl die Aufgaben des Care wie des Case Management Berücksichtigung finden. Dem Konzept vorangestellt wird der Auftrag, die Interessen und Bedürfnisse der Hilfesuchenden ebenso zu berücksichtigen, wie die Wirtschaftlichkeit der Hilfgewährung. Auch wenn eine grundsätzliche Verpflichtung der Pflegeberatung auf das Wirtschaftlichkeitsprinzip außer Frage steht, kann hier hinterfragt werden, ob es nicht vornehmliche Aufgabe der Pflegeberatung ist, individuell die Hilfe zu planen, die den Bedürfnissen der Nutzer am meisten entspricht, während es die vornehmliche Aufgabe der Leistungsträger ist, deren Anspruchsberechtigung und Wirtschaftlichkeit zu prüfen – bei einer engen Abstimmung und einem gelingenden Interessensausgleich beider Stakeholder einschließlich des Klienten.

4.5.2 Personalausstattung und Qualifizierung

Verknüpfung der Zahl der Beraterstellen mit der Anzahl verbuchter Versorgungspläne

Nicht an allen betrachteten Standorten von Pflegeberatung wird die Beratung nach § 7a SGB XI einzelfallbezogen verbucht. Gemäß den Aussagen der befragten Pflegeberater gibt es in den untersuchten Pflegestützpunkten keine solche Verrechnung (z.B. *Bran_1*, Z. 683-686; *He_1*, 354 ff.; *Saar_1*, Z. 534-555).

Bei den untersuchten Beratungsangeboten durch Pflegekassen erfolgt meist eine einzelfallbezogene Verbuchung der Pflegeberatung und zwar anhand der erstellten Versorgungspläne.

Mehrfach berichten die Pflegeberater hier von einer Vorgabe, pro Jahr mindestens 100 Versorgungspläne pro Vollzeitstelle erstellen zu müssen (z.B. *By_1*, Z. 1225-1245; *Sachs_1a*, Z. 1346-1357; *Sachs_2*, Z. 560-570). Daraus abgeleitet hat beispielsweise die Pflegeberatung bei der

Pflegekasse *Sachs* die Vorgabe monatlich mindestens 10 Versorgungspläne zu erstellen, eine Zahl, die gemäß den Angaben in der Befragung von den Beratern mit etwa 20 Versorgungsplänen pro Vollzeitstelle und Monat deutlich übertroffen wird (Sachs_1a, Z. 391 ff., Z. 1346-1357; Sachs_2, Z. 560-570). Auch bei den Pflegekassen *BW_A* und *BW_B* erfolgt eine Verbuchung der Pflegeberatung anhand der erstellten Versorgungspläne (BaWü_1, Z. 539-616).

Bei der Pflegekasse *NRW*, die unter allen untersuchten Pflegeberatungen den höchsten Anteil von erstellten Versorgungsplänen aufweist (vgl. Abbildung 41, S. 181), erfolgt die Buchung der Pflegeberatung durch die Berater über eigene Buchungsschlüssel, wobei die beiden Buchungsschlüssel „Versorgungsplan mit Hausbesuch“ und „Nachkontakt“ vorgesehen sind. Auch hier erwähnen befragten Berater eine Vorgabe, **„gewisse Zahlen [zu] erreichen, um unsere Kosten zu finanzieren“** (NRW_1, Z. 677-694). Die Pflegeberater erhalten monatlich eine Rückmeldung von der Verwaltung über die vorgenommenen Buchungen zusammen mit automatisch generierten Hinweisen auf Fälle, bei denen spätestens 12 Monate nach Erstellen des Versorgungsplans Nachkontakt erfolgen muss.

Anders gestaltet sich die Bemessung der Beraterstellen bei der Pflegekasse *SH*. Eine Verbuchung der Pflegeberatung findet zwar auch hier statt. Die Qualifizierung einer Beratung gemäß § 7a SGB XI erfolgt ex post anhand der Intensität der Beratung sowie der Komplexität der geplanten und koordinierten Maßnahmen (SchlesH_2, Z. 361-461). Ein Zusammenhang der Zahl von Beraterstellen mit der Zahl der Anzahl der Beratungsfälle nach § 7a SGB XI wird jedoch nicht erwähnt. Die Pflegeberatung ist bei der Pflegekasse *SH* in das bereits seit mehr als 20 Jahren bestehende Sachgebiet der Sozial- und Gesundheitsberatung integriert, dessen Mitarbeiter schwerpunktmäßig auch andere Beratungsaufgaben wahrnehmen (SchlesH_1, Z. 164-264). Die Zahl der Beraterstellen ist auch nicht an die Erstellung von Versorgungsplänen gekoppelt. Zum besonderen Verständnis bzw. Einsatz von Versorgungsplänen bei der Pflegekasse *SH*, vgl. unter 4.6.2.

Unterschiede in Personalausstattung und Qualifizierung

Übersichten zu allen Beratern, die in den Beratungsangeboten der Fallstudien eingesetzt sind, finden sich in Abschnitt 4.3. Wie den Tabellen dort entnommen werden kann, unterscheiden sich die Beratungsangebote hinsichtlich der Personalausstattung zum Teil beträchtlich. Dies gilt für die Zahl der Einwohner im Einzugsbereich im Verhältnis zu den Berater-Vollzeitstellen, einem Indikator, der in Hinblick auf die Netzwerkarbeit Aufschluss über die diesbezüglichen Zeitaufwände der Berater gibt. Doch auch die Zahl der Versicherten im Einzugsbereich im Verhältnis zur Zahl der Vollzeitstellen schwankt teilweise deutlich, insbesondere wenn die unterschiedlichen Entfernungen und die damit verbundenen zeitlichen Aufwände für Fahrtzeiten bei Hausbesuchen mit betrachtet werden. Umso erstaunlicher ist, dass diese Unterschiede in den Befragungen von den Pflegeberatern nur wenig thematisiert werden, obgleich die Personalausstattung einschließlich deren Beurteilung in allen Befragungen an mehreren Stellen durch den Interviewer angesprochen wurde. Ausnahmen finden sich bei der Pflegekasse *Sachs*, wo der Pflegeberater angibt, dass für den großen Einzugsbereich mehr Beraterstellen erforderlich wären; unter der momentanen Personalausstattung sei es ihm beispielsweise nicht möglich, im wünschenswerten Umfang einen Überblick aller ehrenamtlichen Angebote zu behalten (Sachs_2, Z. 504-570, Z. 756-780; vgl. hierzu auch unter 4.7.4). Auch der befragte Berater der Pflegekasse *SH* gibt an, dass er für die unterschiedlichen Aufgaben im Sachgebiet der Sozial- und Gesundheitsberatung, zu denen unter anderem die Pflegeberatung gehört, personelle Unterstützung benötigt (SchlesH_2, Z. 610-619).

Die Tabellen in Abschnitt 4.3 enthalten außerdem einen Überblick der Qualifizierungen aller Berater der in den Fallstudien untersuchten Beratungsangebote. Demnach sind die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands zur Weiterbildung der Berater weitgehend erfüllt, was sich auch in den zusammen mit den Profil-Erhebungsbögen eingereichten Übersichten zu den Curricula der abgeschlossenen Weiterbildungen bestätigt. Alle danach befragten Berater geben an, mit ihren Grundqualifikationen und der abgeschlossenen Weiterbildung ausreichend auf ihre Aufgaben in der Pflegeberatung vorbereitet zu sein, wobei mehrfach auf die besondere Bedeutung des integrierten Praktikums hingewiesen wird (z.B. RP_2a, Z. 844-854; SchweH_2, Z. 607 ff.; NRW_2, Z. 945-961; By_2, Z. 467-471).

Die unterschiedlichen Grundqualifikationen und beruflichen Qualifikationen von Mitarbeitern der Pflegekassen und der Kommunen in Pflegestützpunkten kann zwar eine Herausforderung bedeuten (die auf unterschiedlichen Wegen bewältigt werden kann, wie zwei unter 4.7.1 beschriebene Beispiele zeigen), sie wird an anderer Stelle aber auch uneingeschränkt als positive Ergänzung beurteilt. So erläutern die befragten Berater im Pflegestützpunkt *Bran*, wie durch die Kombination der Pflege- und Sozialberatung eine neuartige, im Sinne der möglichen Unterstützung für die Nutzer, umfassendere Beratung möglich wird. Befragt nach den Anregungen aus ihren praktischen Erfahrungen, benennen die Berater des Pflegestützpunkt *Bran* diese Kombination als besonders nachahmenswert (Bran_1, Z. 1055-1069).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Praxisbeispiele lassen eine sehr unterschiedliche Ausstattung der Pflegeberatung an den im Rahmen der Fallstudien betrachteten Standorten erkennen. Eine allgemeingültige Berechnungsgrundlage für die Zahl der Beraterstellen wird nicht erkennbar. Bei den Pflegekassen *NRW* und *Sachs* ist die Zahl der Beratungsstellen an die Anzahl der verbuchten Versorgungspläne gekoppelt. Für die Berater bedeutet dies einen starken ökonomischen Anreiz viele Versorgungspläne zu erstellen. Als dysfunktional erweist sich dies, wenn dem Anreiz der Versorgungsplanmaximierung nicht ebenso starke Anreize zur inhaltlichen Ausgestaltung der Beratung gegenüberstehen. In den Fällen der Pflegekassen *NRW* und *Sachs* zeigt sich dies auf der Ebene der Beratungsfälle: Die Beratungen bei beiden Kassen fallen durch eine hohe Zahl von Versorgungsplänen auf, die zwar erstellt, aber nicht überwacht und aktualisiert werden. Dies geht einher mit einer besonders geringen Zahl von Beratungskontakten pro Fall, mit einer ebenso geringen Zahl von Kontakten zu Dritten und mit einer geringen Breite der Beratung jenseits der Leistungsberatung nach dem SGB XI.

4.5.3 Integration früherer Beratungsstrukturen

Integration bestehender Beratungsstrukturen der Kassen

Die in den Fallstudien betrachteten Angebote der Pflegeberatung bei den Pflegekassen bauen in der Regel nicht auf Vorgänger-Angeboten auf. Beispielsweise wurde in der Befragung bei der Pflegekasse *By* angegeben, dass es dort zuvor zwar verschiedentlich Projekte mit Krankenhäusern zur gemeinsamen Etablierung von Case Management gab. Ein flächendeckendes Beratungsangebot neben der Patientenberatung war aber nicht vorhanden (By_1, Z. 12-27). Bei der Befragung der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *BW_A* wurde darauf hingewiesen, dass es zuvor zwar bereits die „einfache Pflegeberatung“ durch die Leistungsabteilung gab, die aber in der Regel auf eine Antragsberatung beschränkt war (BaWü_1, Z. 321-336). Ähnlich stellt sich die

Situation bei der Pflegekasse *BW_B* dar. Hier wird außerdem von anfänglicher Unsicherheit bei den Mitarbeitern der Geschäftsstelle berichtet, inwiefern sich das neue Angebot der Pflegeberatung von der bisherigen Beratung durch die Leistungsabteilung unterscheidet (BaWü_1, Z. 353-361).

Auf einer mehr als 20jährigen Beratungstradition beruht hingegen die Pflegeberatung bei der Pflegekasse *SH*, die in das Sachgebiet der Sozial- und Gesundheitsberatung dieser Kasse integriert ist. Schwerpunkt des Sachgebiets ist die Beratung von arbeitsunfähig erkrankten Versicherten, wobei auch schon vor der Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ein fließender Übergang hin zur Beratung für Ältere und Pflegebedürftige bestanden habe. Die Pflegeberatung bedeutete somit keine wesentliche Erweiterung des Aufgabenspektrums, die Berater des Sachgebiets wurden jedoch in einer Inhouse-Schulung gemäß den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die Pflegeberatung qualifiziert. Aufgrund des langjährigen Bestehens der Sozial- und Gesundheitsberatung bei der Pflegekasse *SH* und deren Bekanntheit bei den relativ gering fluktuierenden Mitgliedern, wird die Pflegeberatung von den Versicherten sehr selbstverständlich und niedrigschwellig angenommen (SchlesH_1, Z. 164-264).

Integration ehemaliger BeKo-Stellen an den Beispielen der Pflegestützpunkte *Saar* und *RP*

Die Pflegestützpunkte *Saar* und *RP* gingen aus zuvor bestehenden Beratungs- und Koordinierungsstellen (BeKo-Stellen) hervor. Im Landkreis des Stützpunkts *Saar* gab es vor der Gründung des Pflegestützpunkts sogar vier BeKo-Stellen, drei davon waren bei Wohlfahrtsverbänden angesiedelt, eine beim Landkreis. Mit der Einrichtung des Pflegestützpunkts wurden 2008 die Verträge mit den Verbänden gekündigt und deren Berater wechselten zum Teil zum Landkreis. Sie arbeiten heute zusammen mit früheren Beschäftigten der kommunalen BeKo-Stelle im Pflegestützpunkt. Für die Pflegekassen ist an diesem Pflegestützpunkt ein Kassenverband beteiligt, der auch kassenübergreifend die Federführung übernommen hat und ebenfalls Mitarbeiter einschließlich der Geschäftsführung des Pflegestützpunkts stellt. Der Pflegestützpunkt ist im Landratsamt angesiedelt (Saar_1, Z. 43-111, Z. 259-328). Alle Berater des Pflegestützpunkts sind für Beratungen nach § 7a SGB XI eingesetzt, ebenso wie für die anderen Beratungsaufgaben gemäß § 92 c SGB XI. Der diesbezüglichen Praxis im Pflegestützpunkt liegt ein Verständnis der Gesetzeslage zugrunde, wonach vorgeschrieben ist, die Beratungsaufträge nach beiden Rechtsgrundlagen zu verbinden (Saar_1, Z. 172-180). Alle Pflegeberater im Stützpunkt absolvieren zudem einheitlich die Weiterbildung nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands.

Positiv hervorgehoben werden in der Befragung im Pflegestützpunkt *Saar* die klar geregelten Verantwortlichkeiten für den Stützpunkt (Saar_1, Z. 14-41). Auf der Grundlage des Saarländischen Rahmenvertrags zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 12) wurde zwischen den im Saarland vertretenen Kranken- und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen einerseits und dem Landkreis andererseits eine „Kooperationsvereinbarung über die Errichtung und den Betrieb des Pflegestützpunktes im Landkreis [...]“ geschlossen (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 13). Darin wird unter anderem die Einrichtung eines Kooperationsausschuss und einer Geschäftsführung vereinbart. Dem Kooperationsausschuss gehören Vertreter der Kassen, des Landkreises und des zuständigen Ministeriums an. Neben der Personal-, Kosten- und Finanzierungsplanung und der Bestimmung der Geschäftsführung obliegt dem Kooperationsausschuss unter anderem die Festlegung der konzeptionellen Grundsätze der Stützpunktarbeit. Der vom Kooperationsausschuss eingesetzten Geschäftsführung obliegen

unter anderem die Regelung der stützpunktinternen Abläufe und die Fachaufsicht für alle Pflegeberater, unabhängig von deren Anstellungsträger. Gemäß § 9, Abs. 3 des Saarländischen Rahmenvertrags wechselt der Vorsitz des Kooperationsausschusses und der Geschäftsführung zweijährlich zwischen der Kommune und der im jeweiligen Stützpunkt federführenden Kasse. Derzeit liegt die Geschäftsführung für den Pflegestützpunkt *Saar* in den Händen des Kassenverbands.

In den Pflegestützpunkt *RP* wurde ebenfalls eine zuvor existierende BeKo-Stelle integriert. Auch hier gibt es eine personelle Kontinuität in der Person des Beraters der BeKo-Stelle, eines Mitarbeiters eines großen Wohlfahrtsverbands, das auch Träger der BeKo-Stelle war. Ein weiterer Berater im Pflegestützpunkt ist durch eine Pflegekasse entsandt. Wie bereits die BeKo-Stelle ist auch der Pflegestützpunkt in den Räumen des Wohlfahrtsverbands mit Sozialstation angesiedelt (RP_1, Z. 7-81). Die „Vereinbarung über die Kooperation von BeKo-Stellen mit Pflegestützpunkten auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung nach § 92 c Abs. 8 SGB XI“ (im Entwurf beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 14), abgeschlossen unter anderem zwischen Pflegekassen, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung, kommunalen Spitzenverbänden im Land sowie Wohlfahrtsverbänden, sieht unter Bezugnahme auf die Allgemeinverfügung des zuständigen Landesministeriums eine Trägerschaft der Pflegestützpunkte bei den Kassen vor. Der Kooperationsvereinbarung gemäß bringt der Träger der (bisherigen) BeKo-Stellen ebenso wie die am jeweiligen Stützpunkt beteiligte Kasse Mitarbeiter für die Beratung nach § 7a SGB XI *und* nach § 92c SGB XI in den Stützpunkt ein. Die Beschäftigten des Stützpunkts beraten somit alle nach beiden Rechtsgrundlagen, eine Regelung, die sich auch in der Praxis des Pflegestützpunkts *RP* wiederfindet und die im Übrigen in Übereinstimmung steht mit der Arbeit im Pflegestützpunkt *Saar*.

Hinsichtlich einer Reihe anderer Aspekte weichen die Regelungen und die Praxis der beiden Stützpunkte *RP* und *Saar* jedoch voneinander ab: Am augenfälligsten ist hier zunächst die fortbestehende Trägerschaft der BeKo-Stelle bei dem Wohlfahrtsverband einschließlich der oben erwähnten und fortbestehenden Ansiedelung in deren Räumen. Der Pflegestützpunkt ist zwar am Gebäude mit einem gesonderten Schild ausgewiesen, den Beratern stehen neutrale Informationsblätter, Visitenkarten und Mail-Adressen zur Verfügung (beigelegt als Anlagen Fallstudien Nr. 15 und 16) und die Mitarbeiter des Stützpunkts bemühen sich um eine neutrale Außendarstellung (so wurde veranlasst, die regelmäßige Bekanntmachung im Mitteilungsblatt der Gemeinde entsprechend anzupassen, Auszug beispielhaft beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 17) – dennoch wird der Pflegestützpunkt nach den Aussagen der Berater in der Öffentlichkeit als Angebot des Wohlfahrtsverbands mit dessen Sozialstation wahrgenommen (RP_1, Z. 610-656).

Neben der auch nach Außen hin sichtbaren Beteiligung eines Wohlfahrtsverbands unterscheiden sich die Pflegestützpunkte *Saar* und *RP* aber auch in den Regelungen zu Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. So ist in der Kooperationsvereinbarung für den Stützpunkt *RP* (siehe oben) geregelt, dass sowohl die „Sicherstellung des laufenden Betriebes“ als auch die Dienst- und Fachaufsicht in der Verantwortung der Vertragspartner bzw. Arbeitgeber der Berater verbleibt. Eine somit fehlende einheitliche Regelung wirkt sich auch auf die Praxis der Pflegeberatung aus, etwa im Verständnis und im Einsatz von Versorgungsplänen, Schulungen sowie in der von den Beratern geführten Statistik: So wurde dem Mitarbeiter der Pflegekasse von seinem Arbeitgeber ein Formular für einen Versorgungsplan zur Verfügung gestellt und der Berater wurde in dessen Anwendung geschult. Das Formular wird von ihm auch verwendet, wenn es auch nicht Praxis ist, das Formular den Nutzern der Beratung auszuhändigen. Der Berater der BeKo-Stelle verwendet

dieses Formular nicht, auch wenn er dessen Struktur gebende Funktion für die Arbeit als hilfreich bezeichnet (RP_1, Z. 1154-1273). Auch hinsichtlich der zu führenden Statistik gibt es unterschiedliche Vorgaben der beiden beteiligten Arbeitgeber. Die Berater führen hier zum einen für das Land Rheinland-Pfalz die bisherige BeKo-Statistik weiter. Zum anderen wird eine neue Statistik der Beratungen nach § 7a SGB XI geführt. Gemäß der Beurteilung durch die Berater sind beide Statistiken nicht aufeinander abgestimmt. Es wird kritisiert, dass dies zu einer Mehrfachdokumentation führt (RP_1, Z. 100-123).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Integration früherer Beratungsangebote in den Pflegestützpunkten, die in den Fallstudien betrachtet wurden, fällt nicht überall gleich gut aus. Kritisch ist vor allem das Beispiel der Stützpunkte *RP* und *Bran* zu sehen. Hier unterliegen die Berater weder einer vereinheitlichenden Dienst- und Fachaufsicht, noch gelten einheitliche Standards und Regelungen zwischen den Beratern der unterschiedlichen Anstellungsträger hinsichtlich Dokumentation, Einsatz und Umsetzung der Versorgungsplanung, Schulungen, Statistik etc. Positiv fällt hier hingegen das Beispiel des Pflegestützpunkts *Saar* auf, in dem es nicht nur gelungen ist, die langjährige Erfahrung der bisherigen BeKo-Mitarbeiter in den Stützpunkt zu integrieren, sondern diese auch im Rahmen eines Gesamtkonzepts und einheitlicher Prozesse gemeinsam mit den von den Kassen entsandten Mitarbeitern zu einem neuen Angebot zusammenzuführen.

4.5.4 Sachausstattung der Beratungsangebote

Hinsichtlich der Sachausstattung wurden die Beratungsangebote im Rahmen der Fallstudien in den Erhebungen zum Beratungsprofil vor allem zur Ausstattung mit IT/EDV, Telefonie, Beratungsräumen sowie PKW und Visitenkarten für Hausbesuche befragt. Generell wird die Sachausstattung von den Befragten der Fallstudien meist als unproblematisch geschildert. Den Beratern stehen teilweise Notebooks zur Verfügung (u.a. Pflegestützpunkt *Bran*, Pflegekasse *SH*), deren Einsatz während der Beratung aber in mehreren Befragungen abgelehnt wird; komplementär zu dieser Aussage wird von Beratungsangeboten, die kein Notebook zur Verfügung haben, auch angegeben, dass dies nicht benötigt wird. Die Berater, die ein Notebook nicht einsetzen wollen, verweisen darauf, dass dies während der Hausbesuche zu sehr an die Situation der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erinnern würde (z.B. He_1, Z. 878-889; NRW_2, Z. 1033-1040; By_1, Z. 254-276). Lediglich bei der Befragung bei der Pflegekasse *By* (Notebook nicht vorhanden), wurde angegeben, dass ein Notebook praktisch wäre, um unterwegs auf Informationen zurückgreifen zu können, etwa auf Online-Verzeichnisse von Leistungsanbietern oder auf Informationen aus dem Intranet der Pflegekasse (By_1, Z. 254-276).

Die Ausstattung mit PKW wird entweder über Dienstfahrzeuge (u.a. Pflegekassen *BW_A* und *BW_B*) oder teilweise bzw. ausschließlich über zugelassene Privatfahrzeuge sichergestellt (u.a. Pflegestützpunkt *Saar* und Pflegekassen *NRW* und *SH*). Problematisierend wird hier lediglich auf die Abhängigkeit von Privat-PKW's verwiesen (z.B. NRW_2, Z. 1141-1144) und auf die relativ geringe Fahrkostenerstattung hingewiesen (z.B. Saar_1, Z. 783-786).

Alle Orte der Fallstudien verfügen über ausreichende barrierefrei zugängliche Beratungsräume. Auch die Ausstattung mit dienstlichen Mobiltelefonen ist regelmäßig gegeben. Ebenso verfügen alle Berater über Visitenkarten zum Einsatz bei Hausbesuchen.

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Sachausstattung der Beratungsangebote wird von den Befragten Mitarbeitern an allen in den Fallstudien beschriebenen Standorten in überzeugender Weise als ausreichend oder sogar gut beschrieben.

4.5.5 Dokumentation der Beratung und Dokumentationssoftware

Dokumentation der Beratung und Dokumentationssoftware

Die Dokumentation der Beratung erfolgt in den Beratungsangeboten der Fallstudien auf sehr unterschiedliche Weise. Für die meisten der betrachteten Angebote lässt sich festhalten, dass zwar zumindest ein Teil der Informationen aus den Gesprächen mit Nutzern auch digital gespeichert wird, in keinem Fall erfolgt die Übertragung in die EDV dabei aber bereits im Gespräch selbst, so dass die zunächst handschriftlich notierten Daten gegebenenfalls anschließend in den Computer übertragen werden (zu den Gründen, weshalb eine Dateneingabe in ein Laptop bereits während der Beratungen abgelehnt werden, vgl. die Ausführungen zur Ausstattung der Berater mit Laptops unter 4.5.4).

Eine eigene Software zur Dokumentation der Beratungen wird nicht an allen Standorten eingesetzt. So werden die Notizen des Pflegeberaters im Pflegestützpunkt *Hess* nach den Gesprächen als Freitext im Textverarbeitungssystem Word festgehalten. Termine, etwa zu geplanten Nachkontakten, werden in einem Kalender notiert (He_1, Z. 917-955). Im Pflegestützpunkt *Bran*, in dem die Dokumentation gänzlich ohne EDV-Programm erfolgt (Bran_1, Z. 517-526), haben die Berater sich einen eigenen Dokumentationsbogen erarbeitet, auf den sie die für ihre Fallaktivitäten relevanten Informationen festhalten und der auch der Informationsweitergabe an den Kollegen dient, wenn dieser in Vertretung einen Fall übernimmt. Ein Vorhaben des kommunalen Beraters des Stützpunkts, zusammen mit seinen Kollegen aus anderen Stützpunkten, einheitliche Standards für die Dokumentation zu erarbeiten, konnte noch nicht abgeschlossen werden, solange verschiedene Pflegestützpunkte noch in der Gründungsphase sind (Bran_2, Z. 368-403).

An mehreren Standorten der Beratung wird derzeit ein neues EDV-System zur Dokumentation eingeführt oder es gibt entsprechende Planungen. Dies gilt für die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten *Saar* (Saar_1, Z. 886-912), *Hess* (wo zum April 2011 ein neues Programm eingeführt wurde, He_1, Z. 871-879) und *HH* (wo die Einführung zum Juni 2011 geplant ist, HH_1, 439-454). Auch bei der Pflegekasse *BW_A* gibt es Planungen für die Einführung einer neuen Dokumentationssoftware (BaWü_2, Z. 456-465).

Bei mehreren Beratungsangeboten steht das Formular zur Versorgungsplanung im Mittelpunkt der Dokumentation. So erfolgt bei den Pflegekassen *Sachs* und *NRW* die Dokumentation von Beratungsgesprächen bereits im Dokument des Versorgungsplans, in das neben den Daten des Versorgungsplan im eigentlichen Sinne auch die weiteren Informationen aus den Beratungen eingetragen werden (Sachs_1b, Z. 98-115).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Hinsichtlich der Dokumentationsvorgaben und deren in der Regel vorhandenen EDV-technischen Umsetzung gibt es große Unterschiede zwischen den Beratungsangeboten. Ein abschließendes

Urteil ist hier erst nach der Umstellung auf eine neue Software möglich, die an den meisten der untersuchten Standorte derzeit erfolgt. Problematisch erweisen sich bei der Pflegekasse *NRW* und *Sachs* die Fokussierung der Dokumentation auf den Versorgungsplan, zusammen mit der unter 4.5.2 beschriebenen dysfunktionalen Anreizwirkung mittels möglichst vieler Versorgungspläne die eigene Stelle zu sichern oder auszubauen. Die Pflegeberater werden so in dem bestehenden ökonomischen Anreiz verstärkt, die Erstellung eines Versorgungsplans einseitig in den Mittelpunkt der Beratung zu stellen.

4.5.6 Erreichbarkeit und wohnortnahe Versorgung

Die in den Fallstudien betrachteten Beratungsangebote stellen eine wohnortnahe Versorgung durch eine dezentrale Beratungsstellen-Infrastruktur einerseits und die Durchführung von Hausbesuchen andererseits sicher. Einschränkungen die hier bei den beiden betrachteten Flächenkassen *BW_B* und *BW_C* bestehen, werden nachfolgend ausführlicher beschrieben. Die Erreichbarkeit der Pflegeberatung ist an allen betrachteten Standorten auch dann durch Mobiltelefone, Anrufbeantworter oder Verwaltungsmitarbeiter (z.B. in den Geschäftsstellen) gesichert, wenn die Berater zu Hausbesuchen unterwegs sind. Bei allen Befragungen wird betont, wie wichtig die Beratung in der häuslichen Umgebung der Klienten ist, wobei es nicht nur um den Zugang zur Beratung für die Klienten geht, sondern auch darum, sich einen persönlichen Eindruck der Wohnsituation zu verschaffen (z.B. *HH_1*, Z. 620-649; *Bran_2*, Z. 744-747; *NRW_1*, Z. 90-108). Neben den Hausbesuchen wird die Erreichbarkeit bei allen betrachteten Beratungsangeboten in barrierefrei erreichbaren Geschäftsstellen oder Pflegestützpunkten sichergestellt.

Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung bei unterschiedlichem Einzugsbereich der Beratungsangebote

Wie in Tabellen in Abschnitt 4.3 dargestellt, divergieren die Einzugsbereiche der in den Fallstudien betrachteten Angebote der Pflegeberatung stark – und zwar sowohl hinsichtlich des abgedeckten Radius als auch in Bezug auf die Einwohnerzahlen bzw. die Zahlen der Versicherten in den Einzugsbereichen. In diesem Zusammenhang wurde bereits auf die damit zusammenhängende stark variierende Zahl von Beraterstellen im Verhältnis zu den Einwohner- bzw. Versichertenzahlen hingewiesen. Da fast alle Beratungsangebote eine wohnortnahe Versorgung durch Beratungen in der Häuslichkeit der Versicherten sicherstellen, ist die notwendige Zahl von Beraterstellen aufgrund des Zeitaufwands für lange Fahrtwege und außerdem von den Distanzen im Einzugsbereich abhängig.

Der Grad der Dezentralisierung der Einzugsbereiche betrifft aber nicht nur die notwendige Personalausstattung und die Praktikabilität in den alltäglichen Abläufen der Beratung, sie ist auch eine Voraussetzung für eine gelingende Netzwerkarbeit und für einen sicheren Überblick aller verfügbaren vertraglichen und nicht-vertraglichen sowie informellen Unterstützungsangebote (zur diesbezüglichen Praxis der untersuchten Pflegeberatungen vgl. unter 4.7.4). Je größer der Einzugsbereich, desto schwerer ist es für die Berater, Kontakte zu einem breiten und tragfähigen Hilfenetz zu unterhalten. Insbesondere zur Sicherung eines informellen Hilfenetzes sind vielfältige Kontakte zu Initiativen, Vereinen und Verbänden erforderlich, ebenso wie regelmäßige Besprechungen im Netzwerk etc. (zur Netzwerkarbeit vgl. ausführlicher unter 4.7.4). Es ist demzufolge naheliegend, dass ein guter Überblick aller verfügbaren Unterstützungsangebote und vor allem

die Gestaltung dieser Struktur im Sinne eines Care Managements umso besser gelingen kann, je regionaler bzw. dezentraler die Pflegeberatung organisiert ist.

Besonders dezentralisierte Beratungsangebote – gemessen an dem für die Netzwerkarbeit relevanten Verhältnis aus Einwohnerzahl und Vollzeitstellen – sind unter den Fallstudien die Pflegestützpunkte *RP* und *Saar*. Hier entfallen weniger als 25.000 Einwohner auf eine Beraterstelle. Bei den anderen betrachteten Pflegestützpunkten sind die Mitarbeiter jeweils für eine größere Einwohnerzahl zuständig, das Zahlenverhältnis ist aber auch hier durchweg besser als in den betrachteten Fallbeispielen der Pflegeberatung durch Pflegekassen. Darunter weisen zwar einzelne Pflegekassen eine niedrige Zahl von *Versicherten* pro Vollzeitstelle auf. So entfallen bei der Pflegekasse *NRW* ca. 50.000 Versicherte auf eine Vollzeitstelle und bei der Pflegekasse *BW_B* sogar nur ca. 17.500 Versicherten auf eine Vollzeitstelle (die hier allerdings über das gesamte Land Baden-Württemberg verteilt sind). Die für die Netzwerkarbeit bedeutsame Einwohnerzahl pro Vollzeitstelle im Einzugsbereich liegt in allen betrachteten Fallbeispielen bei Pflegekassen über 150.000 und zum Teil deutlich darüber. Praxisbeispiele, wie die in den Fallstudien untersuchten Angebote der Pflegeberatung unter diesen Voraussetzungen die verfügbaren Unterstützungsangebote erfassen und im Sinne von Care Management gestalten, finden sich unter 4.7.4.

Ein Beispiel, wie eine gelingende Netzwerkarbeit von einer kleinräumigen Organisation der Pflegeberatung abhängt, liegt aus der Fallstudie zum Pflegestützpunkt *Hess* vor. Wie in Abschnitt 4.7.4 beschrieben, finden im Landkreis, der von dem Stützpunkt versorgt wird, in fünf Regionen Netzwerkkonferenzen statt, bei denen die Mitarbeiter mit allen örtlichen formellen und informellen Anbietern die Entwicklung der Angebotsstruktur und Versorgungslücken etc. thematisieren. An diesen Netzwerkkonferenzen nehmen die Pflegeberater der AOK, die im betreffenden Landkreis unabhängig vom Pflegestützpunkt *Hess* tätig sind, nicht teil (He_1, Z. 54-73, Z. 756-767).

In mehrerer Hinsicht anders stellt sich die Sicherung der wohnortnahen Versorgung bei den beiden Flächenkassen *BW_B* und *BW_C* dar. Auf deren besondere Situation wird im Folgenden ausführlicher eingegangen.

Die besondere Situation bei den Flächenkassen *BW_B* und *BW_C*

Die Pflegekassen *BW_B* und *BW_C* haben in Baden-Württemberg eine verhältnismäßig kleine Zahl von Versicherten. Bei der Pflegekasse *BW_C* wird die Pflegeberatung für den Landesteil Württemberg durch einen Mitarbeiter wahrgenommen (BaWü_1, Z. 302-313). Bei der Pflegekasse *BW_B* sind zwei Pflegeberater für das gesamte Land Baden-Württemberg zuständig (BaWü_1, Z. 370-377). Im Fall der Pflegekasse *BW_C* bedeutet dies einen maximalen Radius ca. 150 km, bei der Pflegekasse *BW_B* von ca. 300 km. Das Angebot von Hausbesuchen der beiden Pflegekassen unterscheidet sich daher von dem der anderen, in den Fallstudien betrachteten Kassen. So gibt der Pflegeberater der Pflegekasse *BW_C* an, in Fällen entfernter wohnender Versicherter zunächst zu prüfen, ob ein Hausbesuch wirtschaftlich vertretbar ist. Falls es inhaltlich möglich ist und es im Bereich des Wohnorts einen Pflegestützpunkt gibt, wird dieser gebeten, die Beratung zu unterstützen. Bei manchen Anliegen können auch Kommunen oder Bürgermeisterämter um Unterstützung gebeten werden. Darüber hinaus erforderliche Hausbesuche werden durch den Pflegeberater der Pflegekasse regional gebündelt wahrgenommen. Von den Versicherten wird dabei eine gewisse zeitliche Flexibilität verlangt. In Einzelfällen werden Beratungsgespräche auf Wunsch der Versicherten nicht in der Häuslichkeit, sondern in Pflegestützpunkten durchgeführt (BaWü_1, Z. 623-640, Z. 1404-1432).

Bei der Pflegekasse *BW_B* wird die Wahrnehmung von Hausbesuchen ähnlich gehandhabt. Wegen des noch größeren Einzugsbereichs kommt es hier jedoch vor, dass Hausbesuche manchmal gar nicht machbar sind. Im Übrigen wird versucht, die Pflegeberatung telefonisch zu leisten oder es wird auch hier versucht, auf Pflegestützpunkte zurückzugreifen, die allerdings in Baden-Württemberg nicht flächendeckend vorhanden sind (BaWü_1, Z. 377-385, Z. 613-616, Z. 789-882).

Die für einen Versicherten verfügbaren Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten werden von den Pflegeberatern im Einzelfall vor Ort recherchiert. Als Ansprechpartner fungieren auch hier Pflegestützpunkte sowie Kommunalverwaltungen. Darüber hinaus erfolgt die Recherche im Internet, z.B. in Verzeichnissen, die von Pflegekassen oder von Landratsämtern gepflegt werden (BaWü_1, Z. 769-773, Z. 1507-1584).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Eine gute Erreichbarkeit der Beratung kann von fast allen untersuchten Pflegeberatungen der Fallstudien mittels Hausbesuchen sichergestellt werden (mit Einschränkungen bei den beiden in Baden-Württemberg betrachteten Flächenkassen). Eine wohnortnahe Versorgung bezieht sich aber darüber hinaus auch auf die lokale Einbindung der Beratung. Diese fällt umso leichter, je stärker regionalisiert die Pflegeberatung angeboten wird.

4.5.7 Informationszugang

Informationszugang als Voraussetzung für Pflegeberatung: Das Good-Practice-Beispiel der Pflegekasse *By*

Die Vieldimensionalität der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bringt für die Berater die große Herausforderung mit sich, sich hinsichtlich der unterschiedlichsten dazu erforderlichen Informationen auf dem Laufenden zu halten (z.B. SchlesH_2, Z. 588-593; He_2b, Z. 283-308). Der Berater der Pflegekasse *BW_A* gibt hierzu beispielsweise an, über gesetzliche Änderungen per Rundschreiben durch die Hauptverwaltung informiert zu werden. Darüber hinaus gibt es Fortbildungen zu verschiedenen Themen (BaWü_2, Z. 1423-1438). Andere befragte Pflegeberater verweisen vor allem auf die Praxis, sich im Bedarfsfall bei den zuständigen Behörden oder bei kooperierenden Beratungsangeboten zu informieren (z.B. Jugendamt, Rentenversicherungsträger, Pflege und Krankenkassen) und im Fall des Pflegestützpunkts *Saar* liegt außerdem mit den verschiedenen beruflichen Hintergründen der Berater ein Pool unterschiedlicher Kenntnisse und Erfahrungen vor, der bei komplexen Beratungsfällen abgerufen wird, unter anderem in Fallbesprechungen (Saar_2, Z. 532-577).

Ein Good-Practice-Beispiel zur Sicherung des Informationszugangs für die Pflegeberatung findet sich bei der Pflegekasse *By*: Alle knapp 50 Berater der Pflegekasse tragen dazu Informationen zu den unterschiedlichsten Themen, die bei Beratungen relevant sein können zusammen, die – verwaltet vom befragten Berater bei der Pflegekasse *By* – auf einem Laufwerk im Intranet zur Verfügung gestellt werden. Diese allgemeine Informationsbasis – das die bereits vorhandenen Verzeichnisse von Leistungsanbietern ergänzt – wird laufend aktualisiert und um zusätzliche Themen erweitert. Im Moment reicht das interne Verzeichnis von Informationen zu verschiedenen Themen der häuslichen Krankenpflege, zur Grundsicherung, zu Hilfsmitteln, zur Gebührenordnung der GEZ über einen Dolmetscher-Pool für Beratungsfälle mit Migrationshintergrund bis hin zu Informationen zur Unterhaltspflicht (Düsseldorfer Tabelle). Über dieses Verzeichnis hinaus findet

eine kollegiale informatorische Unterstützung im Berater-Netz der Pflegekasse statt. So schildert der Berater der Pflegekasse *By* in der Befragung, wie er zu besonderen Fragestellungen oder Problematiken Rundmails an seine Kollegen richten kann, zu denen er in der Regel innerhalb weniger Minuten eine hilfreiche Antwort erhält (By_254-309).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Das Good-Practice-Beispiel der Pflegekasse *By*, unter den von ihr eingesetzten Pflegeberatern einen strukturierten und moderierten Austausch zu initiieren überzeugt nicht nur hinsichtlich der dabei geschaffenen Informationsplattformen. Derartige Lösungen zu etablieren kann auch anderen großen Anstellungsträgern von Pflegeberatung empfohlen werden.

4.5.8 Dienst- und Fachaufsicht

Regelung der Dienst- und Fachaufsicht in einem Pflegestützpunkt: Das Good-Practice-Beispiel der Integrierten Pflegeberatung im Pflegestützpunkt *Saar*

Zur Dienst- und Fachaufsicht finden sich in den untersuchten Beratungsangeboten der Fallstudien sehr unterschiedliche Regelungen. In den Fällen der Pflegekassen *BA_A* und *SH*, bei denen die Beratung intern eigenen Abteilungen zugeordnet ist, sind die Dienst- und Fachaufsicht in der Person des Leiters dieser Abteilungen vereint (BaWü_2, Z. 1-33; SchlesH_1, Z. 62-65). Demgegenüber ist bei der Pflegekasse *By* die Dienstaufsicht von der Fachaufsicht getrennt. Während erstere dezentral bei der örtlichen Geschäftsstelle angesiedelt ist, wurde die fachlich vorgesetzte Stelle für alle Pflegeberater landesweit zentralisiert eingerichtet (By_1, Z. 137-146).

Bei den untersuchten Pflegestützpunkten lassen sich zwei Modelle für die Regelung der Dienst- und Fachaufsicht unterscheiden. Im ersten Fall verbleiben sowohl Dienst- als auch Fachaufsicht beim jeweiligen Anstellungsträger. Eine solche Regelung gilt beispielsweise in den Pflegestützpunkten *Hess*, *RP* und *Bran* (He_1, Z. 361-386; RP_1, Z. 178-182; Bran_1, Z. 306-315; vgl. hierzu auch Anlagen Fallstudien Nr. 14, 18, und 19). Bei einem Pflegestützpunkt, der an dieser Stelle zum Schutz der befragten Person nicht genannt werden soll, wurde im Interview darauf hingewiesen, dass dies zwar die formale Regelung sei, die Fachaufsicht würde in der Praxis aber überhaupt nicht wahrgenommen, da die betreffende Person ja gar keinen Einblick habe (Anonym, Z. 9-22).

Eine bemerkenswerte Empfehlung sowohl zur Dienst- wie auch zur Fachaufsicht stammt von einem der Befragten im Pflegestützpunkt *RP*, der empfiehlt, die Dienst- und Fachaufsicht für alle Mitarbeiter der Pflegestützpunkte zu vereinheitlichen, da sich sonst in der Praxis in den verschiedensten Bereichen immer wieder unterschiedliche Vorgaben ergäben (RP_2a, Z. 928-961). Ein ebensolches Modell, das als Good-Practice-Lösung betrachtet werden kann, ist im Pflegestützpunkt *Saar* realisiert. Für diesen Stützpunkt sieht der Saarländische Rahmenvertrag zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 12) zwischen den im Saarland vertretenen Kranken- und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen einerseits und dem Landkreis andererseits und die Kooperationsvereinbarung über die Errichtung und den Betrieb des Pflegestützpunktes (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 13) die Einsetzung einer, zwischen der im Stützpunkt federführenden Kasse und der Kommune zweijährlich wechselnden Geschäftsführung vor, die für alle Berater sowohl die Dienst- wie auch die Fachaufsicht wahrnimmt (vgl. zu diesem Modell auch die Ausführungen unter dem Aspekt der internen Kooperation in Pflegestützpunkten unter 4.7.1).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Regelungen der Dienst- und Fachaufsicht fallen vor allem hinsichtlich der untersuchten Pflegestützpunkte auf. Die hierzu beschriebenen unterschiedlichen Regelungen für die Berater unterschiedlicher Anstellungsträger dürften zusammen mit anderen unterschiedlichen Vorgaben zu Personaleinsatz und Personalpolitik (vgl. unter 4.5.2) in der Praxis zu einer beständigen Notwendigkeit vermeidbarer Abstimmungen führen, verbunden mit einem entsprechenden Konfliktpotential. Als positiv ist in diesem Zusammenhang das Beispiel der integrierten Pflegeberatung des Pflegestützpunkts *Saar* zu benennen.

4.5.9 Datenschutz

Die in den Fallstudien untersuchten Angebote der Pflegeberatung unterscheiden sich teilweise deutlich hinsichtlich der geltenden bzw. angewendeten Datenschutzregelungen. Um die Bandbreite der diesbezüglichen Vorgaben und der damit verbundenen Praxis darzustellen, wird nachfolgend die Situation in verschiedenen Beratungsangeboten aus den Fallstudien beschrieben.

Regelungen zum Datenschutz am Beispiel der Pflegekassen *BW_A*, *NRW* und *Sachs*

Bei der Pflegekasse *BW_A* haben der Leiter der Abteilung Sozialer Dienst, zu dem auch die Pflegeberatung gehört, im Rahmen der Fachaufsicht und die Kollegen aus der Abteilung im Rahmen der Vertretung Einblick in die Dokumentation der Berater. Dies gilt jedoch nicht für Versorgungspläne. Hier bedarf es für jeden Einblick – auch durch den Vorgesetzten – einer gesonderten Zustimmung des Versicherten. Die Leistungsabteilung erfährt grundsätzlich nur, dass Versicherte eine Pflegeberatung wahrnehmen. Bei Leistungsanträgen werden sachbezogen die jeweils relevanten Informationen zur Antragsbearbeitung weitergegeben (BaWü_2, Z. 27-90). Umgekehrt hat die Pflegeberatung Einblick in die Gutachten des Medizinischen Dienstes (BaWü_2, Z. 422-430).

Diese Beschreibung der Praxis zum Datenschutz wird auch den Nutzern der Pflegeberatung transparent gemacht. Im Formular „Antrag auf individuell Pflegeberatung und Versorgungsplanung nach § 7a SGB XI und Datenschutzerklärung“ (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 9), das bei der Pflegekasse *BW_A* eingesetzt wird, heißt es:

„Ihre in der Pflegeberatung gegenüber der Pflegeberaterin des Sozialen Dienstes gemachten Angaben unterliegen einer besonderen Schweigepflicht auch innerhalb der [Nennung der Pflegekasse]. Dies trifft besonders auf den Versorgungsplan zu, in den keine anderen [Nennung der Pflegekasse]-Mitarbeiter Einsicht haben.“

In der „Erklärung des Versicherten zum Antrag auf Pflegeberatung und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung“, die Teil des Formulars ist, heißt es weiter:

„Ich bin damit einverstanden, dass die für die Pflegeberatung erforderlichen Informationen [...] von meiner [Nennung der Pflegekasse]-Pflegeberaterin erfasst und analysiert werden und ggf. den für die Leistungsgewährung zuständigen Leistungsträgern oder den an meiner pflegerischen Betreuung beteiligten Leistungserbringern im erforderlichen Umfang und zweckgebunden zur Verfügung gestellt (übermittelt) werden. Die Datenübermittlung dient ausschließlich dazu, die weitere Pflege zu organisieren und die notwendigen Leistungen zu koordinieren.“

Mir ist bewusst, dass es mir – auch ohne Angaben von Gründen – jederzeit möglich ist, die Inanspruchnahme der Pflegeberatung zu beenden. [...] Mit der Beendigung der Betreuung durch die [Nennung der Pflegekasse]-Pflegeberaterin endet auch die Befugnis meine personenbezogenen Daten zu speichern oder Dritten zu übermitteln [...]“ (Anlage Fallstudien Nr. 9).

Ähnliche Regelungen zum Datenschutz gelten auch bei den Pflegeberatungen durch die Pflegekassen *NRW* und *By*. Bei der Pflegekasse *By* wird überdies bei Hausbesuchen eine Einverständniserklärung zum Betreten der Wohnung eingesetzt (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 20 und 21).

Regelungen zum Datenschutz am Beispiel der Pflegekasse *SH*

Die Regelungen zum Datenschutz bei der Pflegekasse *SH* sind teilweise mit denen der Pflegekasse *BW_A* vergleichbar. Weder Vorgesetzte noch Kollegen in der Pflegeberatung haben für Fachaufsichts- bzw. Vertretungsaufgaben Zugriff auf die Dokumentation des Pflegeberaters. Auch die Mitarbeiter der Geschäftsstelle können lediglich allgemeine Daten zum Versicherten einsehen. Bei längerfristigen Vertretungen, können Fälle an Kollegen des Sachgebiet Sozial- und Gesundheitsberatung übergeben werden. Auch hier erfolgt keine Weitergabe der gesamten Dokumentation sondern es wird „gegebenenfalls was ausgedruckt“ (SchlesH_1, Z. 465-511).

Nach Abschluss eines Falls erfolgt bei der Pflegekasse *SH* eine Zuordnung der Beratung nach § 7 bzw. 7a SGB XI. Diese Buchung wird von einem Mitarbeiter der Geschäftsstelle vorgenommen, der dazu auf die Leistungsakte des Versicherten, eine Übersicht der Beratungstermine und auf Informationen aus den von der Pflegeberatung in der Leistungsabteilung angestoßenen Anträgen zurückgreift. Gegebenenfalls nimmt der Mitarbeiter vor der Qualifizierung einer Beratung nach § 7a SGB XI auch Rücksprache mit dem Pflegeberater (SchlesH_2, Z. 361-461).

Im „Konzept zur Durchführung der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI“ (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 22) wird eine „interne Dokumentation“ mit „Fallübersicht und Verlauf“ sowie eine „externe Dokumentation“ mit der „Hilfeplanung und deren Begleitung“ differenziert. In der „Handlungsanleitung Pflegeberatung“ zu dem Konzept ist zur Zusammenarbeit der Pflegeberatung mit der Sachbearbeitung der Pflegeversicherung geregelt. Hier heißt es u.a.:

„[G]ibt die Pflegesachbearbeitung einen Auftrag an die Pflegeberatung[,] so ist dem Auftrag (sofern vorhanden) immer das aktuelle Pflegegutachten beizufügen[.]

[H]at ein Pflegeberater einen Auftrag bekommen[,] hat im Regelfall nach einer Kalenderwoche (KW) eine Rückmeldung an die Pflegesachbearbeitung zu erfolgen[.]

[W]urde innerhalb einer Pflegeberatung ein Sachstand erhoben[,] ist dieser innerhalb einer KW in einer für die Akte aufbereiteten bzw. weiterbearbeitungsfähigen Form an die Pflegesachbearbeitung zu übermitteln. In Ausnahmen (z.B. besonders komplizierter oder aufwendiger Sachverhalt) kann nach Rücksprache eine weitere KW genutzt werden“ (Konzept zur Durchführung der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI, beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 22).

Regelungen zur Informationsweitergabe in Pflegestützpunkten an den Beispielen der Pflegestützpunkte *Bran*, *HH*, *Hess* und *Saar*

Im Pflegestützpunkt *Bran* arbeiten je ein Berater des Gesundheitsamtes und einer entsendenden Pflegekasse. Die Berater haben gegenseitig Zugriff auf die Falldokumentationen einschließlich der Versorgungspläne (Bran_1, Z. 317-339, vgl. hierzu auch Anlage Fallstudien Nr. 23). Auch in

den Pflegestützpunkten *HH* und *Hess* ist die Informationsweitergabe auf diese Weise geregelt (HH_1, Z. 245-263; He_1, Z. 438-454).

Im Pflegestützpunkt *Saar* ist die Informationsweitergabe zwischen den Beratern der entsendenden Pflegekasse und der Kommune noch nicht abschließend geregelt. Die derzeit geltende Regelung sieht vor, dass die Mitarbeitenden der Pflegekasse gegenseitig Zugang zu ihren Dokumentationen haben und sich vertreten. Gleiches gilt für die Mitarbeitenden der Kommune. Eine Datenweitergabe zwischen den Beratern der Pflegekasse und der Kommune ist hingegen nicht möglich. Dies gilt auch für Fallbesprechungen im Team, die anonym durchgeführt werden müssen, es sei denn es liegt eine gesonderte Zustimmung der Versicherten vor. Die Geschäftsführung, die derzeit beim Kassenverband angesiedelt ist, der die Federführung im Pflegestützpunkt hat, hat im Rahmen der Fachaufsicht Einblick in die Dokumentationen und Versorgungspläne aller Berater (Saar_1, Z. 562-581).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Durchführung von Pflegeberatungen wirft zahlreiche datenschutzrechtliche Fragen auf. Sie betreffen die Nutzung von Informationen der Pflegekassen für die Pflegeberatung ihrer Versicherten und den Informationsaustausch zwischen Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten. Die zentrale Rolle nimmt der pflegebedürftige Beratung Suchende ein, der jeweils Herr über seine Daten ist und sein muss. Die Beispiele zeigen überwiegend eine ausgeprägte Datenschutzsensibilität, etwa wenn Fallbesprechungen anonym durchgeführt werden, machen aber auch deutlich, dass einige datenschutzrechtliche Fragen noch ungeklärt sind und dass die Einhaltung des Datenschutzes Routinen verlangt, die sich nicht unbedingt mit dem Informationserfordernis der an der Aufgabe Pflegeberatung Beteiligten decken.

4.5.10 Neutralität der Beratung

Neutralität der Beratung

Hinsichtlich der Sicherstellung der gesetzlich geforderten Neutralität der Beratung unterscheiden die befragten Berater grundsätzlich zwei Aspekte – die Neutralität hinsichtlich unterschiedlicher Leistungsanbieter und der Kostenträger, insbesondere der Pflegekassen. Zur Wahrung der Neutralität gegenüber verschiedenen Leistungsanbietern haben die in den Fallstudien untersuchten Pflegeberatungen verschiedene Regelungen getroffen. Beispielsweise werden Nutzern der Pflegeberatung bei der Pflegekasse *Sachs*, die einen Pflegedienst suchen, stets ohne weitere Kommentare alle in einem bestimmten Umkreis tätigen Dienst genannt, wobei auf das EDV-Verzeichnis der Kasse zurückgegriffen wird. Außerdem haben sich auch die Netzwerkpartner, die mit der Pflegekasse *Sachs* in der Vernetzten Pflegeberatung Sachsen zusammenarbeiten, verpflichtet, eine vergleichbare Neutralität zu wahren (Sachs_1a, Z. 1263-1287). Im Pflegestützpunkt *Saar* wird die Neutralität hinsichtlich verschiedener Leistungserbringer gewahrt, indem Auswahllisten verschiedenartiger Dienstleistungsunternehmen erstellt wurden (z.B. zu Pflegediensten, Hausmeisterdiensten, Essen auf Rädern, SAPV), die den Nutzern der Pflegeberatung zur Verfügung gestellt werden (Saar_1, Z. 1654-1667).

Die Neutralität der Beratung in Hinblick auf verschiedene Leistungserbringer glaubwürdig zu vertreten, fällt den Beratern demnach auch deshalb meist nicht besonders schwer, weil sie in keiner direkten Beziehung zu bestimmten Leistungserbringern stehen. Die einzige Ausnahme

unter den in den Fallstudien betrachteten Beratungsangeboten liegt dabei im Pflegestützpunkt *RP* vor. Auch dieser tritt in seiner Broschüre und den Visitenkarten der Berater (beigefügt als Anlagen Fallstudien Nr. 15 und 16) neutral auf; die Beteiligung des Wohlfahrtsverbands und vor allem die Tatsache, dass der Stützpunkt in einer Sozialstation des Verbands angesiedelt ist, führt nach Aussagen der Berater in der Praxis jedoch dazu, dass er in der Öffentlichkeit als Angebot des Wohlfahrtsverbands wahrgenommen wird (RP_1, Z. 610-656). Die Berater betonen aber, dass auch sie Neutralität sicherstellen können, indem sie sich auch dann jeglicher Empfehlungen eines bestimmten Anbieters enthalten, wenn sie von Nutzern darum gebeten werden (RP_1, Z. 1694-1710).

Der zweite Aspekt der Neutralität der Beratung betrifft die Neutralität gegenüber den Pflegekassen. Es ist naheliegend, dass dieser bei der Beratung in Pflegestützpunkten seltener in Frage gestellt wird. Lediglich aus dem Pflegestützpunkt *HH* liegt die Schilderung eines Mitarbeiters vor, der im Rahmen seiner Anstellung bei einer Pflegekasse sowohl als Pflegesachbearbeiter bei der Kasse tätig ist, als auch, mit einem anderen Stellenanteil, im Stützpunkt arbeitet. In diesem Fall erfolgt die Beratung von Versicherten, für die der Berater bei der Pflegekasse zuständig ist, im Stützpunkt stets durch andere Stützpunktmitarbeiter (HH_2, Z. 1093-1144). Mehrfach berichten Pflegeberater bei Pflegekassen, wie ihnen vor allem von Pflegediensten Misstrauen hinsichtlich ihrer Neutralität gegenüber den eigenen Kassen entgegengebracht wird, während es ihnen gegenüber den Nutzern stets leichter falle, diese glaubhaft zu machen (z.B. By_1, Z. 1400-1452, Sachs_2, Z. 651-69).

In keiner der im Rahmen der Fallstudien durchgeführten Befragungen fanden sich Hinweise, die sich als Vorgaben der Pflegekassen an ihre Berater interpretieren lassen, hinsichtlich bestimmter Kassenleistungen einseitig zu beraten. Selbst dort, wo sich Pflegeberater in Pflegestützpunkten – darunter auch entsandte Berater der Kassen – zum Teil sehr kritisch gegenüber der bei Pflegekassen erbrachten Pflegeberatung äußern, wird selten kritisiert, dass die Beratung bei den Kassen einseitig leistungsreduzierend erfolge. Hingegen wird von Beratern in Pflegestützpunkten kritisch angemerkt, dass die direkt bei den Kassen angebotene Pflegeberatung insofern *einseitig* sei, als diese sich häufig ausschließlich auf eine Beratung zu Leistungen nach SGB V und XI reduziere (diese Kritik wurde stets verbunden mit dem Wunsch geäußert, sie im Bericht der Evaluation nur anonym wiederzugeben, weshalb hier nur Zeilennummern für diese Äußerungen angegeben werden, z.B. 426-519). Hinweise auf eine derartig einseitige Fokussierung der Beratung auf die Leistungsberatung finden sich in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht nur bei den durch Pflegekassen erbrachten Pflegeberatungen, sondern auch bei Beratungen in Pflegestützpunkten. Hingegen findet sich insbesondere mit der Pflegekasse *By* ein Beispiel, bei dem die ausgewerteten Beratungsfälle explizit eine besondere Breite der Beratungsinhalte aufweisen (vgl. hierzu unter 4.4).

Zu fragen ist, inwieweit die Neutralität der Beratung gewährleistet ist, wenn, wie bei der Pflegekasse *By*, die Informationsblätter zum Angebot der Pflegeberatung zugleich als Werbeträger für eine private Pflege-Zusatzversicherung genutzt werden (als Anlage Fallstudien Nr. 24 beigefügt).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Wahrung der Neutralität hinsichtlich der Leistungserbringer kann mit gewissen Einschränkungen beim Pflegestützpunkt *RP* bei allen untersuchten Angeboten der Pflegeberatung als gegeben betrachtet werden. Auch hinsichtlich der Neutralität der Beratung gegenüber den Pfl-

gekassen ergaben sich in den Fallstudien keine Hinweise auf eine einseitig leistungsreduzierende Beratungspraxis zu Lasten der Nutzer der Beratung. Deutliche Hinweise gab es jedoch aus den Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle für eine einseitige Fokussierung der Beratung auf eine Leistungsberatung nach dem SGB XI. Wie unter 4.4 dargestellt, gilt dies nicht nur für Beratungsangebote der Pflegekassen (*NRW* und *Sachs*) sondern auch für die Pflegestützpunkte *RP* und *Bran*.

4.6 Besonderheiten ausgewählter Fallbeispiele: Beratungsprozesse

4.6.1 Beratungsanlässe, individuelle Beratungsaufträge und professionelles Selbstverständnis der Berater

Kontaktaufnahme durch die Pflegeberatung an den Beispielen der Pflegekassen *NRW* und *Sachs*

Bei den Auswertungen der auf der Beratungsebene erhobenen Daten fielen die Pflegeberatungen der Pflegekassen *NRW* und der *Sachs* durch einen sehr hohen Anteil von Fällen auf, in denen der Kontakt mit der Beratung vom Berater ausging (vgl. Abbildung 22, S. 161). Im Fall der Pflegekasse *NRW* geben die Befragten hierzu zunächst an, dass die Nutzer in der Regel über die Geschäftsstelle auf das Angebot der Pflegeberatung aufmerksam gemacht werden. Eine allgemeine Bewerbung der Pflegeberatung findet den Angaben zufolge kaum statt. Wenn die Mitarbeiter der Geschäftsstelle einen – über ihre eigene Beratung hinausgehenden Beratungsbedarf – erkennen, geben sie im individuellen Fall, entweder die Kontaktdaten der Pflegeberatung an die Versicherten weiter oder sie bitten die Pflegeberatung, sich selbst an die Versicherten zu wenden, die dann bei den Versicherten anrufen oder brieflich Kontakt aufnehmen und einen Hausbesuch anbieten. Andere Kontaktaufnahmen durch die Pflegeberatung kommen als routinemäßige Nachkontakte 10-12 Monaten nach Abschluss der letzten Beratungsepisode zustande (*NRW_1*, Z. 57-97, Z. 370-386; *NRW_2*, Z. 9-35, Z. 186-193). Zu den in den Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle erhobenen Fälle, in denen die Berater den Kontakt mit den Nutzern der Pflegeberatung aufnahmen, wurden unter anderem folgende Beratungsanlässe genannt: Unterstützung bei der Beantragung einer Pflegestufe, Beratung nach einem Widerspruch gegen die Ablehnung einer Pflegeleistung, Bewilligung einer Geldleistung bei vorliegender Pflegestufe 2 bzw. bei hohem Alter oder Berufstätigkeit der Pflegeperson, Bewilligung von stationären Leistungen, Sicherstellung der Pflege (vgl. hierzu die vollständige Aufzählung aller genannten Beratungsanlässe durch die Pflegeberater in Tabelle 8 in Anlage Fallstudien Nr. 8).

Auch die Pflegeberatung bei der Pflegekasse *Sachs* fällt mit einem hohen Anteil von Beratungen auf, bei denen die Kontaktaufnahme durch die Berater erfolgte. Hier findet sich bei der Erhebung auf der Beratungsebene eine besondere Häufung von Fällen (20 von 30 betrachteten Fällen), in denen der Berater nach der Ablehnung von Pflegeleistungen den Bescheid überbrachte und nochmals zum Gutachten bzw. zu den Gründen der Ablehnung beriet. In der Befragung wurde dazu angegeben, dass mit der Einrichtung der Pflegeberatung auch die Erwartung verbunden war, die Zahl der Widersprüche gegen Leistungsbescheide zu reduzieren, was auch gelungen sei. Die Pflegeberatung nimmt in diesen Fällen Kontakt auf, überbringt den Ablehnungsbescheid und

weist gegebenenfalls auch auf andere Unterstützungsmöglichkeiten bei vorhandenen Hilfebedarfen hin (Sachs_1a, Z. 580-641; Sachs_2, Z. 102-108). In zwei der in der Erhebung auf der Beratungsebene erfassten Fälle, bei denen der Berater aus Anlass einer Leistungsablehnung den Kontakt aufnahm, kam er beim Hausbesuch zu einer anderen Einschätzung und bewirkte eine Änderung des Bescheids, ohne dass die Versicherten nochmals begutachtet werden mussten.

Beratungsanlass Beratung nach § 37, Abs. 3 SGB XI am Beispiel der Pflegekasse *By*

Die Beratung bei der Pflegekasse *By* ist das einzige in den Fallstudien betrachtete Angebot der Pflegeberatung, die sowohl Beratungen nach § 7a SGB XI als auch nach § 37, Abs. 3 SGB XI durchführt. Bei der Auswertung der Beratungsfälle wurden in 17 von 30 betrachteten Fällen Beratungsbesuche nach § 37, Abs. 3 SGB XI durchgeführt. Für den Berater ist das Teil seiner Tätigkeit als Pflegeberater (*By_1*, Z. 201-207). Die inhaltliche Breite und die Intensität der Beratung, gemessen an der Häufigkeit der Beratungskontakte pro Fall, die dieses Beratungsangebot ausmacht, sprechen dafür, dass es dem Berater gelingt, beide rechtlichen Grundlagen für die Beratung im Sinne der Nutzer zu verbinden.

Verfahren zur Klärung der individuellen Beratungsaufträge am Beispiel des Pflegestützpunkt *Saar*

Befragt, wie die in den Fallstudien betrachteten Beratungsangebote fallbezogen individuelle Beratungsaufträge klären, äußern sich die Pflegeberater meist unspezifisch. Teilweise wird auf eine erste Abklärung am Telefon verwiesen (zusammen mit der Frage der Zuständigkeit), bevor die eigentliche Ermittlung von Beratungsbedarf und -auftrag im persönlichen Gespräch erfolgt. Lediglich im Pflegestützpunkt *Saar* wurde ein differenzierteres Verfahren der Auftragsklärung etabliert, das nachfolgend beschrieben wird.

Im Pflegestützpunkt *Saar* werden Anrufe in der Regel von einer Verwaltungskraft entgegengenommen. Wenn der Klient einverstanden ist, werden seine Kontaktdaten aufgenommen und an den für den Bezirk zuständigen Pflegeberater weitergeleitet. Anfragen, bei denen es ausschließlich um eine Information geht, werden evtl. aber auch durch die Verwaltungskraft erledigt. Bei einem Rückruf durch den Pflegeberater wird nun am Telefon der Beratungswunsch vertiefend erfragt. Es wird geklärt, ob ein persönliches Beratungsgespräch im Stützpunkt oder ein Hausbesuch erfolgen soll und außerdem wird bereits am Telefon thematisiert, ob es Fragen zum Leistungsbereich der Pflegeversicherung gibt oder ob unter Umständen Informationen über verschiedenen Anbieter im Landkreis benötigt werden. Hausbesuche finden beispielsweise dann statt, wenn der Klient weiter entfernt oder entlegen wohnt oder wenn die Versorgung mit Hilfsmitteln Beratungsinhalt ist und sich der Berater ein Bild vor Ort machen möchte. Zuweilen wird aber auch explizit um Beratungstermine im Pflegestützpunkt gebeten, um mit dem Berater alleine sprechen zu können. Meist finden zwei Gespräche statt, bis der Beratungsauftrag geklärt ist, ein Vorgespräch und ein weiteres Gespräch zur umfassenderen Erfassung der Pflege- und Lebenssituation in dem auch das weitere Vorgehen geklärt wird. Die Pflegeberater beschreiben in diesem Zusammenhang auch, wie es immer wieder vorkommt, dass Klienten sich zunächst mit einem sehr spezifischen Problem an sie wenden und die Komplexität des Falles sich erst im Laufe der Kontakte zeigt. Zuweilen geht es hier von Seiten der Klienten auch darum, das Beratungsangebot zunächst zu testen (*Saar_2*, Z. 67-126).

Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Klärung von Beratungsbedarfen: Die Good-Practice-Beispiele des Pflegestützpunkt *Saar* und der Pflegekasse *By*

Screening- oder Assessmentinstrumente zur Klärung der Situation der Klienten werden nur an zwei der in den Fallstudien betrachteten Beratungsangebote von Pflegeberatungen eingesetzt, im Pflegestützpunkt *Saar* und bei der Pflegekasse *By*. Im Pflegestützpunkt *Saar* greifen die Berater zum einen auf das Modell der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL, vgl. Krohwinkel 1993) zurück. Zum anderen wird eine Netzwerkkarte eingesetzt, mit der das individuell vorhandene Netzwerk in Bezug auf ihre Ressourcen in den Systemen Familie und Umwelt analysiert, dargestellt und zusammen mit den Klienten betrachtet werden kann (Saar_1, Z. 918-987).

Bei der Pflegekasse *By* kommen verschiedene Instrumente zur Risiko-Einschätzung zum Einsatz. Genannt werden Instrumente zum Sturzrisiko, zum Dekubitusrisiko, zur Feststellung von Mangelernährung aber auch ein Test zur Diagnose von Demenz (Uhrentest aus MMSE, vgl. Folstein et al. 1975). Diese Instrumente werden vor allem dann eingesetzt, wenn es dazu Hinweise bzw. Anlässe aus vorliegenden Gutachten gibt, wobei der Berater hinsichtlich des Einsatzes auf seine Erfahrung als Pflegefachkraft und Pflegedienstleiter zurückgreifen kann (By_1, Z. 1122-1139).

Professionelles Selbstverständnis der Berater zum eigenen Beratungsauftrag

In den Ausführungen zur Neutralität der Beratung (Abschnitt 4.5.10) wurde bereits thematisiert, inwiefern Angebote der Pflegeberatung ihren Beratungsauftrag mehr oder weniger eng auf Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern V und XI fokussieren und mithin die Pflegeberatung auf eine diesbezügliche Leistungsberatung reduzieren. Wie die Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle (vgl. vor allem unter 4.4.5) zeigen, finden sich sowohl unter den Pflegeberatungen bei den Pflegekassen als auch in Pflegestützpunkten Beispiele für derartige Engführungen bei der Interpretation der Beratungsaufträge. Um diese zu vermeiden – so zeigen es die Befragungen der Pflegeberater – benötigt es neben den gesetzlichen und konzeptionellen Vorgaben an die Beratung, auch eine veränderte Haltung der Pflegeberater. Vor allem Berater, die zuvor in Geschäftsstellen der Pflege- und Krankenkassen tätig waren, müssen dazu ihr professionelles Selbstverständnis erweitern. Ein Berater beschreibt, wie er nach seinem Wechsel in die Pflegeberatung zunächst seine bisherige Art der Bewältigung des beruflichen Alltags überwinden musste. Diese sei geprägt gewesen von einer „durchgetakteten Sachbearbeitertätigkeit“, die – wenn überhaupt – nur sehr kurze Beratungsepisoden im Einzelfall zuließ. Nun musste er lernen vertiefter zuzuhören und nachfragen zu dürfen (bzw. zu müssen), welche weiteren Problemlagen in einem individuellen Fall gleichfalls mit eine Rolle spielen (der Einsatzort des Beraters soll an dieser Stelle anonym bleiben, Z. 608-647, Z. 1138-1157).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die in den Fallstudien ermittelte Praxis zur Feststellung von Beratungsbedarfen und -aufträgen lässt auf deutliche Unterschiede hinsichtlich des Selbstverständnisses der Pflegeberatungen an den verschiedenen Standorten schließen. Verknüpft man die Aussagen aus den Befragungen mit den Ergebnissen der Erhebungen auf der Ebene der Beratungsfälle (4.4) so fällt hier insbesondere die Pflegekasse *Sachs* mit Beratungsanlässen auf, die – zumindest im Moment der Kontaktaufnahme zur Beratung durch die Kassen – überwiegend Beratungsmotive der Kasse und nicht der Nutzer sind. Wie wenig es aus dieser Situation heraus gelingt, die Beratungsbedarfe der Nutzer der Beratung in den Mittelpunkt Beratung zu stellen, zeigt sich an der geringen Zahl von Folgebe-

beratungen an diesem Standort. Diese nicht abzurufen ist in erster Linie die Entscheidung der Nutzer, die diese aufgrund ihrer Erwartungen aus der Erstberatung treffen.

Hingegen zeigt das Beispiel der Pflegekasse *By*, dass es auch aus Motiven der Beratung, die zunächst nicht in den Auftrag des § 7a SGB XI fallen (Beratungen nach § 37, Abs. 3 SGB XI), gelingen kann, Beratungsanlässe und -aufträge im Sinne auch dieser Rechtsgrundlage zu erkennen und im Weiteren in Abstimmung mit den Nutzern der Beratung zu bearbeiten.

4.6.2 Einsatz von Versorgungsplänen

Einsatz von Versorgungsplänen

Wie in Abbildung 41 (S. 181) auf der Grundlage der Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle gezeigt, divergieren die in den Fallstudien betrachteten Pflegeberatungen sehr stark hinsichtlich der Häufigkeit, mit der sie Versorgungspläne erstellen, überwachen oder aktualisieren. Diesen Unterschieden liegt eine ebenso große Bandbreite hinsichtlich des Verständnisses und der praktischen Realisierung der Versorgungsplanung zugrunde.

Einige der befragten Berater geben an, dass sich die Versorgungsplanung kaum oder gar nicht von der sonstigen Beratungstätigkeit und deren Dokumentation unterscheidet. Beispielsweise äußert sich einer der Berater im Pflegestützpunkt *RP* dahingehend, dass er zwar alle sich in den Gesprächen ergebenden Informationen und Vereinbarungen in der Fall-Dokumentation zusammenträgt, dort aber keine separate Versorgungsplanung ausweist. Die Aufzeichnungen dienen ihm jedoch als Grundlage z.B. für die Kontaktaufnahme mit Dritten oder für weitere Beratungsgespräche mit den Nutzern. Eine Aushändigung des Planes ist dabei ebenso wenig vorgesehen, wie eine gemeinsame Unterschrift durch Berater und Nutzer. Der Berater gibt an, diese Praxis aus seiner Tätigkeit für die zuvor bestehende BeKo-Stelle übernommen zu haben. Der von der Pflegekasse in den Pflegestützpunkt *RP* entsandte Berater verwendet hingegen ein separates Formular für die Versorgungsplanung, das sein Arbeitgeber ihm zur Verfügung gestellt hat und zu dem er auch eine Fortbildung erhalten hat (RP_1, Z. 1187-1267).

Auch von den Befragten bei der Pflegekasse *SH* wird angegeben, dass hier Versorgungspläne nur in sehr wenigen Fällen gemacht werden, da dies von den Versicherten oftmals auch gar nicht gewünscht werde. In der Regel habe dieser ja eine genaue Vorstellung und erhalte dann die dazu nötige Unterstützung. Um dies zu dokumentieren, wird ein siebenseitiges Formular (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 25) verwendet, in das jedoch in der Regel nur die Daten zum Versicherten und zu den weiteren Beteiligten auf den ersten Seiten sowie am Schluss die getroffenen Vereinbarungen eingetragen würden. Das Formular sieht am Ende eine Unterschrift des Versicherten vor, darüber unterrichtet worden zu sein, „dass die personenbezogenen Daten dieses Hilfeplans ausschließlich zur Ermittlung meines individuellen Hilfebedarfs und der dafür erforderlichen Leistungen verwendet werden“. Eine Aushändigung des Versorgungsplans an den Versicherten ist auf dessen Wunsch möglich, sei aber eher die Ausnahme (SchlesH_1, Z. 740-796; SchlesH_2, Z. 256-261).

Eine Regelung zur Versorgungsplanung im Rahmen des Qualitätsmanagements: Das Good-Practice-Beispiel der Pflegekasse *BW_A*

Das Beispiel der Pflegekasse *BW_A* zum Einsatz von Versorgungsplänen ist sowohl in Bezug auf das Verständnis der Versorgungsplanung bemerkenswert, als auch hinsichtlich dessen Umset-

zung im Rahmen des Qualitätsmanagements. Die Versorgungsplanung ist hier zentraler Bestandteil der Pflegeberatung, in dessen typischen Ablauf zunächst ein telefonischer Vorkontakt zur Vorstellung der Pflegeberatung und zur Vereinbarung eines Hausbesuchs vorgesehen ist. Beim Hausbesuch werden dann die Ist- und die Bedarf-Situation sowie die einzuleitenden Maßnahmen und die Zuständigkeit besprochen. In dem zu erstellenden Versorgungsplan (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 26) werden dabei auch die medizinische und pflegerische Versorgung sowie die Unterstützung durch das soziale Umfeld aufgenommen und berücksichtigt. Es gilt die Vorgabe, die Umsetzungsverantwortung soweit als möglich bei den Versicherten zu belassen. Der Versorgungsplan ist gut kategorisiert in Bedarfe und einzuleitende Maßnahmen und umfassend entlang aller vom Gesetzgeber vorgegebenen Kategorien. Er verbleibt in der Fallakte beim sozialen Dienst und wird vom Berater und vom Versicherten unterschrieben. Der Versicherte erhält auf Wunsch eine Kopie. Der Berater überwacht nun den weiteren Prozess mit einer Wiedervorlage des Versorgungsplans nach – in der Regel – ca. zwei und nochmals nach ca. vier Wochen. Meist kommt es hier zu telefonischen Nachfragen in eher seltenen Fällen findet ein zweiter Hausbesuch statt. Der Berater prüft die Umsetzung und Tragfähigkeit der gefundenen Lösungen und beendet den Fall nach Klärung aller offenen Angelegenheiten. Bei einer erneuten Anfrage durch den Nutzer würde dies als neuer Fall geführt. Zum Fallabschluss füllt der Berater ein Abschlussformular (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 27) aus, in dem die erreichte Situation kurz beschrieben wird (BaWü_1, Z. 1022-1108; BaWü_2, Z. 899-979, Z. 351-358, Z. 582-611).

Wie bereits unter 4.5.9 beschrieben, gelten für den Versorgungsplan bei der Pflegekasse *BW_A* besondere Datenschutzvorgaben. Dieser verbleibt ausschließlich beim jeweiligen Berater; sogar die Einsichtnahme durch den Fachaufsicht führenden Vorgesetzten bedarf einer besonderen Zustimmung des Versicherten.

Ein Beispiel für einen ebenso umfangreichen wie umfassenden Versorgungsplan liegt von der Pflegekasse *NRW* vor (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 20 mit Ausfüllanleitung Anlage Nr. 28).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Ein Einsatz von Versorgungsplänen im Sinne des § 7a SGB XI ist in den untersuchten Beratungsangeboten der Fallstudien uneingeschränkt nur bei den Angeboten der Pflegekasse *By* und beim Pflegestützpunkt *Saar* zu erkennen. Die Befragungen auf der Ebene der Organisationen von Beratung in Kombination mit den Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle (vgl. vor allem unter 4.4) zeigen, dass an den anderen betrachteten Orten entweder Versorgungspläne nicht oder kaum erstellt werden oder deren Überwachung und Aktualisierung in regelmäßigen Folgekontakten unterbleibt.

4.6.3 Durchführung von Versorgungskonferenzen

Die Durchführung von Versorgungsplan- bzw. Fallkonferenzen ist bei den meisten der in den Fallstudien betrachteten Pflegeberatungen sehr selten. Gar keine Versorgungskonferenzen gibt bzw. gab es beispielsweise bei der Pflegekasse *NRW* (NRW_2, Z. 588-600) und im Pflegestützpunkt *Bran* (Bran_1, Z. 668-677). Bei den anderen Beratungsangeboten kommen Versorgungskonferenzen selten bzw. nur in besonderen Fällen vor (z.B. He_2b, Z. 310-371; SchlesH_2, 158-166; BaWü_2, Z. 1084-1162). Die insgesamt eher geringe Rolle, die Versorgungs-

plankonferenzen in der Praxis der Pflegeberatung spielen, zeigt sich auch bei den Erhebungen auf der Ebene der Beratungsfälle (vgl. Tabelle 22, Anlage Fallstudien Nr. 8).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Tatsache, dass Versorgungskonferenzen an allen Orten der Beratung sehr selten durchgeführt werden, lässt vermuten, dass die Berater bilaterale Gespräche zur Kooperation vorziehen. Im Übrigen dürfte die geringe Zahl von Versorgungskonferenzen bei einigen Orten der Beratung auch daran liegen, dass eine Einbeziehung von Dritten – wie Ergebnisse unter 4.4.4 zeigen – in die Beratung hier ohnehin in vielen Fällen unterbleibt.

4.6.4 Evaluation der Beratung

Evaluation der Beratung mit dem Good-Practice-Beispiel der Pflegekasse *By*

Die Evaluation der Beratung spielt bei den meisten der im Rahmen der Fallstudien betrachteten Beratungsangebote eine eher geringe Rolle. So gibt der Berater der Pflegekasse *SH* an, dass lediglich Einzelfälle nach ihrem Abschluss noch einmal rekapituliert würden. Im Übrigen würden die Fälle an die Leistungsabteilung abgegeben, die dann die angestoßenen Maßnahmen umsetzt und manchmal sei zum Jahresende Zeit, sich bestimmte Fälle mit verbliebenen Unklarheiten noch einmal vorzunehmen und beim Versicherten nachzufragen (SchlesH_2, Z. 315-339). Im Pflegestützpunkt *Bran* stellt der Berater am Ende einer jeden Beratungsepisode zur Evaluation die Frage, ob die Nutzer mit der Beratung zufrieden waren oder ob sie weiteren Beratungsbedarf haben (Bran_2, Z. 578-593). Bei den Pflegekassen *Sachs* und *NRW* verweisen die befragten Berater bezüglich der Evaluation mit den Nutzern der Beratung auf den routinemäßigen Nachkontakt, spätestens 6 Monate (Sachs_2, Z. 131-148, Z. 307-312) bzw. spätestens 10-12 Monate (NRW_2, Z. 688-713) nach der Erstellung des Versorgungsplans.

Ein Good-Practice-Beispiel zur Evaluation mit den Nutzern der Beratung liegt von der Pflegekasse *By* vor. Hier setzt der Berater zeitnah nach der Beratung einen Smiley-Bogen zur empfundenen Beratungsqualität ein, der anonym ausgewertet wird. Überdies befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung ein Rückmeldebogen im Pre-Test, bei dem die Versicherten einschätzen sollten, wie sich ihr Wissensstand zwischen den Zeitpunkten vor und nach der Beratung verändert hat (By_1, Z. 608-651).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Das Good-Practice-Beispiel der Pflegekasse *By* zur Evaluation der Beratung kann zum einen in Zusammenhang mit der Tatsache gesehen werden, dass das dabei eingesetzte Instrument für alle Berater dieser Kasse in Bayern zur Verfügung steht und dass dessen Einsatz in den Verfahren dieser Kasse geregelt ist. Dahinter wird zum anderen aber auch ein professionelles Verständnis von Beratung erkennbar, das eine strukturierte Evaluation der Beratung als dessen integralen Bestandteil betrachtet.

4.7 Besonderheiten ausgewählter Fallbeispiele: Kooperationen und Netzwerkarbeit

4.7.1 Interne Kooperation und Aufgabenteilung

Die interne Kooperation und Aufgabenteilung in Pflegestützpunkten mit dem Good-Practice-Beispiel des Pflegestützpunkt *Saar*

Zur internen Kooperation und Aufgabenteilung hinsichtlich der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten liegen aus den Fallstudien unterschiedliche Erkenntnisse vor. Eine klare Aufgabenteilung findet sich im Pflegestützpunkt *Hess*, wo die Pflegeberatung grundsätzlich ausschließlich dem von der Kasse entsandten Mitarbeiter übertragen ist, während die Aufgabe der kommunalen Berater als Sozialberatung bezeichnet wird. Der Pflegeberater wendet sich beispielsweise dann fallbezogen an die Sozialberatung, wenn neben Fragen zum Thema Pflege noch soziale Fragen relevant sind, z.B. zu niedrigschwelligen Angeboten. Umgekehrt werden Klienten der Sozialberatung bei Frage zur Pflege an den Pflegeberater verwiesen. Das Team arbeitet seit Oktober 2010 zusammen und erhält monatlich Supervision bei der Gelegenheit zu Fallreflexionen, zur Rollen- und Kompetenzklärung im Team, zur Konfliktbearbeitung und -prophylaxe und zur Klärung von Fragen der Qualitätssicherung besteht (He_1, Z. 210-276; He_2a, Z. 4-16; vgl. auch Anlage Fallstudien Nr. 29 und 30).

In einer ersten Bewertung durch die Stabstelle Altenhilfe des Landkreises heißt es:

„Die Team- und Organisationsentwicklung ist ein Prozess, der noch lange nicht abgeschlossen ist. Begleitung und Moderation (Teambesprechungen) sowie Praxisberatung und -reflexion (Supervision) erweisen sich als stabilisierend für eine abgestimmte und effiziente Zusammenarbeit. Zu den Zielen gehören: Entwicklung einer Corporate Identity, Auseinandersetzung mit neuer Aufgabenstellung und neuer Verantwortung, Identifikation der Mitarbeiter mit der Institution PSP, weitere Professionalisierung.

Pflege- und Sozialberater bezeichnen die Zusammenarbeit als in jeder Hinsicht gewinnbringend. Es profitieren beide Seiten: Die Pflegeberater fühlen sich in besonderer Weise gefordert, einen „neuen, ganzheitlichen Blick“ auf die Klienten zu richten. Die Sozialberater profitieren von der strukturierten Arbeitsweise und ökonomischen Ausrichtung der Pflegeberater“ (Anlage Fallstudien Nr. 30, S. 3).

Im Unterschied zum Pflegestützpunkt *Hess* weisen die anderen Pflegestützpunkte in der Praxis eine weniger eindeutige Aufgabenteilung auf, was sich nicht zuletzt bei den Datenerhebungen auf der Beratungsebene zeigte, bei der in allen Stützpunkten auch die nicht von den Kassen entsandten Mitarbeiter Fälle von Pflegeberatungen beitrugen. Auf verschiedene Problematiken unterschiedlicher Regelungen für die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte wurde bereits hingewiesen, etwa bezüglich der Dokumentationsvorgaben (4.5.5), der Dienst- und Fachaufsicht (4.5.8), des Datenschutzes (4.5.9) und des Einsatzes von Versorgungsplänen (4.6.2).

Dem gegenüber steht das Modell der Integrierten Pflegeberatung des Pflegestützpunkts *Saar*. Wie bereits unter 4.5.3 beschrieben, ist die Basis dieses Modells die „Kooperationsvereinbarung über die Errichtung und den Betrieb des Pflegestützpunktes im Landkreis [...]“ zwischen den im Saarland vertretenen Kranken- und Pflegekassen dem Landkreis (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 13) auf der Grundlage des Saarländischen Rahmenvertrags zur Arbeit und zur Finanzie-

rung der Pflegestützpunkte (beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 12). In dieser Vereinbarung wird unter anderem die Einrichtung eines Kooperationsausschuss und einer Geschäftsführung für den Pflegestützpunkt beschlossen. Der Kooperationsausschuss mit Vertretern von Kassen, Landkreis und zuständigem Ministerium beschließt die Personal-, Kosten- und Finanzierungsplanung und bestimmt Geschäftsführung sowie die konzeptionellen Grundsätze der Stützpunktarbeit. Die Geschäftsführung trägt die Verantwortung für die Regelung der stützpunktinternen Abläufe und hat die Fachaufsicht für alle Pflegeberater, unabhängig von deren Anstellungsträger. Gemäß § 9, Abs. 3 des Saarländischen Rahmenvertrags wechselt der Vorsitz des Kooperationsausschusses und der Geschäftsführung zweijährlich zwischen der Kommune und der im jeweiligen Stützpunkt federführenden Kasse (derzeit liegt die Geschäftsführung für den Pflegestützpunkt *Saar* bei dem hier federführenden Kassenverband).

Dieses Modell wird von den Befragten im Pflegestützpunkt *Saar* sehr positiv bewertet. Hervorgehoben werden zunächst die klaren Zuständigkeitsregeln – und zwar intern (vgl. hierzu Anlage Fallstudien Nr. 31) wie auch auf der politischen Ebene, wodurch sich die Aufwände für Abstimmungsprozesse und der Verwaltungsaufwand reduzieren ließen (Saar_1, Z. 14-41). Den formalen Regelungen der Verantwortlichkeiten entsprechen in dem Modell der Integrierten Pflegeberatung, dass auf eine Trennung der Beratungen nach § 7a und § 92 c SGB XI verzichtet wird. Die Befragten schildern, wie es so gelingt, dass alle Pflegeberater sich mit ihrem Mix aus unterschiedlichen Professionen und beruflichen Hintergründen sowie Sozialisationen in die gemeinsame Arbeit einbringen können (Saar_1, Z. 95-240, Z. 341-376).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Eine gelingende interne Kooperation in Pflegestützpunkten verlangt angesichts der unterschiedlichen professionellen und berufsbiographischen Hintergründe der Mitarbeiter vor allem in der Gründungsphase besondere integrierende Anstrengungen. Dazu gehören zum einen Maßnahmen der Organisations- und Teamentwicklung, etwa mittels Supervision oder Fallbesprechungen im Team. Das Good-Practice-Beispiel des Pflegestützpunkt *Saar* zeigt auch, wie eine positive Kooperation im Team der Berater von der integrierenden Funktion einer einheitlichen Leitung profitieren kann, die nicht nur für eine Harmonisierung von Organisation und Abläufen ermöglicht, sondern auch Differenzen zwischen den verschiedenen Anstellungsträgern aus den Teamprozessen heraushalten kann.

4.7.2 Kooperation mit Pflegestützpunkten

Vielfach haben Pflegekassen eigene Beratungsinfrastrukturen aufgebaut, in deren Einzugsbereich Pflegestützpunkte liegen. Beispiele aus den Fallstudien sind hierfür die Pflegekassen *SH*, *BW_B*, *BW_C* und *NRW*. So ist etwa in Baden-Württemberg geregelt, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI durch die Pflegekassen erbracht wird, während in den Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI beraten wird. Wie unter 4.5.6 unter dem Aspekt der wohnortnahen Versorgung bereits beschreiben, bedeutet das für die Berater der Pflegekassen *BW_B* und *BW_C*, dass sie bei ihrer Beratung – soweit vorhanden – auf die Unterstützung von Pflegestützpunkten zurückgreifen und zwar hinsichtlich der Möglichkeit, in den Stützpunkten Beratungsgespräche zu führen, dort Informationen zu lokalen Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten oder auch auf Berater der Stützpunkte für Hausbesuche bei entfernt wohnenden Versicherten zurückgreifen zu können (vgl. hierzu auch Anlage Fallstudien Nr. 32).

Kooperation der Pflegeberatung durch eine Pflegekasse mit einem Pflegestützpunkt: Das Beispiel der Pflegekasse *NRW*

Im Kreis, in dem die Pflegeberatung der Pflegekasse *NRW* angeboten wird, gibt es auch einen Pflegestützpunkt mit Dependancen in mehreren Kreisstädten. Der Stützpunkt ist relativ neu und befindet sich teilweise noch im Aufbau. Er wird mit einem eigenen Informationsblatt beworben. Die Mitarbeiter der Pflegeberatung der Pflegekasse *NRW* sind sowohl für die Pflegekasse direkt tätig als auch – stundenweise – im Pflegestützpunkt und dessen Dependancen. Da sich der Stützpunkt im Aufbau befindet, ist die Mitarbeit zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht in allen Dependancen realisiert (NRW_1, Z. 801-822, 837-896).

Aus ihren bisherigen Erfahrungen mit den bereits etablierten Niederlassungen des Pflegestützpunkts berichten die Pflegeberater über die Aufgabenteilung mit der Beratung im Pflegestützpunkt bzw. ihren Erwartungen hierzu. Demnach ist die Beratung im Pflegestützpunkt inhaltlich „etwas allgemeiner“, während die sie bei der Pflegekasse stärker Kassenbezogen mit Zugriff auf die Daten der Versicherten stattfindet. Beratungsanfragen von Versicherten der Kasse im Pflegestützpunkt werden grundsätzlich an die Beratung der Pflegekasse vermittelt, die dann auch Hausbesuche macht. Hausbesuche durch die Berater des Pflegestützpunkts sind – zumindest für Versicherte der befragten Kasse – nicht vorgesehen (NRW_1, Z. 110-155). Die Erwartungen bezüglich der Versicherten der eigenen Kasse zusammengefasst: „[Nennung der Kasse]-Versicherte [...] verweisen wir nicht unbedingt an den Stützpunkt, sondern die wollen wir schon bei uns behalten und das ist von den Versicherten auch so gewünscht“ (NRW_1, Z. 778 ff.).

An einer Stelle der Befragung wird deutlich, dass der Pflegestützpunkt einen besseren Zugang zu informellen oder bürgerschaftlichen Hilfen hat. Die Pflegeberater berichten, dass Informationen zu Ehrenamtlichen, die bereit sind, Betreuungsdienste oder Begleitungen zu übernehmen, häufig über den Pflegestützpunkt erfolgen, bei denen sich eher Personen melden, die zu einem derartigen Engagement bereit sind (NRW_2, Z. 856-876).

Da die Pflegeberatung der Pflegekasse *NRW* insgesamt jedoch weitgehend unabhängig vom örtlichen Pflegestützpunkt arbeitet und sich dieser teilweise auch noch im Aufbau befindet, wird nachvollziehbar, dass in keinem der im Rahmen der Fallstudien betrachteten dreißig Beratungsfälle dieses Standorts eine fallbezogene Kooperation mit dem Pflegestützpunkt nachweisbar war.

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die Beispiele von Pflegeberatungen im Einzugsbereich von Pflegestützpunkten haben gemeinsam, dass die Kassen hier die Pflegeberatung neben den Stützpunkten im Wesentlichen unabhängig anbieten. Eine engere Kooperation ist vor allem bei den beiden Flächenkassen in Baden-Württemberg erkennbar, jedoch auch dort nur insoweit, als die Stützpunkte hier – sofern sie örtlich überhaupt vorhanden sind – einen Zugang zu Informationen über örtliche Angebotsstrukturen ermöglichen und mit der Durchführung stellvertretender Hausbesuche eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Hinsichtlich des Pflegestützpunkts mit dem die Pflegekasse *NRW* kooperiert, ist eine Bewertung noch nicht möglich. Der Stützpunkt ist hier noch im Aufbau und derzeit ist eine Kooperation der Beratung mit dem Stützpunkt in der Praxis noch nicht erkennbar.

4.7.3 Kooperation in der Vernetzten Pflegeberatung (Sachsen)

In Sachsen wurde auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten verzichtet. In einer Kooperationsvereinbarung (dem Bericht als Anlage Fallstudien Nr. 33 beigelegt) zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen in Sachsen und der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Sozialhilfeträger in Sachsen unter Beteiligung des Freistaates Sachsen (Sozialministerium) wird unter anderem geregelt, dass „Betroffene und andere Interessierte [...] Beratung über die Servicetelefone der Kranken- und Pflegekassen sowie über die Beratungsstellen der Sozialämter der Landkreise und Kreisfreien Städte anfordern“ können (vgl. hierzu auch das Informationsblatt des örtlichen „Unterstützungsnetzwerks“ an dem auch die Pflegekasse *Sachs* beteiligt ist, beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 34). Zudem ist der Erstkontakt zum Beratungsnetzwerk schriftlich und über ein Kontaktformular auf dem Internetportal des Pflegenetzwerks (www.pflegenetz.sachsen.de, abgerufen am 10.05.11) möglich (vgl. das „Konzept Internetportal PflegeNetz“, beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 35). Als weitere Möglichkeit des Kontakts ist gemäß der Kooperationsvereinbarung eine telefonische Service-Hotline vorgesehen (vgl. hierzu auch die Ausführungen in der Auswertung „Vernetzte Pflegeberatung im Freistaat Sachsen. Erfahrungsbericht zur Entwicklung von vernetzten Beratungsstrukturen“ vom Mai 2010, beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 36 sowie das „Konzept für die Nutzung der telefonischen Service-Hotline, beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 37). Auf diese Telefonnummer wurde auch in der gemeinsamen Befragung mit den Vertretern des Sozialamts und der Pflegekasse am Ort der Pflegekasse *Sachs* hingewiesen (Sachs_1a, Z. 944-953). Ein Anruf bei dieser Service-Nummer (Tel. 01800 / 246 00 46, Anruf am 10.05.11) führte jedoch zu der automatischen Ansage, dass die Hotline ihren Betrieb zum 01.01.11 eingestellt hat. Die Anrufenden werden auf die Homepage des Pflegenetzwerks verwiesen und es wird in Aussicht gestellt, dass nach Ausfüllen des Kontaktformulars die zuständige Pflegekasse innerhalb von 48 Stunden Kontakt aufnimmt.

Zur Zusammenarbeit im Unterstützungsnetzwerk ist in der Kooperationsvereinbarung ferner geregelt, dass die Erstberatung durch die Anlaufstellen aller Kooperationspartner durchgeführt werden kann. Hierbei soll „Auskunft zu allen erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ erteilt werden (§ 2 der Kooperationsvereinbarung). In § 3 der Kooperationsvereinbarung ist geregelt, dass die „individuelle Pflegeberatung“ nach § 7a SGB XI, die über den Inhalt der Erstberatung hinausgeht und bei der eine „individuelle Berücksichtigung der Lebensumstände des Versicherten erfolgt [...] stets durch die zuständige Pflegekasse des Versicherten“ erfolgt. Für den Ort der Fallstudie wird entsprechend die „Federführung“ der Pflegekassen für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI festgehalten, während das Sozialamt diese Beratung für alle nicht Pflegeversicherten durchführt. Die Netzwerkarbeit liegt demnach hingegen in der gemeinsamen Verantwortlichkeit von Pflegekassen und Sozialhilfeträger (vgl. die konzeptionellen Festlegungen in dem Dokument „Modellprojekt ‚Unterstützungsnetzwerk Pflege [... Nennung des Ortes unterbleibt aus Gründen der Anonymität]‘ zur Errichtung von Netzwerken und der Weiterentwicklung von pflegerischen Versorgungsstrukturen sowie ergänzenden Angeboten in den örtlichen Sozialräumen“, Anlage Fallstudien Nr. 38). Diese Aufgabenteilung wird auch in der Befragung zur Fallstudie bestätigt (Sachs_1a, Z. 181-276).

In der Befragung bei der Pflegekasse *Sachs* zur Praxis der Pflegeberatung werden zwei Aspekte der Einbindung in das Unterstützungsnetzwerk benannt, die Zusammenarbeit im Netzwerk und

die Vermittlung bzw. Zuweisung von Fällen zur jeweils verantwortlichen Stelle für die Pflegeberatung. Zur Zusammenarbeit im Netzwerk werden die Netzwerkkonferenzen erwähnt und zwar als Plattform, um sich dort als Pflegeberater vorzustellen und das eigene Angebot bekannt zu machen (Sachs_1b, Z. 324-328) und als Forum zum Austausch mit den örtlichen Pflegediensten mit dem Ziel, bei diesen Kooperationspartnern Vorbehalte hinsichtlich der Neutralität der Pflegeberatung abzubauen (Sachs_2, Z. 655-674). Die Zusammenarbeit im Netzwerk wird außerdem hinsichtlich der in Einzelfällen stattfindenden Fallbearbeitung gemeinsamen zusammen mit den Sozialarbeitern des Sozialamts erwähnt (Sach_1b, Z. 577-590) und es wird auf die Bedeutung der im Rahmen des Netzwerks landesweit gepflegten Pflegedatenbank mit allen vertraglichen und nicht-vertraglichen Leistungserbringern einschließlich niedrigschwelligen Angeboten hingewiesen (Sachs_1b, Z. 336-370). Bemerkenswert ist dabei jedoch, dass der Pflegeberater an einer anderen Stelle der Befragung, an der es darum geht, wie sie sich die verfügbaren niedrigschwelligen Angebote und Selbsthilfegruppen erschließt, nicht auf die Möglichkeiten durch das Unterstützungsnetzwerk verweist, sondern unter anderem auf Recherchen bei den örtlichen Landratsämtern (Sachs_2, Z. 756-780, vgl. hierzu auch unter 4.5.6).

Der andere Aspekt des Unterstützungsnetzwerks, die Vermittlung bzw. Zuweisung von Fällen auf die vertraglich bestimmten Netzwerkpartner spielt für die Pflegekasse *Sachs* kaum eine Rolle. In der Befragung wird vielmehr angegeben, dass sich die Versicherten dieser Kasse, stets direkt an die Pflegeberater wenden. Umgekehrt wird aber von Einzelfällen berichtet, bei der Versicherte anderer Kassen sich zunächst an die in der Evaluation betrachtete Kasse wandten und die dann an ihre zuständige Pflegekasse weitervermittelt wurden oder für die die Pflegeberatung im Auftrag (z.B. kleinerer Betriebskrankenkassen) durchgeführt wurde (Sachs_1b, Z. 534-573).

Da die Pflegeberatung bei der Pflegekasse *Sachs* somit weitgehend unabhängig vom örtlichen Unterstützungsnetzwerk arbeitet, wird nachvollziehbar, dass in keinem der im Rahmen der Fallstudien betrachteten dreißig Beratungsfälle dieses Standorts eine fallbezogene Kooperation mit dem Netzwerk nachweisbar war.

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Praxisbeispiel

Eine Bewertung der Kooperation im Netzwerk Pflege anhand des Praxisbeispiels der Pflegekasse *Sachs* fällt schwer. Die Pflegekasse *Sachs* hat ihre Pflegeberatung in eigenen Strukturen organisiert. Abgesehen von der Regelung der Zuständigkeit sind nur wenige Berührungspunkte mit dem Netzwerk erkennbar. Auch die Schilderungen des befragten Beraters enthalten keine Hinweise auf eine besondere Relevanz des Netzwerks für ihre praktische Arbeit.

4.7.4 Erfassung verfügbarer Unterstützungsangebote, Netzwerkarbeit und Kooperation mit anderen Beratungsangeboten

Hinsichtlich der Erfassung der für die Klienten verfügbaren Unterstützungsangebote kann zwischen den vertraglichen und formellen Anbietern, insbesondere den Leistungserbringern nach SGB V und XI sowie informellen und niedrigschwelligen Hilfen unterscheiden werden (z.B. Ehrenamtliche, Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen, Vereine). Wie gut der Zugang der Pflegeberatung zum vorhandenen Netz von Unterstützungsangeboten und deren Gestaltung im Sinne eines Care Managements gelingen kann, ist zunächst abhängig vom Einzugsbereich der Pflegeberatungen (vgl. hierzu die Daten in Abschnitt 4.3 und deren Erläuterung unter 4.5.6). Wie ein

Pflegeberater, der seinen Zuständigkeitsbereich selbst als groß bezeichnet (Sachs_2, Z. 507-558; Sachs_2, Z. 717-721), die in ihrer Region verfügbaren Angebote für sich erschließt, wird nachfolgend am Beispiel der Pflegeberatung der Pflegekasse *Sachs* beschrieben.

Erfassung der verfügbaren Unterstützungsangebote bei einem großen Einzugsbereich der Pflegeberatung: Das Beispiel der Pflegekasse *Sachs*

Zur Frage, welche Entfernung die Pflegeberater von ihrem Dienstsitz zu einem entfernt liegenden Hausbesuch maximal zurücklegen müssen, macht die Pflegekasse *Sachs* keine Angaben und verweist stattdessen auf eine *durchschnittliche* einfache Fahrtstrecke von knapp elf Kilometern. Der Einzugsbereich umfasst neben dem Stadtgebiet der Großstadt, in dem sich der Dienstsitz der Pflegeberatung befindet auch Teile zweier angrenzender Landkreise. Der befragte Berater bezeichnet diesen Einzugsbereich mehrfach als groß bzw. sogar als zu groß (Sachs_2, Z. 507-558; Sachs_2, Z. 717-721; einige von ihm beispielhaft als entfernt liegend genannte Orte erlauben die Bestimmung einer maximalen einfachen Fahrtstrecke vom mindestens 50 Kilometern, vgl. Sachs_2, Z. 516) und gibt an, dass es ihm nicht möglich ist, im wünschenswerten Umfang einen Überblick aller ehrenamtlichen Angebote zu behalten. Für Fälle, bei denen die Einbeziehung von Ehrenamtlichen oder Selbsthilfegruppen etc. sinnvoll ist, werden individuell Recherchen unternommen, wobei für Selbsthilfegruppen in der Großstadt im Einzugsbereich die Informationsstelle eines Wohlfahrtsverbands kontaktiert werden kann und für die Landkreise im Zuständigkeitsbereich Erkundigungen bei den jeweiligen Landratsämtern erfolgen. Zu den Chancen einer kleineräumigeren Organisation der Pflegeberatung äußert der befragte Berater, dass ihm in diesem Fall ein besserer Zugang zu den vorhandenen Hilfen möglich wäre. Beim momentanen Zuschnitt des Zuständigkeitsbereichs sei es ihm nur möglich, sich flächendeckend in den Pflegeheimen und bei den Pflegediensten vorzustellen (Sachs_2, Z. 756-780). Diese Aussage spiegelt ein Ergebnis aus den Erhebungen auf Beratungsebene wider: Demnach ist dieses Beratungsangebot gekennzeichnet durch eine geringe Bedeutung von Unterstützungsleistungen, die nicht Pflegeleistungen nach den SGB XI sind (vgl. unter 4.4.5). Bemerkenswert ist ferner, dass der Berater an dieser Stelle weder für die Großstadt im Einzugsbereich noch für die Landkreise im Zuständigkeitsbereich auf Netzwerkkontakte im „Unterstützungsnetzwerk Pflege“ (ausführlich beschrieben unter 4.7.3) verweist.

Kooperation mit anderen Beratungsangeboten und Netzwerkarbeit eines Großstadt-Pflegestützpunkts: Das Beispiel des Pflegestützpunkt *HH*

Die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt *HH* kann entsprechend ihrer großstädtischen Lage auf ein umfangreiches und differenziertes Angebot an Unterstützungsleistungen zurückgreifen. Dazu gehören im Bereich der Leistungserbringer beispielsweise Pflegedienste, die sich auf bestimmte Gruppen von Migranten spezialisiert haben. Bezüglich besonders wichtiger Kooperationspartner in der Beratung wird zunächst auf die Seniorenberatung des Bezirks hingewiesen, bei der auch der Pflegestützpunkt formal angebunden ist. Hier findet insbesondere eine Kooperation in Hinblick auf Leistungen nach dem SGB XII statt (HH_1, Z. 668-678). Eine intensive Kooperation mit anderen Beratungsangeboten gibt es auch mit der Körperbehindertenberatung, dem sozialpsychiatrischen Dienst, dem Beratungszentrum für technische Hilfen und Wohnraumanpassung und mit speziellen Beratungsstellen Demenz, wo beispielsweise ein besonderes multidisziplinäres Angebot für schwer belastete Angehörige besteht. Darüber hinaus stehen weitere spezialisierte Beratungsangebote zum Beispiel zu verschiedensten Krankheitsbildern zur Verfügung.

Außerdem wird die Einrichtungsaufsicht (vormals Heimaufsicht) als Kooperationspartner benannt. Im Rahmen der Netzwerkarbeit nimmt der Stützpunkt an den sogenannten Pflegekonferenzen teil, bei denen sich Vertreter verschiedener Interessensgruppen, unter anderem von Pflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten, Tagespflegeeinrichtungen, Betroffenenverbänden, Bezirksseniorenbeirat, Betreuungsverein auf der Ebene des Bezirks austauschen. Bezogen auf die Stadtteile ist der Pflegestützpunkt außerdem in Stadtteilkonferenzen vertreten (HH_1, Z. 672-714).

Um verfügbare Unterstützungsleistungen durch Selbsthilfeinitiativen und Ehrenamtliche systematischer zu erfassen, wird im Pflegestützpunkt *HH* derzeit eine Kartei aller diesbezüglichen Angebote aufgebaut. Für dieses Projekt konnten zwei ältere Ehrenamtliche gewonnen werden. Diese recherchieren bei Vereinen, Stiftungen, Institutionen, Einrichtungen, Kirchengemeinden etc. aber auch bei Firmen, die ehrenamtliches Engagement ihrer Mitarbeiter fördern. So wurde die Pflegeberatung beispielsweise auf eine zuvor unbekannte Initiative „Der Hafen hilft“ aufmerksam gemacht, bei der verschiedene Firmen aus dem Bereich des Hamburger Hafens verschiedenartige Freiwilligendienste und andere Unterstützung anbieten. Die Ergebnisse der Recherche werden auch auf einer Unterstützungslandkarte zugänglich gemacht (HH_2, Z. 833-922; HH_1, Z. 874-877).

Kooperation mit anderen Beratungsangeboten und Netzwerkarbeit: Das Beispiel des Pflegestützpunkt *Saar*

Im Pflegestützpunkt *Saar* werden von einem Verwaltungsmitarbeiter sämtliche Leistungsanbieter des stationären, teilstationären und ambulanten Bereichs einschließlich ihrer Preise erfasst und regelmäßig aktualisiert. Diese Angebote werden ebenso wie niedrigschwellige Angebote (genannt werden z.B. fahrbarer Mittagstisch, Anbieter Hausnotrufsystemen, Hausmeisterdienste, mobile Friseure) in Listen aufbereitet, die auch den Klienten ausgehändigt werden können.

Demgegenüber erweist sich eine umfassende Erfassung und Aufbereitung von informellen Angeboten als schwieriger, nicht zuletzt wegen der hier zu verzeichnenden Fluktuation. Um sich auch über ehrenamtliche Besuchsdienste, Hilfen durch Vereine und Kirchengemeinden etc. auf dem Laufenden zu halten, suchen die Pflegeberater regelmäßig den Kontakt mit den Landkreisgemeinden, insbesondere mit den gemeindlichen Senioren- und Behindertenbeauftragten aber auch zu den Ortsvorstehern, die zu ehrenamtlichen Angebotsstrukturen stets auf dem aktuellen Stand sind. Die Pflegeberater profitieren dabei einerseits von einer internen Verteilung der Zuständigkeit für die Netzwerkpflge in den einzelnen Gemeinden andererseits aber auch von der langjährigen (zum Teil jahrzehntelangen) beruflichen Tätigkeit der Berater im Landkreis und von eigenen örtlichen Bezügen zum Landkreis (Saar_1, Z. 341-353, Z. 1424-1544).

In Ergänzung zu diesen Angaben der Pflegeberater aus den Befragungen sind die zum Pflegestützpunkt *Saar* gewonnenen Erkenntnisse aus der Erhebung auf der Beratungsfallebene zu betrachten (Abschnitt 4.4). Hier wurde für diesen Pflegestützpunkt nicht nur eine intensivere Einbeziehung von informellen und niedrigschwelligen Hilfen festgestellt, sondern auch eine besonders starke Vernetzung mit anderen Beratungsangeboten, die sowohl mit der gelungenen Integration der zuvor bestehenden Beratungsstruktur als auch mit deren langjährigen Etablierung erklärt werden kann.

Kooperation mit anderen Beratungsangeboten in einem Beratungszentrum und die Durchführung von Netzwerkkonferenzen: Das Beispiel des Pflegestützpunkt Hess

Der Pflegestützpunkt Hess ist räumlich in einem Beratungszentrum angesiedelt. Neben dem Pflegestützpunkt finden sich dort folgende Beratungsangebote:

- Alzheimer Gesellschaft: Die Alzheimer Gesellschaft bietet neben Information und Beratung auch Gesprächskreise für Angehörige und Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz an.
- Freiwilligenagentur: Die Freiwilligenagentur bietet Beratung, Qualifizierung und Vermittlung von Freiwilligen sowie die Beratung von Organisationen beim Einsatz von Freiwilligen.
- Pflegebüro, Altenhilfe, Altenplanung der Kreisstadt. In dem Pflegebüro wird ebenfalls Pflegeberatung für das Stadtgebiet angeboten.
- Anerkannter Betreuungsverein und Beratungsstelle für rechtliche Betreuung und Vorsorge sowie für trägerübergreifendes Budget und persönliche Vereinsbetreuung.

Außerdem nutzen Ehrenamts- und Selbsthilfegruppen (z. B. Seniorenbeirat, Wohnungsbörse) die Räumlichkeiten des Beratungszentrums, vgl. zu dem Beratungszentrum auch das dazu erstellten Informationsblatt, beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 39).

Zu allen im Beratungszentrum niedergelassenen Angeboten werden in der Befragung im Pflegestützpunkt Kooperationsbeziehungen beschrieben. Sofern die Klienten dies wünschen, erfolgt z.B. eine Kontaktaufnahme mit der Alzheimer Gesellschaft. Mit deren Mitarbeitern werden gemeinsam Hausbesuche durchgeführt und diese können für eine längerfristige Betreuung eingebunden werden (He_1, Z. 153-159, vgl. hierzu auch Anlage Fallstudien Nr. 40). Von der Kooperation mit der Freiwilligenagentur profitiert die Pflegeberatung unter anderem indem mit dieser gemeinsam bürgerschaftlich getragene Projekte aufgebaut werden (z.B. Besuchs- und Begleitedienste) und indem durch die Freiwilligenagentur Pflegebegleiter zur Unterstützung pflegender Angehöriger ausgebildet werden (He_1, Z. 161-193, vgl. hierzu auch Anlage Fallstudien Nr. 41). Kooperationsbeziehungen bestehen ferner zum Pflegebüro der Kreisstadt, deren Mitarbeiter eine besondere Expertise im Bereich der Wohnberatung hat und unter anderem eine Wohnungsbörse für barrierefreie Wohnungen betreibt (He_1, Z. 195-200; He_2a, Z. 131 ff.). Die im Beratungszentrum zusammengefassten Angebote sind aber nicht nur als Kooperationspartner hinsichtlich der Möglichkeit zur Einbeziehung in die Pflegeberatung relevant, sie vermitteln auch viele Klienten an die an den Pflegestützpunkt (He_2a, Z. 141-153).

Zum Aufbau eines regionalisierten Netzwerks von Unterstützungsleistungen wurde der Landkreis in dem sich der Pflegestützpunkt befindet in fünf Regionen aufgeteilt, in denen jeweils Mitarbeiter der örtlichen Kommunalverwaltung als Ansprechpartner benannt sind. Die beiden kommunalen Mitarbeiter des Pflegestützpunkts sind arbeitsteilig für bestimmte Regionen zuständig, der entsandte Mitarbeiter der Pflegekasse für alle fünf Regionen (hier spiegelt sich die Arbeitsteilung der Mitarbeiter dieses Pflegestützpunkts wider, vgl. unter 4.7.1). Jährlich finden in allen Regionen je zwei Netzwerkkonferenzen statt, die von der Stabstelle Altenhilfe moderiert werden. Eingeladen werden alle regionalen Leistungserbringer, Vereine und Selbsthilfegruppen etc., die für den Pflegestützpunkt von Bedeutung sind. Bei den Netzwerkkonferenzen berichtet der Pflegestütz-

punkt über seine Arbeit und es werden die regionale Angebotsentwicklung und Versorgungslücken sowie aktuelle Projekte und Schwerpunktthemen besprochen. Insgesamt wurden 178 Institutionen und Anbieter zu den Netzwerkkonferenzen eingeladen, von denen 103 der ersten Einladung folgten (He_2a, Z. 270-313; He_1, Z. 746-754; eine Beschreibung der Netzwerkkonferenzen ist auch in Anlage Fallstudien Nr. 30, S. 6-9 enthalten; vgl. hierzu auch Anlagen Fallstudien Nr. 40 und 42). Adressgrundlage für die Einladung zu den Netzwerkkonferenzen ist ein von der Stabstelle Altenhilfe erstellter Wegweiser der „Angebote und Hilfen für ältere Menschen und pflegende Angehörige im Landkreis [...]“ (He_2a, Z. 213-230; Deckblatt und Inhaltsverzeichnis beigelegt als Anlage Fallstudien Nr. 43).

Zusätzlich zu den Kontakten aus den Netzwerkkonferenzen werden im Pflegestützpunkt *Hess* per EDV sowie in Papierform Listen privater und niedrigschwelliger Angebote geführt, die z.B. Unternehmen für Wohnungsaufösungen, Hilfen für den häuslichen Bereich, Hilfen bei der Mahlzeitenversorgung, Freizeitgestaltung, Alltagsbetreuung etc. enthalten. Voraussetzung für die Aufnahme der Adressen ist jedoch ein persönliches Gespräch der Pflegeberater mit den Anbietern der Dienstleistung (He_2b Z.67-100).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Wie sehr die Pflegeberatung von einer guten lokalen Vernetzung, sofern vorhanden, profitieren kann, lässt sich an den Beispielen der Pflegestützpunkte *Saar* und *Hess* nachvollziehen. Die bei diesen Stützpunkten angesiedelten Pflegeberatungen sind hier nicht nur Nutzer der von anderen und in anderen Zusammenhängen geschaffenen und gepflegten Netzwerke, sondern sie gestalten diese aktiv mit. Eine entsprechende Bekanntheit bei relevanten Beratungsangeboten und bei professionellen und ehrenamtlichen Unterstützungsangeboten sowie eine gelingende Kooperation als etablierter Partner, werden so möglich.

Hingegen beschreibt der Berater der Pflegekasse *Sachs* zumindest für die Landkreisgemeinden, für die er ebenfalls zuständig ist, wie seine Netzwerkkontakte jenseits von singulären, einzelfallbezogenen Kontakten auf vertragliche Anbieter von Leistungen nach dem SGB XI beschränkt bleiben, eine Einschränkung, die sich auch in den Erhebungen auf der Beratungsebene bestätigen, wo sich die Beratungsinhalte dieses Angebots ebenfalls weitgehend auf einer Leistungsberatung zur Pflegeversicherung beschränken (vgl. unter 4.4.5).

4.7.5 Öffentlichkeitsarbeit

Die good-practice-Beispiele zur Öffentlichkeitsarbeit aus den Pflegestützpunkten *HH* und *Saar*

Die Angebote der Pflegeberatung werden durch alle Träger der Beratung auf deren Internetseiten beworben. Ferner sind Informationsblätter und Broschüren im Einsatz, die auf das Angebot hinweisen (z.B. Anlagen Fallstudien Nr. 15, 24 sowie 44 bis 50). Die untersuchten Pflegekassen weisen auch in Mitgliederzeitschriften auf das Angebot der Pflegeberatung hin (z.B. Anlagen Fallstudien Nr. 51 und 52). Während die betrachteten Beratungsgebiete der Pflegekassen darüber hinaus meist wenig in der Öffentlichkeit auf ihr Angebot hinweisen und sich eher auf die Zugangswege der Information über die Beratung im Rahmen der Antragstellung auf Pflegeleistungen und/oder durch die Geschäftsstellen beschränken, werden von den Pflegestützpunkten zum Teil umfangreiche Anstrengungen unternommen in der Öffentlichkeit präsent zu sein.

Dies soll im Folgenden am Good-Practice-Beispiel des Pflegestützpunkts *HH* nachvollzogen werden: Hier fällt zunächst auf, dass die Pflegestützpunkte in Hamburg sowohl im Internet (www.hamburg.de/pflegestuetzpunkte) als auch in den gedruckten Informationsblättern (beigefügt als Anlagen Fallstudien Nr. 53 und 54) und in anderen Medien als einheitliche Marke präsentiert werden. Um sich in der Öffentlichkeit in Erinnerung zu halten unternehmen die Berater des Stützpunkts vielfältige Anstrengungen. So halten sie Kontakt zu Arztpraxen, Apotheken aber auch zur Stadtteilpolizei, sie sind in Einkaufszentren und auf Wochenmärkten mit Infoständen präsent, halten Vorträge bei Seniorenentreefs, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen, Betreuungsvereinen oder Fachtagungen und weisen regelmäßig in Pressemeldungen und Zeitungsartikeln auf ihr Angebot hin (HH_1, Z. 307-379; HH_2, Z. 31-39). Eine Auswahl verschiedener Dokumente der Öffentlichkeitsarbeit dieses Stützpunkts findet sich in Anlage Fallstudien Nr. 55.

Regelmäßig in der Öffentlichkeit präsent ist auch der Pflegestützpunkt *Saar*. Dokumentationen der Öffentlichkeitsarbeit dieses Stützpunkts finden sich in den Anlagen Fallstudien Nr. 56 und Nr. 57. Beispiele für Artikel zur Arbeit des Pflegestützpunkts *Saar* sind dem Bericht beigefügt als Anlage Fallstudien Nr. 58). Von dem Stützpunkt wird auch ein Film über die Pflegeberatung eingesetzt (Anlage Fallstudien Nr. 59).

Zusammenfassende Erkenntnisse aus dem Vergleich der Praxisbeispiele

Die in den Fallstudien betrachteten Beratungsangebote durch Kassen beschränken ihre Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung der Pflegeberatung auf die eigenen Versicherten und auf die Darstellung auf ihren Internetseiten. Inwiefern die Bemühungen durch Informationen in den Geschäftsstellen, aus Anträgen oder Bescheiden zu Leistungen nach dem SGB XI sowie in Mitgliederzeitschriften ausreichen, die Versicherten breit über die Pflegeberatung zu informieren, muss jedoch ebenso offen bleiben, wie die Frage, inwiefern dies den Pflegestützpunkten gelingt. Die umfangreiche Präsenz in der Öffentlichkeit, die beispielsweise die Stützpunkte *Saar* und *HH* realisieren, dürfte allerdings mittel- und langfristig zusammen mit der (auch in anderen betrachteten Bundesländern) auf Länderebene geschaffenen Marke dazu beitragen, die Pflegeberatung in der Bevölkerung breit einzuführen.

4.8 Zusammenfassende Darstellung der beiden identifizierten good-practice-Beispiele

In den vorangegangenen Abschnitten 4.5 bis 4.7 wurden sehr unterschiedliche Themen und Aspekte beschrieben, die sich in den Fallstudien als relevant für das Gelingen von Pflegeberatung herausgestellt haben. Generell kann zu den Untersuchungen auf der Ebene der Organisation der Beratung ebenso wie in Bezug auf die Auswertungen auf der Ebene der Beratungsfälle in Abschnitt 4.4 festgestellt werden, dass sich die in den Fallstudien betrachteten Pflegeberatungen deutlich hinsichtlich der Intensität der Beratungen unterscheiden. Auf der Ebene der erhobenen Beratungsfälle weisen hierauf insbesondere die Häufigkeiten der Kontakte pro ausgewerteten Beratungsfall hin. Einer Pflegeberatung, die im Schnitt aller betrachteten Fälle (darunter viele in einer Selbstbeurteilung als Fallbegleitungen eingestuft) nur einen persönlichen Beratungskontakt vorweist, geht von einem anderen Verständnis der Pflegeberatung aus, als Angebote mit einem Mehrfachen von Kontakten. Zeichnet sich die Beratung darüber hinaus, wie es bei einigen Angeboten der Fall ist, noch durch eine ausgeprägte Eindimensionalität aus,

indem Beratungsthemen jenseits der Leistungskomplexe des SGB XI nur selten eine Rolle spielen, so kann begründet die Frage gestellt werden, ob manche Beratungsangebote überhaupt als Pflegeberatungen im Sinne des § 7a SGB XI qualifiziert werden können. Während manche Angebote sich intensiv um die Einbeziehung von Dritten in die Beratung bemühen und sich auch inhaltlich anderen, im konkreten Fall relevanten Themen öffnen, beschränken andere Angeboten ihre Beratung weitgehend auf eine Beratung zu Antragsverfahren bei der Pflegekasse.

Die Beispiele der Fallstudien zeigen dabei aber auch, dass good practice im Sinne des § 7a SGB XI nicht generell davon abhängt, ob die Pflegeberatung bei einer Pflegekasse oder in einem Pflegestützpunkt angeboten wird. Vielmehr findet sich mit der Pflegekasse *By* und dem Pflegestützpunkt *Saar* je ein Beispiel für jede dieser Angebotsformen, die sowohl bezogen auf Einzelthemen als auch in der Gesamtschau als Good-Practice-Beispiele bezeichnet werden können. Herausragende Lösungen, die hier insbesondere zum guten Gelingen beitragen, werden in den folgenden beiden Abschnitten abschließend zusammengefasst. Auf Wunsch des Auftraggebers die beiden Good-Practice-Beispiele nicht anonym dargestellt.

4.8.1 Pflegekasse *By*

Beim Good-Practice-Beispiel der Pflegekasse *By* handelt es um die Pflegeberatung in der Geschäftsstelle Amberg der AOK Bayern. Der in dieser Geschäftsstelle tätige Pflegeberater ist zuständig für die Stadt Amberg und die Landkreise Amberg-Weizsach und Schwandorf. Folgende Elemente zeichnen die Pflegeberatung bei der AOK in Amberg in besonderer Weise aus:

Breite der Beratungsinhalte

Die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI zeichnet sich insbesondere durch die Breite der Beratungsinhalte aus. Neben Beratungsbedarfen zu Themen der Pflege soll insbesondere zu präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie sozialen Hilfen beraten werden. Die Pflegeberatung bei der AOK Amberg nimmt diesen Auftrag in besonderer Weise auf. Beispielhaft deutlich wird dies in dem hohen Anteil von Beratungen, die sich auf Beratungsgegenstände jenseits der Leistungskomplexe des SGB XI beziehen, z.B. zu medizinischen Leistungen oder zu Möglichkeiten der Rehabilitation, zu Möglichkeiten des Ausgleichs bei Schwerbehinderung aber auch zu scheinbar ferner liegenden Themen wie der Wohnberatung und der Unterstützung bei der Suche nach geeignetem Wohnraum oder alternativen Wohnformen. Der Berater leistet hier konkrete Unterstützung bei der Inanspruchnahme der Hilfen; die Vermittlung geht über die bloße Nennung der Hilfe und gegebenenfalls der Kontaktmöglichkeiten hinaus.

Verständnis von Fallbegleitungen

Die im Einzelfall mögliche Breite der Pflegeberatung bei der AOK Amberg äußert sich auch in einem entsprechenden Verständnis von Fallbegleitungen, die in einer recht zurückhaltenden Qualifizierung von Beratungsfällen als Fallbegleitungsfällen durch den Berater gekennzeichnet ist. Fallbegleitung bedeuten hier mehrere, in einem engen zeitlichen Zusammenhang erfolgende Beratungen und Nachfragen bei den Nutzern der Beratung aber auch bei anderen am Versorgungsprozess Beteiligten.

Einsatz von Versorgungsplänen

Versorgungspläne werden durch die Pflegeberatung bei der AOK Amberg im Vergleich zu den anderen in den Fallstudien betrachteten Beratungsangeboten durch Pflegekassen eher seltener erstellt. Allerdings werden die erstellten Versorgungspläne auch überwacht und aktualisiert und diese Überwachung und Aktualisierung erfolgt nicht als Routine sondern in einem zeitlichen Zusammenhang nach der Etablierung eines neuen Versorgungszusammenhangs. Positiv wirkt sich hier die Freiheit des Beraters aus, Versorgungspläne einzig nach fachlichen Erwägungen einsetzen zu können, in dem auf eine Verbuchung und mithin eine Bemessung des Stellenumfangs anhand der erstellten Versorgungspläne verzichtet wurde.

Informationszugang

Die Pflegeberatung bei der AOK Amberg liegt in der alleinigen Verantwortung eines Beraters vor Ort. Während fast alle anderen Berater, deren Beratungsangebote in den Fallstudien betrachtet wurden, mindestens einen Kollegen haben, ist der Berater in Amberg für einen fachlichen Austausch auf andere Kontakte und Kommunikationswege angewiesen, als sie in einem Beratungsalltag vor Ort möglich sind. Die AOK Bayern ermöglicht diesen Austausch auf verschiedenen Wegen. Eine regelmäßige Kommunikation unter den 50 bayerischen Beratern der Pflegekasse wird durch regelmäßige Treffen u.a. in verschiedenen Arbeitsgruppen gefördert. Den Beratern steht auch ein umfangreiches und gut gepflegtes Intranet zur Verfügung, das neben Formularen und verschiedensten Informationen auch eine Kommunikationsplattform enthält. Die Berater erleben so, jenseits ihrer örtlichen Anbindung an ihre jeweilige Direktion eine identitätsstiftende Zugehörigkeit zur Gruppe der Pflegeberater der Pflegekasse.

Professionalität der Beratungsabläufe

Die Pflegeberatung bei der AOK Amberg ist in besonderer Weise durch professionelle Beratungsabläufe gekennzeichnet. Dies betrifft zum Einen die Steuerung von Prozessen durch das Qualitätsmanagement im Allgemeinen. Zum Anderen äußert sich diese Professionalität aber auch im Verständnis der individuellen Beratungsprozesse. So ist es für den Pflegeberater der AOK Amberg notwendige Voraussetzung für eine gelingende Beratung, dass dieser ein umfassendes Assessment vorangestellt wird, das durch einschlägige Instrumente unterstützt wird. Und auch die Evaluation von Beratungen ist bei der AOK Amberg integraler Bestandteil der individuellen Fallbearbeitung. Wie die anderen Beispiele der Fallstudien zeigen, wird vor allem der Prozessschritt der Evaluation in der Praxis häufig vernachlässigt – eine bemerkenswerte Parallele zur verbreiteten Praxis der Pflegeprozessgestaltung.

Unabhängigkeit von der Leistungsabteilung

Trotz ihrer Ansiedelung bei der Direktion der AOK Amberg, die auch die Dienstaufsicht wahrnimmt, arbeitet die Pflegeberatung relativ unabhängig von der Sachbearbeitung der örtlichen Pflegekasse. Dies zeigt sich auch darin, dass Beratungen nur selten durch die Leistungsabteilung initiiert werden und es zeigt sich insbesondere in den relativ seltenen Fällen, bei denen der Berater im Rahmen der Fallbearbeitungen Kontakt mit der Leistungsabteilung aufnimmt. Bei den Beratungen steht weniger die Beantragung von Pflegeleistungen im Mittelpunkt, sondern die Ausgestaltung von Pflege und Versorgung mit verschiedenen Beteiligten und Institutionen. Mithin ist für den Berater die Wahrnehmung der Advocacy-Funktion im Rahmen des Case-Managements selbstverständlicher Teil des Aufgabenspektrums, auch wenn diese Funktion die Unterstützung von Klienten bei Widersprüchen gegen Entscheidungen der eigenen Kasse erforderlich macht.

4.8.2 Pflegestützpunkt *Saar*

Beim zweiten Beratungsangebot, das auch in einer Gesamtschau aller Beratungsaspekte als Good-Practice-Beispiel qualifiziert werden kann, handelt es sich um den Pflegestützpunkt St. Wendel zuständig für den gleichnamigen Landkreis im Saarland. In diesem Pflegestützpunkt arbeiten je zwei Mitarbeiter des Landkreises und des entsendenden Verbands der Ersatzkassen, der auch die federführende Kasse für den Stützpunkt ist und derzeit die Geschäftsführung ausübt. Das gute Gelingen des Beratungsangebots bedingen im Besonderen folgende Faktoren:

Breite Einbeziehung von an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen

Zur guten Praxis der Pflegeberatung beim Pflegestützpunkt St. Wendel trägt zunächst die breite Einbeziehung von Personen und Institutionen bei, die an der Versorgung der Klienten beteiligt werden. Zu nennen sind hier zunächst vor allem ehrenamtlich und in Nachbarschaftshilfe Tätige, Dienste der medizinischen und rehabilitativen Versorgung, aber auch Behörden, Betreuungsstellen und Gerichte. Das Angebot des Pflegestützpunkts St. Wendel beschränkt sich hier nicht nur auf die Nennung von Anbietern und Zuständigkeiten bzw. auf die Vermittlung von Kontakten, die Mitarbeiter des Stützpunkts nehmen auch selbst Kontakt auf. Um sich aktuell über relevante Angebote zu informieren, halten die Pflegeberater regelmäßigen den Kontakt örtlichen Gemeinden, etwa mit gemeindlichen Senioren- und Behindertenbeauftragten oder Ortsvorstehern, die zu ehrenamtlichen Angebotsstrukturen informieren können. Die Pflegeberater profitieren dabei einerseits von einer festen internen Verteilung der Zuständigkeiten für die Netzwerkpflge andererseits aber auch von langjährigen beruflichen Tätigkeiten im Landkreis und von eigenen örtlichen Bezügen.

Breite der Beratungsinhalte

Wie die Pflegeberatung bei der AOK Amberg weist auch das Angebot im Pflegestützpunkt St. Wendel eine besondere Breite auf. Die für die AOK Amberg genannten Beispiele jenseits der Leistungskomplexe des SGB XI (medizinische Leistungen, Möglichkeiten der Rehabilitation, Möglichkeiten des Ausgleichs bei Schwerbehinderung, Wohnberatung, Unterstützung bei der Suche nach geeignetem Wohnraum oder alternativen Wohnformen) gelten auch hier und werden ergänzt von der Unterstützung bei der Inanspruchnahme ehrenamtlicher und niedrigschwelliger Hilfen. Auch hier wird nicht nur auf die Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen, die Berater unterstützen aktiv bei der Inanspruchnahme der Hilfe.

Verständnis von Fallbegleitungen und Einsatz von Versorgungsplänen

Auch beim Verständnis von Fallbegleitungen gibt es Parallelen zwischen der Pflegeberatung bei der AOK Amberg und im Pflegestützpunkt St. Wendel. Auch hier erfolgt die Qualifizierung von Fällen als Fallbegleitungen relativ zurückhaltend und nur für Fälle mit mehreren in zeitlichem Zusammenhang stehenden Nachkontakten, erkennbar beispielsweise an der hohen Zahl von Kontakten bei Fallbegleitungsfällen.

Dem entspricht ein Verständnis von Versorgungsplänen, die auch beim Pflegestützpunkt St. Wendel insgesamt eher seltener zum Einsatz kommen, dafür aber zeitnah überwacht und gegebenenfalls aktualisiert werden.

Gelungene Integration des Vorgänger-Angebots (BeKo-Stelle)

Beim Pflegestützpunkt St. Wendel ist es gelungen ist, die langjährige Erfahrung der bisherigen BeKo-Mitarbeiter in den Stützpunkt zu integrieren und deren Arbeit im Rahmen eines Gesamtkonzepts und einheitlicher Prozesse gemeinsam mit den von den Kassen entsandten Mitarbeitern zu einem neuen Angebot zusammenzuführen. Von den Mitarbeitern des Stützpunkts besonders hervorgehoben werden die klaren Zuständigkeitsregeln – und zwar intern wie auch auf der politischen Ebene, wodurch sich die Aufwände für Abstimmungsprozesse und der Verwaltungsaufwand reduzieren lassen. Den formalen Regelungen der Verantwortlichkeiten entsprechen in dem Modell der Integrierten Pflegeberatung, dass auf eine Trennung der Beratungen nach § 7a und § 92 c SGB XI verzichtet wird. Die Befragten schildern, wie es so gelingt, dass alle Pflegeberaterinnen und -berater sich mit ihrem Mix aus unterschiedlichen Professionen und beruflichen Hintergründen sowie Sozialisationen in die gemeinsame Arbeit einbringen können. Auch die teilweise langjährige Erfahrung der Beraterinnen der BeKo-Stelle und deren örtliche Vernetzung bei formalen und informellen Netzwerken werden so für das neue Angebot nutzbar gemacht.

Einheitliche Dienst- und Fachaufsicht

Im Pflegestützpunkt St. Wendel ist eine einheitliche Dienst- und Fachaufsicht realisiert. Der Saarländische Rahmenvertrag und die Kooperationsvereinbarung über die Errichtung und den Betrieb des Pflegestützpunktes sehen die Einsetzung einer, zwischen der im Stützpunkt federführenden Kasse und der Kommune wechselnden Geschäftsführung vor, die für alle Berater sowohl die Dienst- wie auch die Fachaufsicht wahrnimmt. Auf diese Weise lassen sich Standards, Prozesse und Formulare ebenso vereinheitlichen (etwa zur Versorgungsplanung) wie die Netzwerkarbeit. Die Einrichtung eines Kooperationsausschuss, der mit Vertretern des Landkreises, der federführenden Kasse sowie des zuständigen Landesministeriums besetzt ist und der vorgesehene Wechsel der Geschäftsführung sichert die Akzeptanz der vereinheitlichten Dienst- und Fachaufsicht bei den beteiligten Anstellungsträgern.

Öffentlichkeitsarbeit

Abschließend zu erwähnender Bestandteil der guten Praxis beim Pflegestützpunkt St. Wendel ist die Öffentlichkeitsarbeit. Diese fällt nicht nur durch den Umfang an Aktivitäten in regelmäßigen Zeitungsartikeln, Vorträgen etc. auf, sondern auch in ihrer Vielfalt, die sogar den Einsatz eines auf DVD zur Verfügung stehenden Films über die Beratung umfasst.

5 Befragung der Nutzer einer ausführlichen Beratung zur häuslichen Pflegesituation

5.1 Einleitung

Mit der Nutzerbefragung findet an dieser Stelle ein grundlegender Wechsel der Perspektive statt. Während in den bisherigen Evaluationsbausteinen die Pflegeberatung aus der Perspektive der Beratungsstellen sowie im Hinblick auf die länderweiten Strukturen analysiert wurde, geht es bei der Nutzerbefragung darum, die Erfahrungen und Einstellungen derjenigen in den Mittelpunkt zu stellen, die bereits einmal als Klienten eine ausführliche Beratung zur häuslichen Pflegesituation genutzt haben. Dies eröffnet die Möglichkeit, Hinweise für die künftige Ausgestaltung der Pflegeberatung aus der Nutzerperspektive abzuleiten. Die zentrale Frage ist dabei, wie Pflegeberatung ausgestaltet sein muss, damit sie die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer (pflegenden) Angehörigen erfüllt und zu einer Unterstützung der häuslichen Pflege beiträgt. Dies betrifft inhaltliche Aspekte ebenso wie das Verhalten des Beraters und die Rahmenbedingungen der Beratung.

Die Nutzer einer Beratung wissen in der Regel nicht, ob es sich dabei rein formal um eine Pflegeberatung nach §7a SGB XI oder um eine sonstige Beratung nach §7 SGB XI handelt. Daher können die Beratungen, über die sie berichten, auch von den Nutzern selber nicht differenziert und exakt zugeordnet werden. Dies ist für die Zielsetzung der Nutzerbefragung allerdings auch nicht erforderlich. Die Motive für die Nutzung einer Beratung sind, wie auch im Folgenden gezeigt werden wird, vielmehr konkreter Natur und an der individuellen Pflegesituation orientiert. Letztendlich maßgeblich für den Nutzer ist auch nicht der formal zuständige Träger der Beratung gemäß § 7a, SGB XI, also ob es sich um eine Pflegekasse, einen Pflegestützpunkt im Sinne des § 92c, SGB XI oder um einen sonstigen Dritten handelt, der von einer Pflegekasse mit der Durchführung der Pflegeberatung beauftragt worden ist. Sehr genau wahrgenommen werden hingegen der Charakter und die Inhalte der Beratung, über die die Nutzer berichten können und die diese aus ihrer Perspektive auch bewerten.³⁷

Nutzer in diesem Sinne sind die privaten Pflegehaushalte, sprich ein häuslich betreuter Pflegebedürftiger mit Leistungen nach dem SGB XI sowie deren private Pflegepersonen, die schon einmal eine ausführliche Beratung zur häuslichen Pflegesituation erhalten haben. Neben den Beratungen durch Pflegekassen und Pflegestützpunkte sind hierbei auch Beratungen durch andere Beratungsstellen einbezogen. Hierzu zählen unter anderem Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände und Angebote von ambulanten Pflegediensten. Die Befragung beschränkt sich auch nicht ausschließlich auf Beratungen seit Einführung der Pflegeberatung nach §7a SGB XI,

³⁷ Pflegebedürftigen und deren Angehörigen kommt in diesem Sinne eine „Verbraucherrolle“ zu. Eine Verbraucherorientierung in der Pflege zielt dabei in der Regel auf Empowerment ab, sprich auf die Stärkung der Befähigung zur Teilhabe und zur selbständigen rationalen Abwägung (vgl. dazu BMGS 2003, Dierks et. al. 2000). Auch die Pflegeversicherung hat den Aspekt des Verbraucherschutzes noch einmal gesondert mit dem 2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (*Pflege-Qualitätssicherungsgesetz* - PQsG) aufgegriffen.

sondern bezieht Beratungen, die bereits vor 2009 stattfanden, mit ein. Nicht einbezogen sind hingegen solche Ratsuchenden, die sich ganz allgemein zum Thema Pflege informieren wollen, ohne jedoch selber pflegebedürftig zu sein oder als pflegender Angehöriger eine Person mit Pflegebedarf privat und häuslich zu betreuen.

Eine elementare Voraussetzung für die Wirkung von Beratungsleistungen besteht darin, dass diese von den Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen auch angenommen werden. Die Frage, ob Beratungsleistungen so wie gewünscht wirksam werden (= intendierte Wirkung), hat eine objektive und eine subjektive Komponente. Leistungen müssen hierfür sowohl bedarfsgerecht ausgestaltet sein (= Bedeutsamkeit) als aber auch von den Klienten als bedarfsgerecht wahrgenommen werden (= Akzeptanz). Beide Komponenten, also die bedarfsgerechte Ausgestaltung nach dem „state of the art“ als auch die subjektive Wahrnehmung, ob die Leistung den persönlichen Bedarf trifft, bedingen sich und können von daher aufeinander bezogen, angepasst und optimiert werden.

Analytisch betrachtet aber auch hinsichtlich der spezifischen Rolle der jeweiligen Akteure zielt die Frage nach der bedarfsgerechten Ausgestaltung primär auf die Beratungsinfrastruktur und die Qualität der erbrachten Beratung. Maßstab hierfür sind die intendierten Ziele, wobei die Klienten natürlich auch an dieser Stelle als Akteure fungieren und insbesondere im Beratungsprozess Feedback geben. Die Frage nach der subjektiven Wahrnehmung zielt hingegen auf die generelle Einstellung der Menschen mit Pflegebedarf und deren (pflegenden) Angehörigen gegenüber der angebotenen Leistung sowie auf deren Bereitschaft, diese grundsätzlich anzunehmen und sofern möglich dann auch nachhaltig in deren Alltag zu integrieren.

Bei der Analyse der (subjektiven) Akzeptanz von Hilfe- und Beratungsleistungen müssen von daher sowohl der grundsätzliche Kenntnisstand als auch die spezifisch motivationalen Aspekte berücksichtigt werden, die einen Pflegehaushalt dazu bringen, entsprechende Hilfen in Anspruch zu nehmen.

(1) Information

Eine Leistung kann nur dann auf Akzeptanz stoßen, wenn die Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige als Verbraucher über den Inhalt der Leistung und den damit verknüpften Anspruch informiert sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn Leistungen wie in diesem Fall im Rahmen einer Reform der Pflegeversicherung (sog. Pflegereform 2008) neu eingeführt wurden. Es ist von daher sicherzustellen, dass die erforderlichen Informationen kontinuierlich bereit gestellt werden.

(2) Zugänglichkeit

Leistungen, die subjektiv als bedeutsam empfunden werden, müssen für die Klienten und Verbraucher zugänglich und verfügbar sein. Dies gilt insbesondere für Beratungsleistungen. Der Begriff der „Barrierefreiheit“ ist an dieser Stelle ausgesprochen Erkenntnis leitend, da der Fokus der Betrachtung hierbei auf möglichen (objektiven und subjektiven) Hinderungsgründen liegt, die Verbraucher dazu führen können, geeignete Angebote trotzdem nicht zu nutzen. Neben der quantitativen Verfügbarkeit von Angeboten im Wohnumfeld zielt Zugänglichkeit vor allem auf Niederschwelligkeit in der Nutzung. Niederschwellig bedeutet in diesem Fall, dass die Inanspruchnahme im ersten Schritt mit möglichst wenig eigenen Investitionen (monetäre Kosten aber

auch selbst aufzuwendende Zeit) sowie mit möglichst wenig weiteren oder sonstigen Verpflichtungen, die mit der Inanspruchnahme verbunden sein könnten, einhergeht.

(3) Subjektives Wirksamkeitsempfinden

Als wirksam werden Leistungen dann empfunden, wenn der subjektive Nutzen kurz-, mittel- und auch langfristig das damit verbundene Belastungsempfinden überwiegt. Dies hängt zum einen davon ab, ob die Leistungen auf die jeweiligen Bedarfe ausgerichtet sind. Besonders wichtig hierbei ist die Unterscheidung in Information und Aufklärung, Beratung sowie Fallbegleitung. Diese Differenzierung kann gewährleisten, dass die Beratungsangebote möglichst passgenau an den Fragen der Klienten ansetzen, um das Angebot dann gegebenenfalls sinnvoll und gemeinsam weiterzuentwickeln. Zum anderen müssen die Beratungsleistungen für die Pflegehaushalte in ihrem potentiellen Nutzen bereits vorab erkennbar sein. (sog. Handlungs-Ergebnis-Erwartung und Situations-Folge-Erwartung nach Heckhausen 1974, Heckhausen & Heckhausen 2010). Dies wird insbesondere dann gefördert, wenn das Beratungsangebot möglichst breit gefächert ist und neben der pflegerischen Versorgung auch weitere Bereiche der Daseinsvorsorge und sozialen Sicherung umfasst oder wenn ggf. Soforthilfen vermittelt werden können.

Akzeptanz bezieht sich primär auf die Perspektive der Nutzer von Beratungsleistungen. Ihr Kenntnisstand, ihre Bedürfnisse und ihre subjektive Wahrnehmung sind in diesem Fall die maßgeblichen Größen. Ihre spezifische Sichtweise wurde im Rahmen der Nutzerbefragung erhoben und damit als weiterer Bestandteil der Gesamtevaluation der Pflegeberatung verfügbar gemacht.

Neben den Nutzern einer Beratung wurden auch diejenigen Pflegehaushalte einbezogen, die keine Beratung genutzt haben. Ihr Kenntnisstand, ihre subjektive Einschätzung der Arbeit der Beratungsstellen und die von ihnen genannten Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Beratungsleistungen zeigen auf, welche Barrieren bei der Inanspruchnahme von Pflegeberatung bestehen. Hieraus lassen sich wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Akzeptanz der Pflegeberatung ableiten.

5.2 Methode

Die Nutzerbefragung erfolgte in der Zeit vom 21.2. bis 16.3.2011 in Form einer repräsentativen, telefonisch gestützten CATI-Erhebung (Computer Assisted Telephone Interviewing). Zur Grundgesamtheit zählen alle Privathaushalte, in denen eine Person lebt, die aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung dauerhaft pflegebedürftig ist und die Leistungen der Pflegeversicherung bezieht. Befragt wurde eine Person im Haushalt, die zur Pflegesituation und zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen Auskunft geben konnte.

Die Adressen für die repräsentative Befragung stammen aus zwei verschiedenen Quellen. Zum einen erfolgte in der Zeit vom 16.12.2010 bis 5.3.2011 ein Screening im Rahmen der kontinuierlich durchgeführten telefonischen Repräsentativerhebungen von TNS Infratest. Dabei wurden insgesamt 41.800 Haushalte gefragt, ob in ihrem Haushalt eine pflegebedürftige Person lebt, die aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung dauerhaft pflegebedürftig ist und die Leistungen der Pflegeversicherung bezieht. 1.124 Haushalte haben diese Frage bejaht.

Neben diesen Haushalten wurden weitere 1.163 wiederbefragungsbereite Pflegehaushalte, die bereits 2010 an der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Auftrag des BMG teilge-

nommen hatten, einbezogen.³⁸ Die Adressen für diese Studie wurden ebenfalls im Rahmen eines Screenings in den kontinuierlich durchgeführten telefonischen Repräsentativerhebungen von TNS Infratest gewonnen. Damit standen die Adressen von 2.287 Pflegehaushalten zur Verfügung. Insgesamt konnten 967 Interviews realisiert werden. Berücksichtigt man, dass 105 Adressen aufgrund der guten Ausschöpfung als Reserveadressen letztendlich nicht benötigt wurden und zieht man zusätzlich die „qualitätsneutralen“ Ausfälle ab (hierzu zählen z. B. Haushalte, in denen die pflegebedürftige Person zum Zeitpunkt des eigentlichen Interviews bereits in ein Heim gezogen oder verstorben war), so ergibt sich eine Ausschöpfungsquote von 54,5 Prozent (siehe Tabelle 23: Ausschöpfung der Stichprobe).

Tabelle 23: Ausschöpfung der Stichprobe

	Anzahl	Anteil (%)
Ermittelte und ins Feld gegebene Pflegehaushalte (Brutto 1)	2.182	
abzgl. Haushalte mit qualitätsneutralen Ausfällen (pflegebedürftige Person war zum Zeitpunkt der Erhebung bereits in ein Heim gezogen oder verstorben, Telefonnummer war nicht mehr gültig, eine Verständigung mit der Zielperson war nicht möglich u. ä.)	409	
Gültige Zielhaushalte (Brutto 2)	1.773	100,0
– Realisierte Interviews (Netto)	967	54,5
– Teilnahme verweigert	188	10,6
– Im Haushalt niemanden erreicht	480	27,1
– Sonstige Ausfallgründe	138	7,8

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

³⁸ Die Telefonnummern der Auskunftgeber wurden von uns mit deren ausdrücklicher Zustimmung und unter Verweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die garantierte anonyme Auswertung der Ergebnisse gespeichert und konnten von daher mit Zustimmung des BMG für eine Nachbefragung zur Pflegesituation genutzt werden.

Der mit 27,1 Prozent relativ hohe Anteil an Haushalten, die nicht erreicht werden konnten, ist durch die kurze Feldzeit bedingt, die im Rahmen der Ausschreibung extern vorgegeben war. Deshalb war es erforderlich, von vorn herein eine höhere Anzahl von Adressen als üblich in das Telefonfeld zu geben, um die angestrebte Fallzahlen in dem zeitlichen Rahmen erreichen zu können. Der Anteil nicht kooperativer Haushalte ist mit 10,6 Prozent hingegen erfreulich gering.

491 der 967 Befragten haben angegeben, dass sich ihr Haushalt bereits ausführlich bei einer Beratungsstelle zur Pflegesituation beraten lassen hat. 21 von ihnen haben dabei ausschließlich eine Pflichtberatung nach §37,3 SGB XI durch einen ambulanten Pflegedienst und darüber hinaus keine weiteren Beratungsleistungen genutzt. Diese Gruppe ist für weitergehende Auswertungen zu klein und sie kann aufgrund der Filterführung und inhaltlicher Erwägungen auch nicht einer der anderen Gruppen zugerechnet werden. Aus diesen Gründen wurde sie aus den Analysen ausgeschlossen. Damit bleiben 470 Haushalte, die eine ausführliche Beratung bei einer Beratungsstelle in Anspruch genommen haben. Zusätzlich zu dieser Gruppe wurden weitere 476 Haushalte befragt, die nach eigenen Angaben keine ausführliche Beratung durch eine Beratungsstelle genutzt haben. Die Antworten dieser Befragten geben Aufschluss darüber, ob sie keine Beratung in Anspruch genommen haben, weil aus ihrer Sicht kein Bedarf bestand, weil die Möglichkeit nicht bekannt war oder weil sie sich aufgrund von bestimmten Erwägungen gegen die Inanspruchnahme entschieden haben. Mit der Stichprobe kann demnach die Sicht aller Pflegehaushalte mit Leistungsbezug auf die Beratungssituation zur häuslichen Pflege erfasst werden.

Die Gewichtung der erhobenen Daten erfolgte in drei Stufen. Zunächst wurde auf der Basis von Mikrozensusdaten nach der Anzahl der Personen im Haushalt und der Pflegestufe gewichtet. In einem zweiten Schritt erfolgte die Gewichtung nach Nielseengebieten³⁹ und BIK⁴⁰. Basis waren hier die Daten der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Auftrag des BMG. Abschließend wurden die Daten anhand der Amtlichen Pflegestatistik 2009 nach Pflegestufe, Geschlecht und Alter gewichtet und auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland hochgerechnet.⁴¹

Die im Folgenden ausgewiesenen Prozentangaben basieren ausschließlich auf dem gewichteten Datensatz.

Die Ergebnisse der Erhebung sind aufgrund des verwendeten Auswahlverfahrens repräsentativ für alle Pflegehaushalte mit Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung. Anders als bei einer Rekrutierung über Institutionen, wie zum Beispiel Kassen, Verbände oder auch Pflegestützpunkte, lassen sich mit dem von uns gewählten Zufallsverfahren mögliche institutionelle Effekte, die zu systematischen Verzerrungen führen können, vermeiden.

³⁹ Bei den Nielsen-Gebieten handelt es sich um eine Zusammenfassung der Bundesländer.

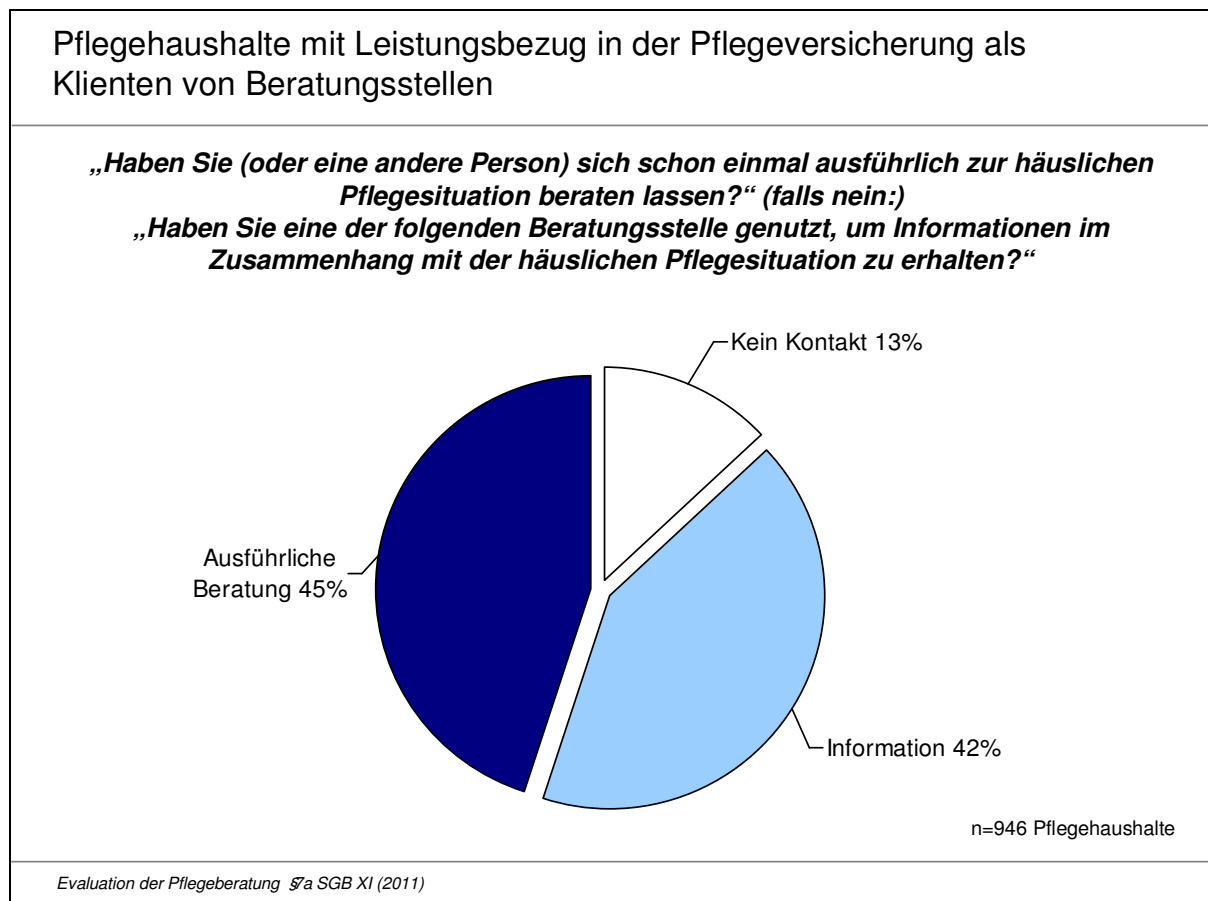
⁴⁰ Bei den BIK-Typen handelt es sich um eine Klassifizierung von Gemeinden, die nicht nur die Gemeindegröße berücksichtigt, sondern auch, ob sich eine Gemeinde in einem ländlichen Umfeld oder z. B. in unmittelbarer Nähe zu einer Großstadt befindet.

⁴¹ Für die Gewichtung und Hochrechnung der Daten anhand der Amtlichen Pflegestatistik 2009 hat das Statistische Bundesamt entsprechende Sonderauswertungen zur Verfügung gestellt.

5.3 Klienten von Beratungsstellen

Die vorliegende Teilstudie beschreibt die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der häuslichen Pflege aus der Sicht der Pflegehaushalte. Um diejenigen, die eine ausführliche Beratung zur häuslichen Pflegesituation genutzt haben, von denen abzugrenzen, die dies nicht getan haben, wurde zu Beginn der Erhebung unmittelbar erfragt, ob sich der jeweilige Pflegehaushalt schon einmal ausführlich zur Pflegesituation beraten lassen hat. Insgesamt 45 Prozent der Pflegehaushalte mit Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung haben dies bejaht. Hatten die Pflegehaushalte bereits mehrere ausführliche Beratungen genutzt, so bezogen sich die Fragen jeweils auf die ausführlichste Beratung. Weitere 42 Prozent der Pflegehaushalte haben angegeben, dass sie zwar keine ausführliche Beratung in Anspruch genommen haben, aber Beratungsstellen genutzt haben, um Informationen im Zusammenhang mit der Pflegesituation zu erhalten. 13 Prozent hatten nach eigener Auskunft keinen Kontakt zu Beratungsstellen.

Abbildung 44: Pflegehaushalte als Klienten von Beratungsstellen



5.3.1 Differenzierung: Fallmanagement-, Beratungs- und Informationsklienten

Diejenigen, die eine ausführliche Beratung genutzt haben, können anhand der von uns erhobenen Inhalte der Beratung noch einmal nach Beratungs- und Fallmanagementklienten differenziert werden.

Zu den Fallmanagementklienten zählen diejenigen, die **alle** der nachfolgend genannten Bedingungen erfüllen:

- Der Berater hat mit ihnen den bestehenden Hilfe- und Pflegebedarf ausführlich besprochen.
- Der Berater hat einen Versorgungsplan erstellt.
- Der Berater hat mit ihnen die Umsetzung des Versorgungsplanes besprochen und sie bei der Umsetzung unterstützt.
- Der Berater hat mit ihnen eine kontinuierliche Zusammenarbeit vereinbart.

Dabei wurden jeweils die Ausprägungen „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ berücksichtigt.

Alle übrigen Pflegehaushalte mit ausführlicher Beratung, d. h. diejenigen, für die nicht **alle** Merkmale des Fallmanagements zutreffen, werden im Folgenden als Beratungsklienten bezeichnet.

Die Operationalisierung des Fallmanagements erfolgte anhand der in §7a SGB XI genannten Kriterien. Darüber hinaus entsprechen diese Kriterien auch den üblicherweise in der Literatur genannten Prinzipien des Case Managements (vgl. dazu Ewers und Schaeffer 2005 oder Wendt 2010).

Die Auswertungen zeigen, dass die verwendete Differenzierung der Fallmanagement- und Beratungsklienten sehr gut zwischen den beiden Beratungstypen unterscheidet.

Betrachtet man zunächst die Leistungen, die zur Definition der Fallmanagementklienten herangezogen wurden, so zeigt sich, dass die Berater den bestehenden Hilfe- und Pflegebedarf zwar auch mit 80 Prozent der Beratungsklienten besprochen haben, dass aber nur 22 Prozent von ihnen einen Versorgungsplan erhalten haben und der Berater nur mit 30 Prozent von ihnen eine kontinuierliche Zusammenarbeit vereinbart hat. Bei den Fallmanagementklienten sind es definitionsgemäß jeweils 100 Prozent.

Auch bei allen anderen Beratungsleistungen ist der Anteil der Fallmanagementklienten, die die jeweilige Leistungen erhalten haben, erheblich höher als der Anteil in der Gruppe der Beratungsklienten. Dabei haben Fallmanagementklienten sowohl häufiger Informationen als auch konkrete Unterstützung, z. B. bei der Einholung von Genehmigungen, erhalten. Die Antwortvorgaben „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ wurden auch hier jeweils zusammengefasst.

Tabelle 24: Inhalte der Beratung bei Beratungs- und Fallmanagementkunden
(Mehrfachnennungen, %, Antwortvorgaben „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“)

	Insgesamt	Davon mit:	
		Fallmanagement	Beratung
Fallmanagement-Kriterien			
Der Berater hat den bestehenden Hilfe- und Pflegebedarf ausführlich mit uns besprochen.	87	100	80
Der Berater hat einen Versorgungsplan mit Empfehlungen für individuelle Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen erstellt.	48	100	22
Wenn Versorgungsplan erstellt (Basis n = 227): Der Berater hat mit uns die Umsetzung des Versorgungsplans besprochen und Hilfestellungen bei möglichen Problemen gegeben.	94	100	81
Wir haben mit dem Berater eine kontinuierliche Zusammenarbeit vereinbart.	53	100	30
Allgemeine Beratungsleistungsbereiche			
Der Berater hat über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert.	89	97	85
Der Berater hat über sonstige Sozialleistungen, wie z. B. Wohngeld oder Grundsicherung informiert.	39	54	32
Wir haben Vergleichslisten für ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime erhalten.	32	56	20
Wir haben Informationen über Veröffentlichungen zur Qualität der Pflegeeinrichtungen erhalten.	33	54	22
Wir haben Informationen speziell über niedrigschwellige Betreuungsangebote wie z. B. Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer im Wohnumfeld erhalten.	47	66	37
Wir haben Informationen über sonstige Unterstützungsangebote erhalten, also z. B. über Vereine, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Initiativen.	41	61	31
Der Berater hat uns bei der Einholung von Genehmigungen unterstützt.	41	69	27
Der Berater hat die notwendigen Ansprechpartner, z. B. bei Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen oder Wohnberatungsstellen, genannt oder Kontakte hergestellt.	49	64	42

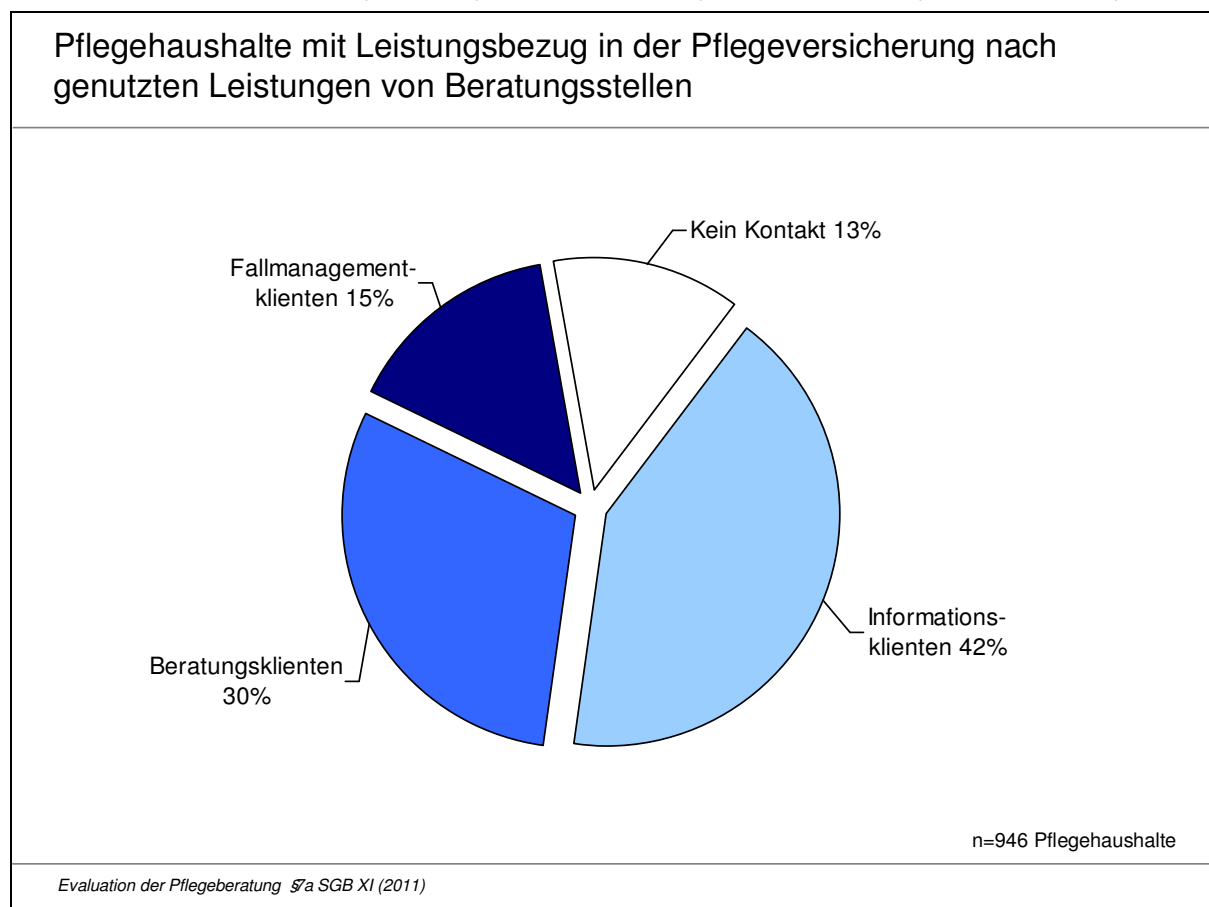
Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

Diejenigen, die nach eigenen Angaben zwar keine ausführliche Beratung genutzt haben, sich jedoch durch eine Beratungsstelle informiert haben, werden im Folgenden als Informationsklienten bezeichnet.

Differenziert man alle Pflegehaushalte mit Leistungsbezug der Pflegeversicherung nach den vier Kliententypen und damit nach der genutzten Leistung von Beratungsstellen, so zählen 15 Prozent der Pflegehaushalte zu den Fallmanagementklienten, 30 Prozent zu den Beratungsklienten und 42 Prozent zu den Informationsklienten. 13 Prozent hatten keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle.

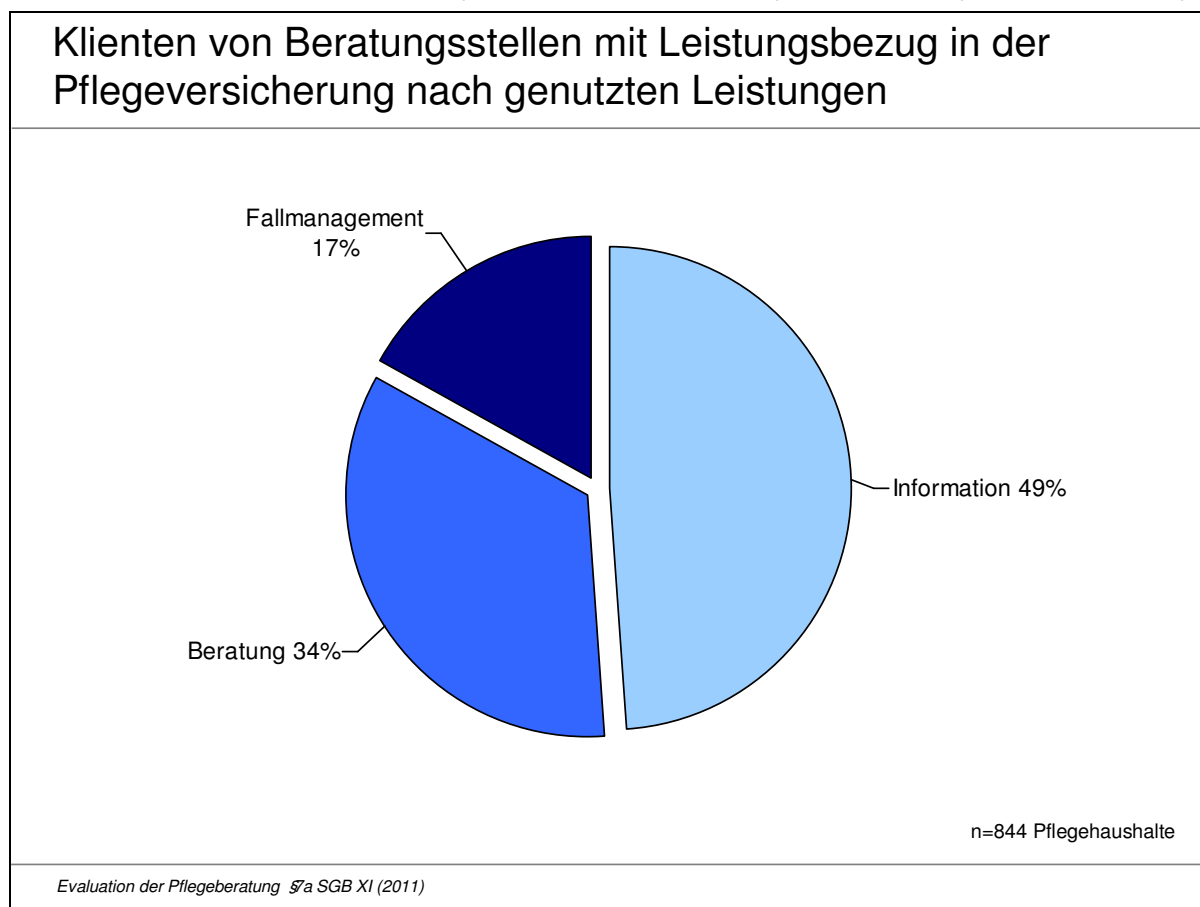
Abbildung 45: Pflegehaushalte nach genutzten Leistungen von Beratungsstellen



Von denjenigen Pflegehaushalte, die Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, sind 17 Prozent Fallmanagementklienten, 34 Prozent Beratungsklienten und 49 Prozent Informationsklienten.⁴²

⁴² Nach den Ergebnissen des KDA zum aktuellen Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten (Michell-Auli et.al. 2009) verteilen sich den Rat- und Hilfesuchenden in ausgewählten Pflegestützpunkten gewährten Leistungen bei 49% auf Einzelinformationen, bei 42% auf Beratungsgespräche und bei 9% auf Fallsteuerung. Hierbei ist aber zu beachten, dass es sich hierbei bei mehr als jedem Zweiten Rat- und Hilfesuchenden (54%) nicht um eine pflegebedürftige Person im Sinne des SGB XI oder deren Angehörige handelt, sondern um Personen, die selber noch nicht pflegebedürftig sind.

Abbildung 46: Klienten von Beratungsstellen nach genutzten Leistungen

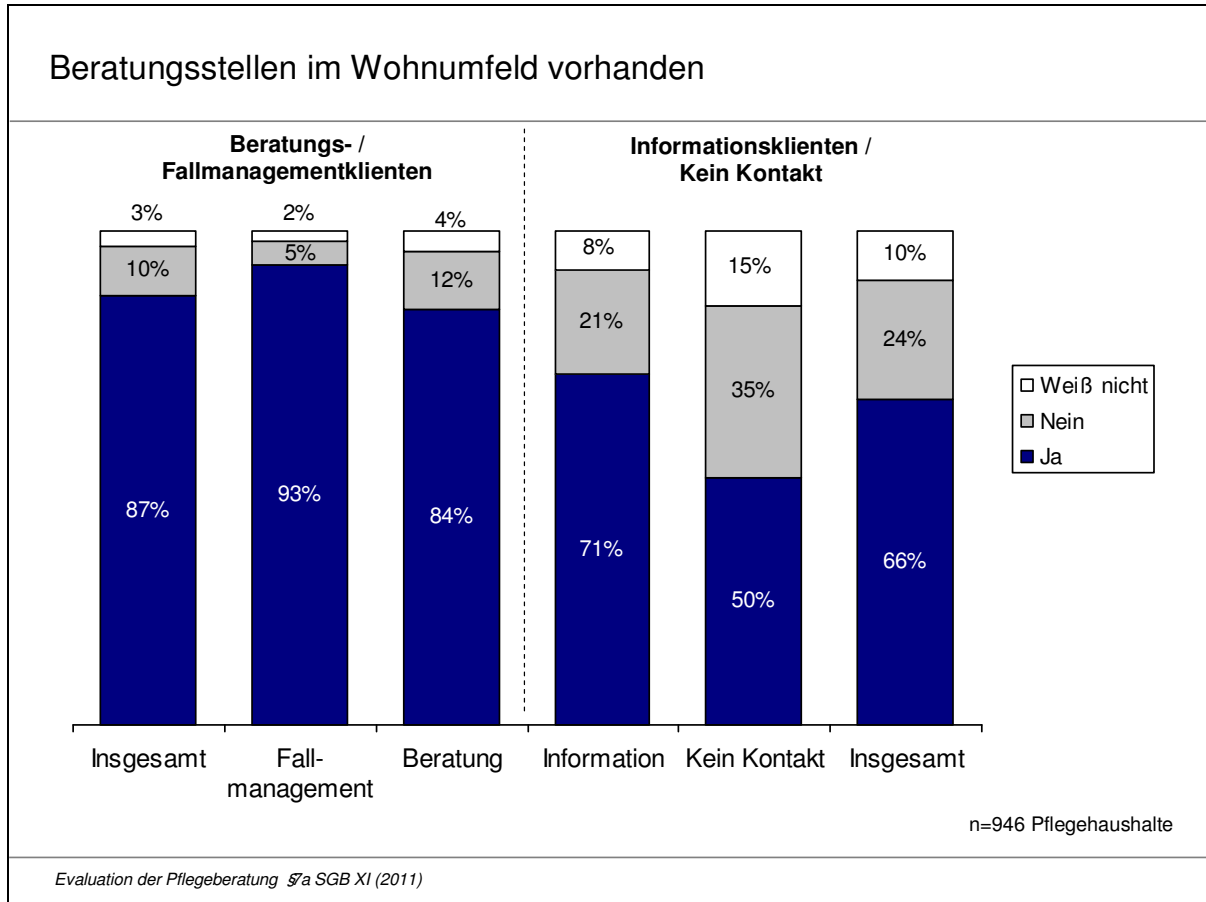


Im Folgenden werden die Ergebnisse überwiegend getrennt für Fallmanagement-, Beratungs- und Informationsklienten und diejenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle ausgewiesen. Daneben werden diejenigen, die eine ausführliche Beratung genutzt haben, also die Fallmanagement- und Beratungsklienten, mit denen verglichen, die keine ausführliche Beratung genutzt haben, also den Informationsklienten und denjenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten.

5.3.2 Beratungsstellen im Wohnumfeld

Eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Beratungsstellen ist, dass ein Zugang zu einer solchen Beratung besteht. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich eine entsprechende Beratungsstelle im Wohnumfeld befindet und ohne größeren organisatorischen, zeitlichen und finanziellen Aufwand genutzt werden kann. 87 Prozent der Beratungs- und Fallmanagementklienten haben angegeben, dass es in ihrem Wohnumfeld eine Beratungsstelle gibt, an die sie sich im Zusammenhang mit der Pflege wenden können. Bei den Fallmanagementklienten sind es sogar 92 Prozent. Unter den Informationsklienten und denjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle sind es hingegen nur 66 Prozent. 24 Prozent von ihnen haben angegeben, dass es in ihrem Wohnumfeld keine Beratungsstelle gibt, an die sie sich im Zusammenhang mit der Pflege wenden können. Weitere 10 Prozent wissen nicht, ob es eine solche Beratungsstelle gibt. Diese Anteile sind in der Gruppe derjenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, mit 35 bzw. 15 Prozent noch einmal höher. Lediglich die Hälfte von ihnen weiß mindestens von einer Beratungsstelle im Wohnumfeld.

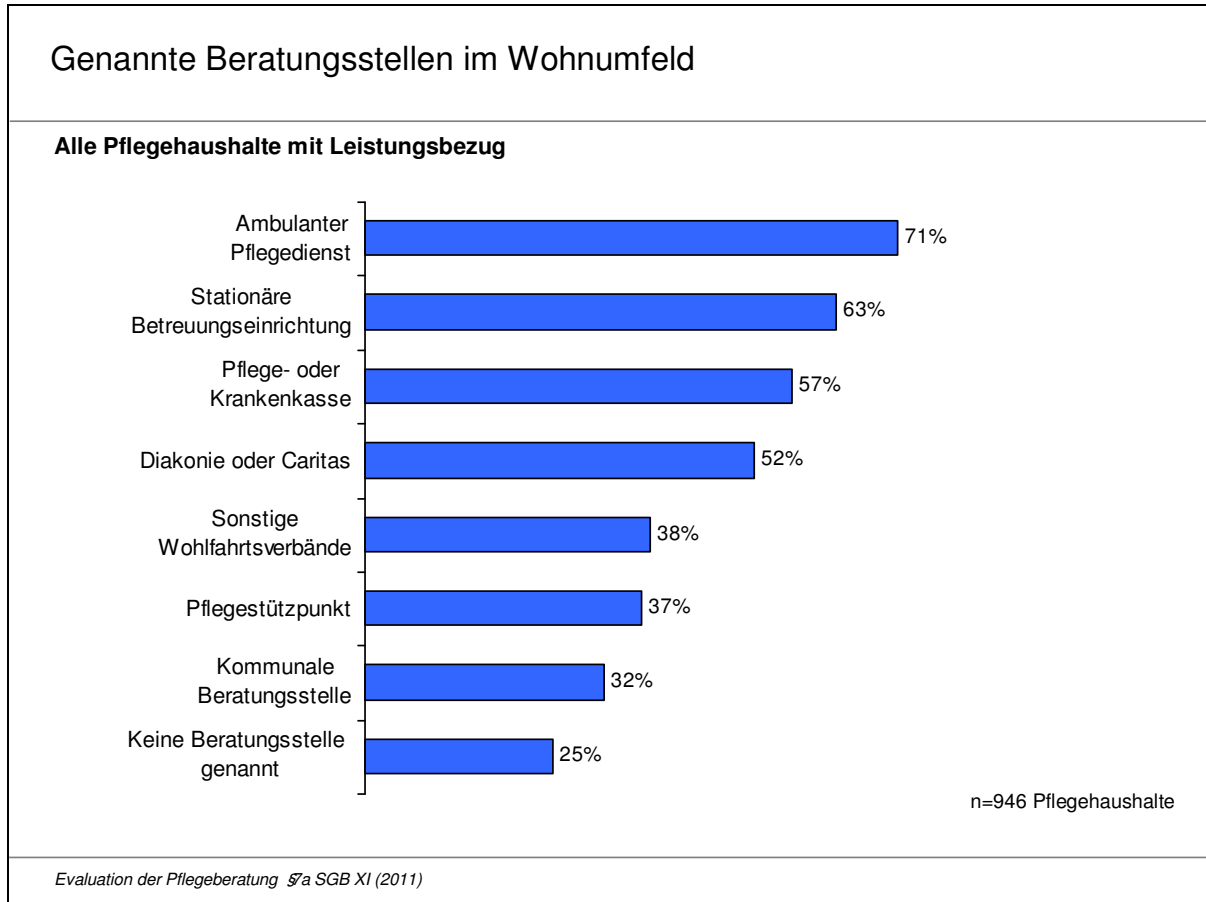
Abbildung 47: Beratungsstellen im Wohnumfeld



Bei den benannten Beratungsstellen im Wohnumfeld handelt es sich am häufigsten um ambulante Pflegedienste und stationäre Betreuungseinrichtungen. An dritter Stelle stehen Pflege- bzw. Krankenkassen, gefolgt von Beratungsstellen der Diakonie oder Caritas. 38 bzw. 37 Prozent der Pflegehaushalte haben jeweils auf Beratungsstellen sonstiger Wohlfahrtsverbände und auf Pflegestützpunkte verwiesen. Bei den Pflegestützpunkten ist allerdings zu beachten, dass der Begriff nicht geschützt ist und z. B. auch von ambulanten Diensten verwendet wird. Darüber hinaus ist die Bezeichnung „Pflegestützpunkt“ auch nicht überall bekannt und es ist durchaus denkbar, dass die Befragten hierunter auch andere Einrichtungen gefasst haben, die zur häuslichen Pflege beraten. Deshalb muss man davon ausgehen, dass es sich bei den Nennungen nicht ausschließlich um Pflegestützpunkte im Sinne des §92c SGB XI handelt. Kommunale Beratungsstellen wurden mit 32 Prozent am seltensten genannt.

Der geringe Anteil von (bekannten) Pflegestützpunkten im Wohnumfeld zeigt, dass die in §92c SGB XI vorgesehene flächendeckende Einrichtung von Pflegestützpunkten zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen bislang nicht umgesetzt wurde. Dies gilt nicht nur für die Länder, in denen die oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten nicht bestimmt hat, sondern auch weitgehend für die übrigen Länder (vgl. dazu Kapitel 3).

Abbildung 48: Genannte Beratungsstellen im Wohnumfeld



Da Informationskunden und diejenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle häufiger keine Beratungsstelle im Wohnumfeld kennen, werden von ihnen auch die einzelnen Arten der Beratungsstellen seltener genannt als von den Fallmanagement- und Beratungsklienten. Die Unterschiede reichen von 17 Prozentpunkten bei den kommunalen Beratungsstellen bis zu 27 Prozentpunkten bei den Beratungsstellen der Diakonie oder der Caritas.

Tabelle 25: Genannte Beratungsstellen im Wohnumfeld nach Kliententypen
(Mehrfachnennungen, Angaben in %)

	Klienten insgesamt	Davon	
		Fallmanagement- / Beratungsklienten	Informationsklienten / Kein Kontakt
Ambulanter Pflegedienst	71	83	61
Stationäre Betreuungseinrichtung	63	74	54
Pflege- oder Krankenkasse	57	70	47
Diakonie oder Caritas	52	67	40
Sonstige Wohlfahrtsverbände	38	48	30
Pflegestützpunkt	37	49	27
Kommunale Beratungsstelle	32	41	24
Keine Beratungsstelle genannt	25	13	34

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 946 Pflegehaushalte

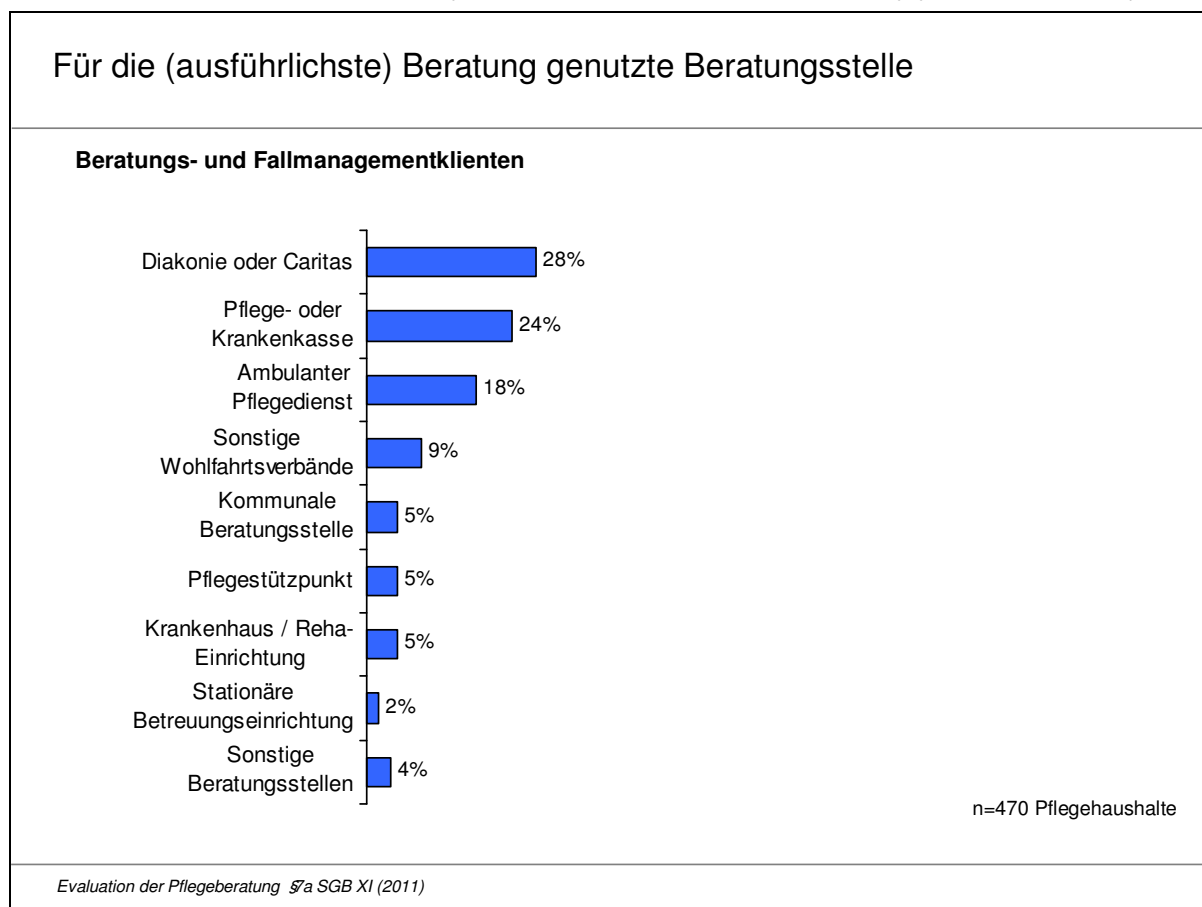
5.3.3 Genutzte Beratungsstellen

Neben den Pflegekassen und Pflegestützpunkte beraten vor allem auch Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege, die Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Pflege sowie kommunale Stellen zu Fragen im Zusammenhang mit der häuslichen Pflegesituation. Die genannten Beratungsstellen, die die Beratungs- und Fallmanagementklienten für die – bei mehreren Beratungen ausführlichste – Beratung genutzt haben, spiegeln diese Vielfalt im Beratungsangebot wider.⁴³

Am häufigsten wurden Beratungsstellen der Diakonie oder der Caritas genutzt, dicht gefolgt von Pflege- bzw. Krankenkassen. An dritter Stelle stehen die ambulanten Pflegedienste. Neun Prozent haben Beratungsstellen der nicht-kirchlichen Wohlfahrtsverbände in Anspruch genommen. Von kommunalen Beratungsstellen, Pflegestützpunkten und in Krankenhäusern oder Rehabilitations-Einrichtungen haben sich jeweils fünf Prozent beraten lassen. Zwei Prozent haben stationäre Betreuungseinrichtungen und vier Prozent sonstige Beratungsstellen genutzt. Hierbei handelt es sich u. a. um ein Demenz-Zentrum, eine Berufsgenossenschaft und einen Nachbarschaftshilfeverein sowie weitere Beratungsstellen, die keinem Träger zugeordnet werden konnten. Der geringe Anteil der Pflegestützpunkte weist auch an dieser Stelle darauf hin, dass die in §92c SGB XI vorgesehene flächendeckende Einrichtung von Pflegestützpunkten nicht umgesetzt wurde und die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen auf andere Beratungsstellen – sofern vorhanden – zurückgreifen.

⁴³ Eine Einbeziehung der Informationsklienten ist an dieser Stelle aus methodischen Gründen nicht möglich, da bei der Frage nach den für Informationen genutzten Beratungsstellen Mehrfachnennungen möglich waren, während bei den Beratungs- und Fallmanagementklienten nur erfasst wurde, durch welche Beratungsstelle die ausführlichste Beratung erfolgte. Die von Informationsklienten genutzten Beratungsstellen werden separat dargestellt.

Abbildung 49: Für die (ausführlichste) Beratung genutzte Beratungsstelle



Fallmanagementklienten haben sich mit 25 Prozent sehr viel häufiger durch ambulante Pflegedienste beraten lassen als Beratungsklienten, von denen 14 Prozent einen Pflegedienst genutzt haben. Auch Pflegestützpunkte wurden mit sieben Prozent häufiger von den Fallmanagementklienten genutzt als von den Beratungsklienten mit vier Prozent.

Tabelle 26: Für die (ausführlichste) Beratung genutzte Beratungsstelle nach Kliententyp
(Angaben in %)

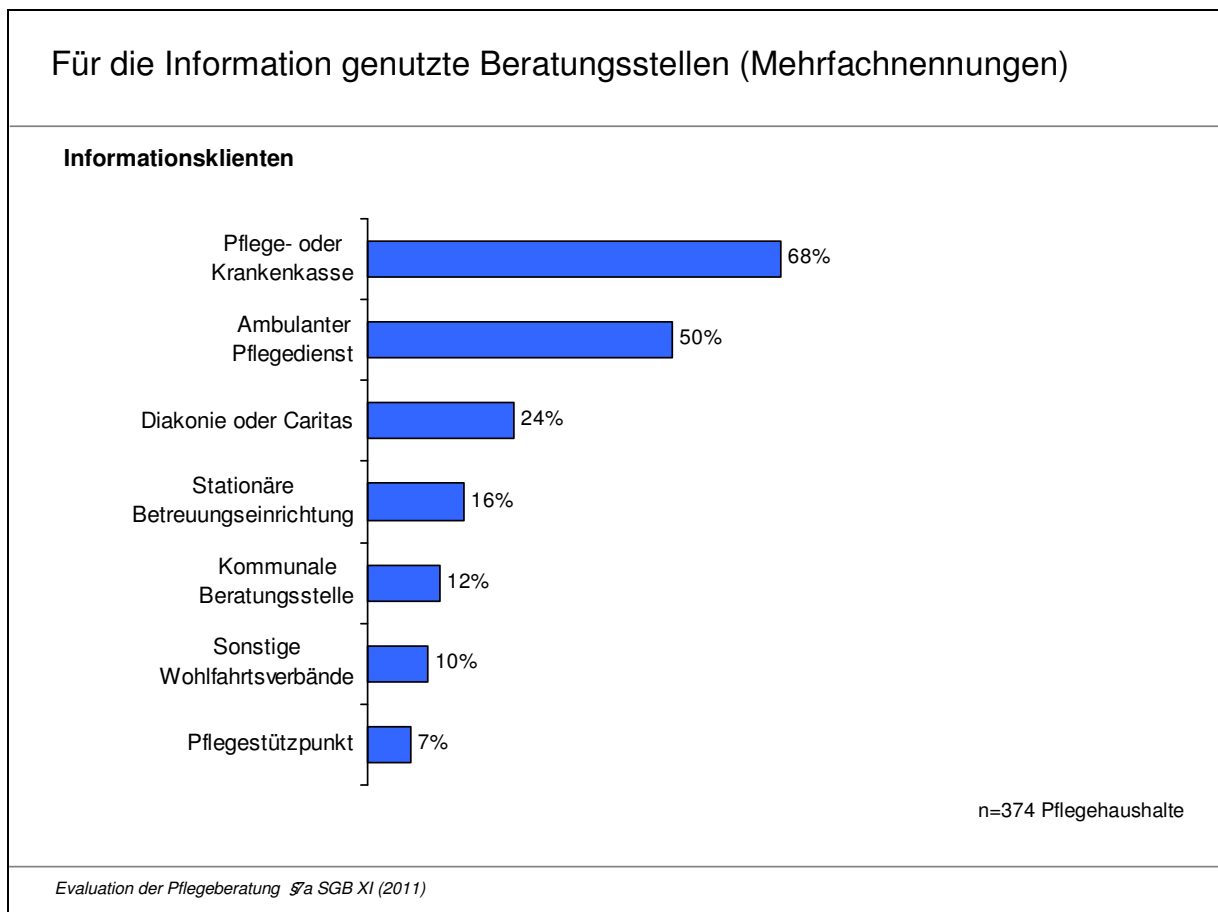
	Klienten insgesamt	Davon	
		Fallmanagement- / Beratungsklienten	Informationsklienten / Kein Kontakt
Diakonie oder Caritas	28	25	30
Pflege- oder Krankenkasse	24	22	24
Ambulanter Pflegedienst	18	25	14
Sonstige Wohlfahrtsverbände	9	8	11
Kommunale Beratungsstelle	5	3	5
Pflegestützpunkt	5	7	4
Krankenhaus / Reha-Einrichtung	5	5	5
Stationäre Betreuungseinrichtung	2	2	2
Sonstige Beratungsstellen	4	3	5

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

Ein anderes Bild zeigt sich, wenn man die von den Informationskunden genutzten Beratungsstellen betrachtet. Informationskunden haben sich mit Abstand am häufigsten bei den Pflege- bzw. Krankenkassen über Fragen im Zusammenhang mit der häuslichen Pflegesituation informiert. 68 Prozent von ihnen haben diesen Weg genutzt. Die Hälfte der Informationskunden hat sich bei einem ambulanten Pflegedienst informiert und knapp ein Viertel bei Beratungsstellen der Diakonie oder der Caritas. Auch hier wurden Pflegestützpunkte aufgrund der längst nicht flächendeckenden Verbreitung mit sieben Prozent am seltensten genutzt.

Abbildung 50: Für die Information genutzte Beratungsstellen



Betrachtet man auf der Basis der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Schmidt und Schneekloth, im Erscheinen), welche Beratungsstellen von Menschen mit Pflegebedarf insgesamt, also mit und ohne Leistungsbezug in der Pflegeversicherung, genutzt werden, um sich Informationen zum Thema Pflege zu beschaffen, so sind dies auch hier mit 74 Prozent am häufigsten die Pflege- bzw. Krankenkassen. Dies zeigt noch einmal – wie auch weitere, im Folgenden dokumentierte Ergebnisse – dass Pflege- bzw. Krankenkassen bei der Informationsbeschaffung eine wesentliche Rolle spielen.

5.3.4 Strukturunterschiede zwischen den verschiedenen Kliententypen

Ob und wenn ja, welche Leistungen der Beratungsstellen im Einzelfall in Anspruch genommen werden, hängt unter anderem vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab. So nutzen Pflegehaushalte, in denen die pflegebedürftige Person in Pflegestufe II bzw. III eingruppiert ist, mit 54 bzw. 57 Prozent überdurchschnittlich häufig ein Fallmanagement oder eine allgemeine ausführliche Beratung, während es bei Pflegestufe I nur 39 Prozent sind.

Die Anteile derjenigen, die ein Fallmanagement in Anspruch genommen haben, unterscheiden sich in Pflegestufe II und III mit 19 bzw. 18 Prozent kaum. Der Anteil derjenigen mit allgemeiner ausführlicher Beratung ist in Pflegestufe III hingegen vier Prozentpunkte höher als in Pflegestufe II.

Neben dem Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung führt auch ein starker geistiger Abbau bei der pflegebedürftigen Person dazu, dass Pflegehaushalte überdurchschnittlich häufig eine ausführliche Beratung in Anspruch nehmen. 51 Prozent der Haushalte, in denen eine pflegebedürftige Person lebt, deren Pflegebedürftigkeit (auch) durch einen starken geistigen Abbau bedingt ist, haben ein Fallmanagement oder eine allgemeine ausführliche Beratung genutzt. Von den Haushalten, in denen die Pflegebedürftigkeit nicht durch einen starken geistigen Abbau bedingt ist, sind es 41 Prozent. Die Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Fallmanagement sind zwischen den zwei Gruppen mit zwei Prozentpunkten nur gering. Doch während 35 Prozent derjenigen mit starkem geistigen Abbau zu den Beratungsklienten zählen, sind es bei denjenigen ohne starken geistigen Abbau nur 27 Prozent. Auffällig ist auch, dass von den Pflegehaushalten, in denen die Pflegebedürftigkeit durch einen starken geistigen Abbau bedingt ist, nur acht Prozent keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten. Dies zeigt, dass gerade diese Gruppe in besonders starkem Maße auf Beratung und Unterstützung angewiesen ist.

Insgesamt zeigt sich, dass eine ausführliche Beratung umso häufiger genutzt wird, je höher und komplexer – und damit oft auch belastender – der Pflege- und Betreuungsaufwand ist.

**Tabelle 27: Kliententypen nach Pflegebedarf
(Angaben in %)**

	Gesamt	Pflegestufe			Starker geistiger Abbau	
		Stufe I	Stufe II	Stufe III	Ja	Nein
Fallmanagementklienten	15	13	19	18	16	14
Beratungsklienten	30	26	35	39	35	27
Informationsklienten	42	46	36	34	41	43
Kein Kontakt	13	15	10	9	8	16

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

48 Prozent der Pflegehaushalte, in denen die Hauptpflegeperson weiblich ist, haben eine ausführliche Beratung, d. h. ein Fallmanagement oder eine allgemeine ausführliche Beratung genutzt, während es unter den Pflegehaushalte mit männlicher Hauptpflegeperson lediglich 41 Prozent sind. Dabei haben Pflegehaushalte mit weiblicher Pflegeperson zwar häufiger als solche

mit männlicher Hauptpflegeperson eine allgemeine ausführliche Beratung genutzt, doch beim Fallmanagement bestehen keine Unterschiede.

Pflegebedürftige, die von keiner privaten Hauptpflegeperson unterstützt werden, haben mit 40 Prozent ebenfalls seltener als der Durchschnitt ein Fallmanagement oder eine allgemeine ausführliche Beratung genutzt. Zu dieser Gruppe zählen allerdings auch überdurchschnittlich viele Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, bei denen der Beratungsbedarf weniger intensiv ist als in den Pflegestufen II und III.

Tabelle 28: Kliententypen nach Geschlecht der Hauptpflegeperson
(Angaben in %)

	Gesamt	Geschlecht der Hauptpflegeperson	
		Männlich	Weiblich
Fallmanagementklienten	15	16	15
Beratungsklienten	30	25	33
Informationsklienten	42	46	41
Kein Kontakt	13	13	11

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

Darüber hinaus ist es denkbar, dass Pflegehaushalte, die erst seit 2009 oder später Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, aufgrund der Einführung der Pflegeberatung nach §7a SGB XI zum 1.1.2009 häufiger eine ausführliche Beratung in Anspruch nehmen als Pflegehaushalte, die schon länger Leistungen beziehen. 54 Prozent der Pflegehaushalte, die eine ausführliche Beratung genutzt haben, haben diese seit 2009 genutzt (bei mehreren Kontakten ist der Termin der ersten ausführlichen Beratung gemeint). 22 Prozent haben sich zwischen 2006 und 2008, 13 Prozent zwischen 2001 und 2005 und 9 Prozent vor 2001 beraten lassen (ohne Angabe: 2 Prozent).

Pflegehaushalte, die erst seit 2009 oder später Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, lassen sich allerdings im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen nicht ohne Weiteres mit den Pflegehaushalten vergleichen, die schon länger Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Dies hängt damit zusammen, dass Pflegebedürftige, die erst seit kurzem Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, deutlich häufiger in Pflegestufe I eingestuft sind, als diejenigen, die bereits deutlich länger pflegebedürftig sind. Von daher ist natürlich auch der Beratungsbedarf in dieser Gruppe weniger intensiv. Aus diesem Grund kann die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen im Zeitablauf nur im Zusammenhang mit der Pflegestufe betrachtet werden. Dabei ist es fallzahlbedingt erforderlich, die Pflegestufen II und III zusammenzufassen.

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Beratungsstellen zeigen sich unter den Pflegehaushalten mit Pflegestufe I nur geringe Unterschiede im Zeitablauf. Dabei ist sowohl ein geringer Anstieg der Fallmanagementklienten zu beobachten, als auch ein leichter Anstieg derjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle. Letzteres dürfte aber wesentlich damit zusammenhängen, dass aufgrund des noch nicht lange zurückliegenden Eintritts der Pflegebedürftigkeit zum Teil erst wenig Zeit war, eine Leistung einer Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen.

Vergleicht man die Inanspruchnahme von Leistungen der Beratungsstellen durch Pflegebedürftige mit Pflegestufe II oder III im Zeitablauf, so ist sowohl ein leichter Anstieg der Inanspruchnahme von Fallmanagement als auch von allgemeiner ausführlicher Beratung zu beobachten. Dies spricht dafür, dass die Einführung der Pflegeberatung nach §7a SGB XI insgesamt zu einer stärkeren Inanspruchnahme von ausführlichen Beratungen geführt hat.

Tabelle 29: Kliententypen nach Pflegestufe und Beginn des Leistungsbezugs
(Angaben in %)

	Pflegestufe I		Pflegestufe II und III	
	vor 2009	ab 2009	vor 2009	ab 2009
Fallmanagementklienten	11	14	17	22
Beratungsklienten	27	26	35	42
Informationsklienten	49	43	37	31
Kein Kontakt	13	17	11	5

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

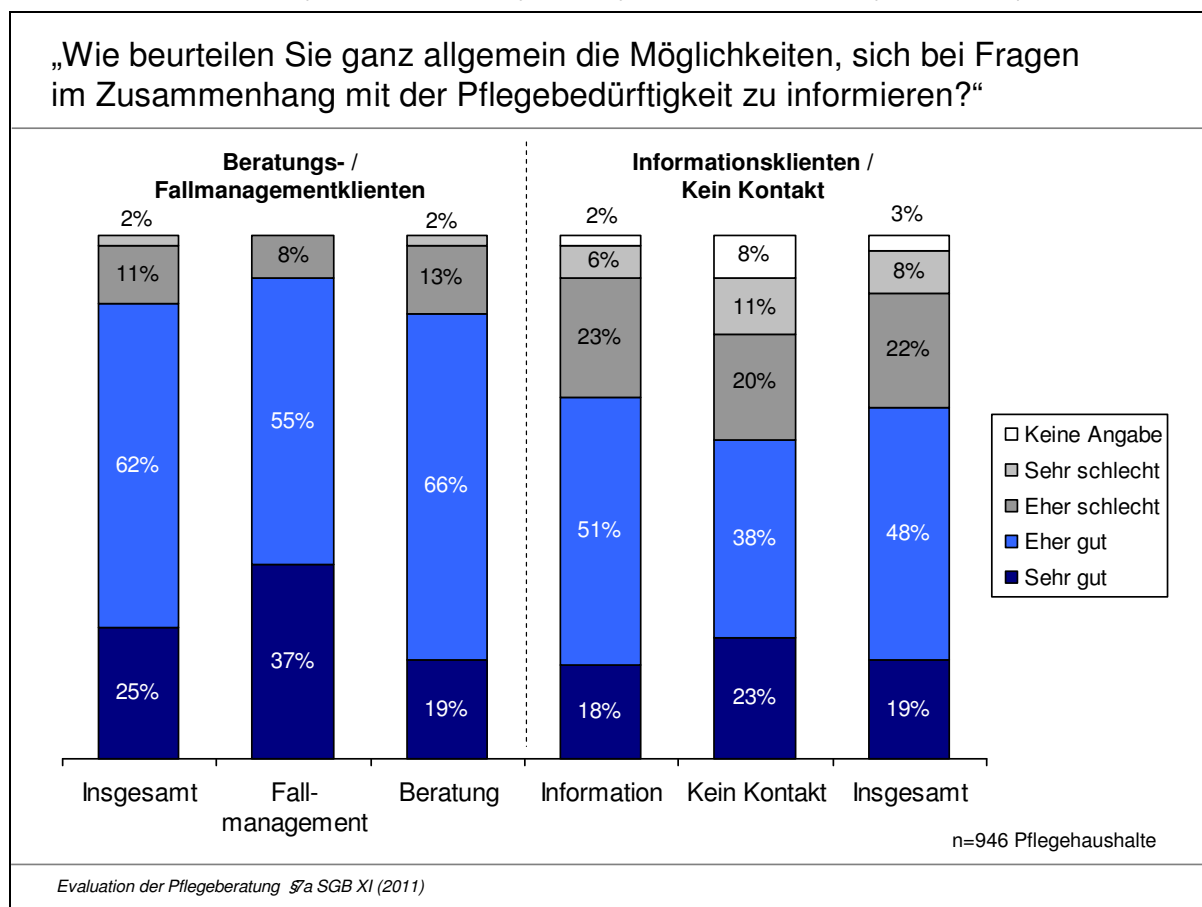
n = 470 Pflegehaushalte

Schließlich haben auch diejenigen, die privat pflegepflichtversichert sind (insgesamt etwa 9% der Pflegebedürftigen), mit 41 Prozent etwas seltener als gesetzlich Versicherte mit 45 Prozent eine ausführliche Beratung in Anspruch genommen.

5.3.5 Informationsmöglichkeiten und eigener Kenntnisstand

Fallmanagement- und Beratungsklienten beurteilen die Möglichkeiten, sich über Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren, positiver als Informationsklienten und auch als diejenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten. 87 Prozent schätzen hier die Möglichkeiten als sehr oder zumindest eher gut ein, während dies bei den Informationsklienten und denjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle insgesamt nur für 67 Prozent gilt. Am besten beurteilen die Fallmanagementklienten die Informationsmöglichkeiten. 92 Prozent sind der Meinung, dass die Informationsmöglichkeiten sehr oder eher gut sind, während es bei den Beratungsklienten „nur“ 85 Prozent sind. Zudem ist der Anteil derjenigen, die die Informationsmöglichkeiten als sehr gut bewerten, unter den Fallmanagementklienten mit 37 Prozent besonders hoch. Ein Vergleich der Informationsklienten mit denjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle ist schwierig, da letztere bei dieser Frage mit acht Prozent besonders häufig keine Angabe gemacht haben. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass sich ein Teil dieser Gruppe bislang nicht um Informationen bemüht hat und die Informationsmöglichkeiten deshalb nicht einschätzen kann.

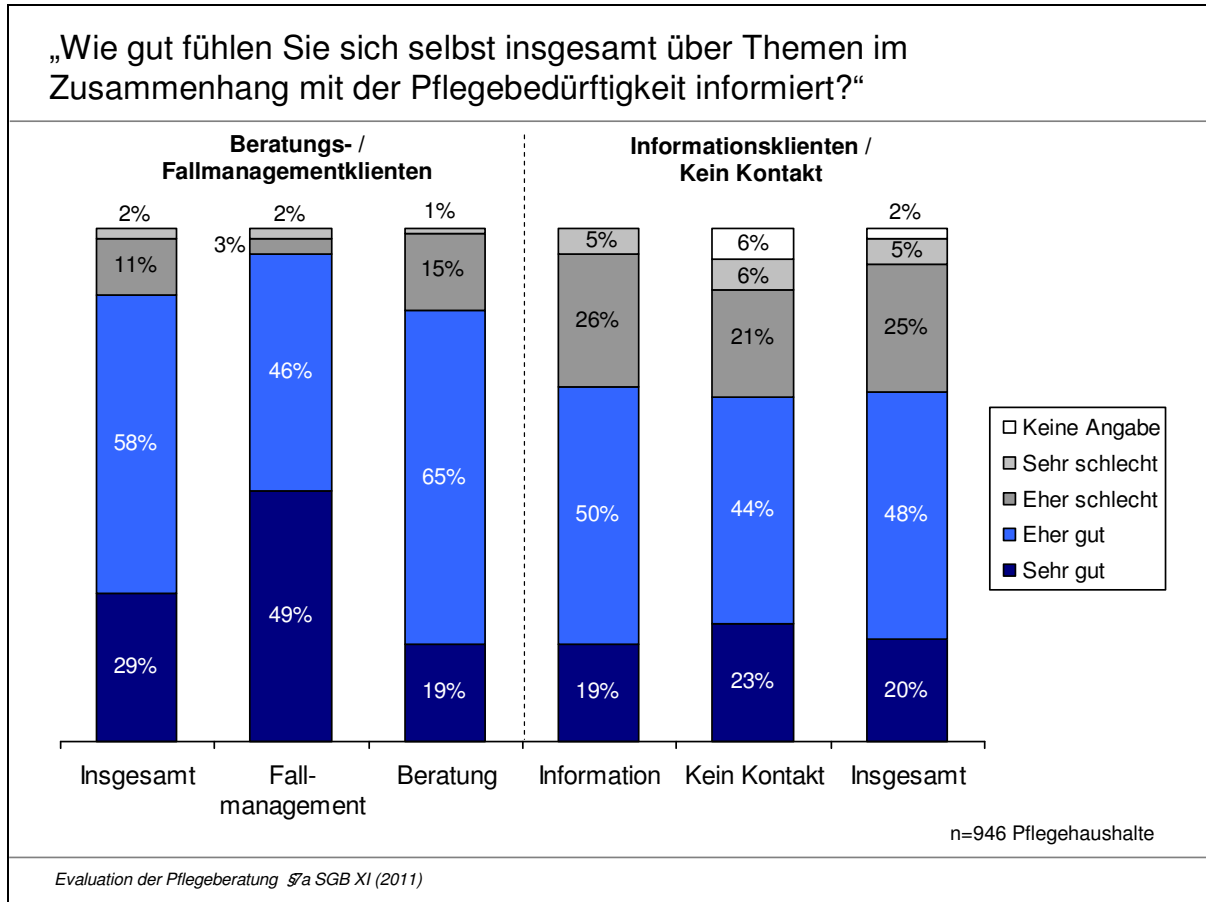
Abbildung 51: Einschätzung der Möglichkeit, sich bei Fragen zur Pflege zu informieren



Fallmanagement- und Beratungsklienten beurteilen nicht nur die Informationsmöglichkeiten positiver als Informationskunden und diejenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, sie fühlen sich erwartungsgemäß auch besser über Themen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit informiert. Während sich 25 bzw. fünf Prozent der Informationskunden und derjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle eher schlecht bzw. sehr schlecht informiert fühlen, sind es bei den Fallmanagement- und bei den Beratungsklienten nur 11 bzw. zwei Prozent. Informationskunden fühlen sich noch etwas schlechter informiert als diejenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten. Bei denjenigen ohne Kontakt zur Beratungsstelle ist der Anteil derjenigen, die keine Angabe machen konnten oder wollten, mit sechs Prozent allerdings relativ hoch.

Besonders groß sind die Unterschiede zwischen den Beratungs- und den Fallmanagementkunden. 49 Prozent der Fallmanagementkunden, aber nur 19 Prozent der Beratungsklienten fühlen sich sehr gut informiert. Auf der anderen Seite fühlen sich insgesamt 16 Prozent der Beratungsklienten eher schlecht oder sehr schlecht informiert, während es bei den Fallmanagementkunden nur fünf Prozent sind. Damit fühlen sich Fallmanagementkunden mit Abstand am besten über Themen im Zusammenhang mit der Pflege informiert.

Abbildung 52: Eigene Informiertheit über Themen im Zusammenhang mit der Pflege



5.4 Motive für die Inanspruchnahme einer ausführlichen Beratung

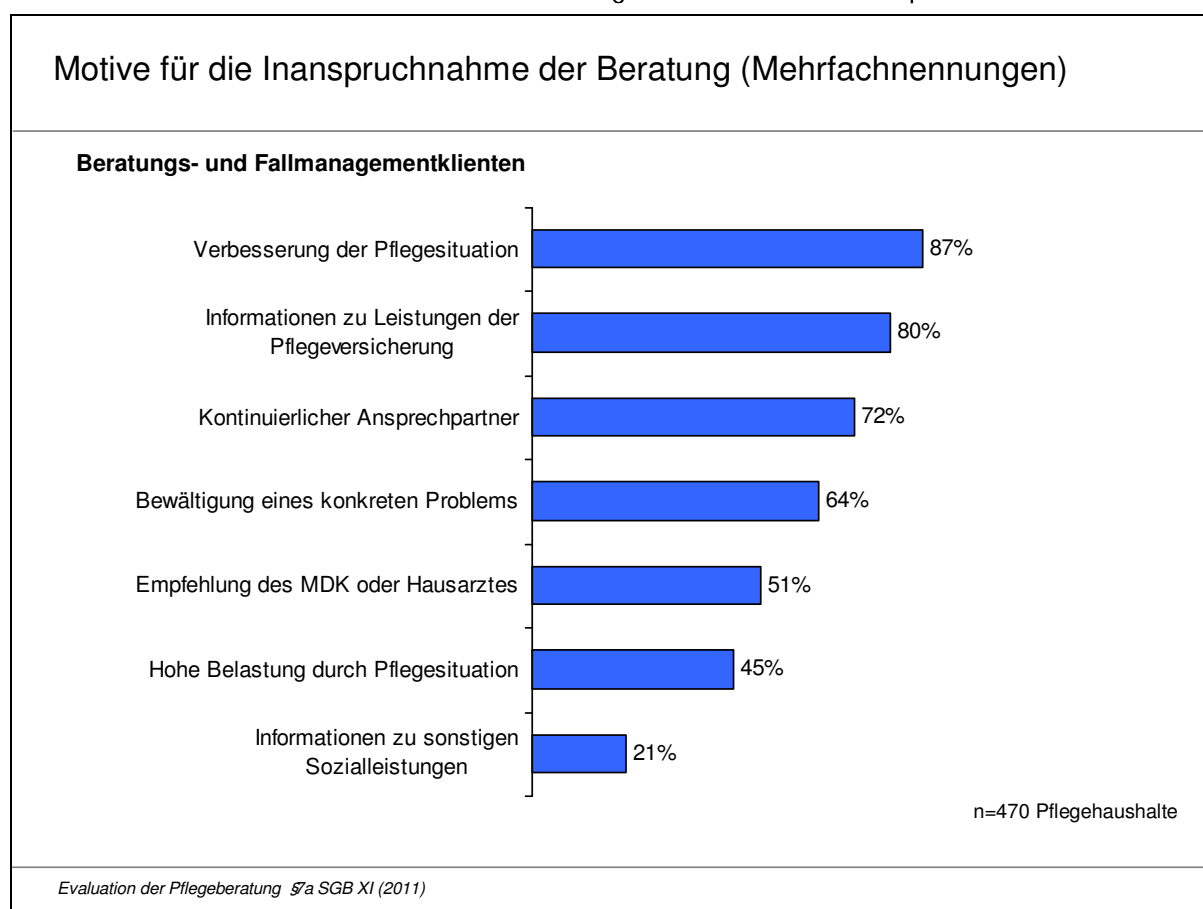
Damit eine Beratung überhaupt in Anspruch genommen wird, muss eine entsprechende Motivation vorhanden sein. Um diese Motivation zu erheben, wurden den Nutzern einer ausführlichen Beratung, also den Fallmanagement- und den Beratungsklienten, eine Reihe von möglichen Motiven genannt, und sie sollten jeweils angeben, ob diese Motive für die Inanspruchnahme der Beratung relevant waren.

Am häufigsten haben die Befragten angegeben, dass sie alle Möglichkeiten zur Verbesserung der Pflegesituation nutzen wollten, gefolgt von konkretem Informationsbedarf zu Leistungen der Pflegeversicherung. Bereits an dritter Stelle steht der Wunsch nach einem Ansprechpartner, der regelmäßig zur Verfügung steht und unterstützt. Offene Nennungen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es ein großes Anliegen der Menschen mit Pflegebedarf ist, einen Ansprechpartner zu haben, an den sie sich mit all ihren Fragen und Problemen wenden können und der kompetent weiterhilft. Aufgrund der Belastungen durch die häuslichen Pflege bleiben oft zu wenig Zeit und Energie, um die jeweils zuständigen Ansprechpartner zu ermitteln, und es wird als weitere Belastung erlebt, wenn mehrere Stellen aufgesucht werden müssen, um alle benötigten Informationen zu erhalten bzw. die entsprechenden Anträge zu stellen.

64 Prozent der Pflegehaushalte mit einer ausführlichen Beratung zur häuslichen Pflegesituation haben die Beratung zur Bewältigung eines konkreten Problems benötigt und rund die Hälfte hat die Beratung aufgrund einer Empfehlung des MDK oder des Hausarztes genutzt. 45 Prozent haben angegeben, dass die Belastung durch die Pflegesituation so groß war, dass sie einfach nicht mehr weiter wussten. Konkrete Informationen zu Sozialleistungen wie Wohngeld oder Grundsicherung haben rund ein Fünftel benötigt.

Mit zunehmender Pflegestufe werden häufiger Informationen zu sonstigen Sozialleistungen nachgefragt. Während dieses Motiv in Pflegestufe I erst von 19 Prozent genannt wird, sind es in Pflegestufe II 23 Prozent und in Pflegestufe III 29 Prozent. Auch eine hohe Belastung durch die Pflegesituation ist in Pflegestufe II und III mit 50 bzw. 46 Prozent häufiger ein Grund für die Inanspruchnahme der Beratung als in Pflegestufe I mit 40 Prozent.

Abbildung 53: Motive für die Inanspruchnahme der Beratung



Die Rangfolge der Gründe ist bei Beratungs- und Fallmanagementklienten dieselbe. Allerdings werden alle Gründe – bis auf eine Ausnahme – von den Fallmanagementklienten sehr viel häufiger genannt. Im Durchschnitt nennen Fallmanagementklienten 4,8 Motive, während es bei den Beratungsklienten 3,9 sind. Das Beratungsmotiv, das von Fallmanagement- und Beratungsklienten mit 65 Prozent bzw. 64 Prozent gleich häufig genannt wird, ist die Bewältigung eines konkreten Problems. Darüber hinaus haben Fallmanagementklienten im Vergleich zu den Beratungsklienten besonders häufig angegeben, dass die Belastung durch die Pflegesituation so groß war, dass sie einfach nicht mehr weiter wussten und dass sie einen Ansprechpartner gesucht haben, der regelmäßig zur Verfügung steht und unterstützt. Dass 61 Prozent der Fallmanagementklien-

ten, aber nur 47 Prozent der Beratungsklienten angeben, dass der MDK oder der Hausarzt eine Beratung empfohlen hat und dass 28 Prozent der Fallmanagementklienten im Vergleich zu 18 Prozent der Beratungsklienten Informationen zu weiteren Sozialleistungen benötigt haben, weist ebenfalls auf die insgesamt schwierigere häusliche (Pflege-)Situation und den umfassenden Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Fallmanagementklienten im Vorfeld der Beratung hin. Während bei den Beratungsklienten häufiger die Bewältigung eines konkreten Problems im Vordergrund steht, sind bei den Fallmanagementklienten häufiger mehrere Probleme relevant.

Die Ergebnisse zeigen, dass nicht alle Klienten, die eine Beratung in Anspruch nehmen, ein Fallmanagement benötigen. Dass allerdings auch ein Teil der Beratungsklienten einen komplexen Hilfebedarf aufweist, zeigt, dass der Bedarf für ein umfassendes Fallmanagement nicht immer erkannt wird. Hier liegt es in der Kompetenz des Beraters, den jeweiligen Beratungsbedarf zu erkennen und die Beratung und Unterstützung entsprechend der individuellen Bedürfnisse zu gestalten. Nur so lässt sich eine Über- bzw. Unterversorgung bei der Beratung vermeiden.

Der insbesondere unter den Fallmanagementklienten hohe Anteil derjenigen, die angeben, dass die Belastung durch die Pflegesituation so groß war, dass sie einfach nicht mehr weiter wussten, zeigt, dass Beratung zum Teil erst dann in Anspruch genommen wird, wenn es gar nicht mehr anders geht. Diese „fehlende Kultur des Sichhelfenlassens“ hat sich bereits in der Studie zu Möglichkeiten und Grenzen häuslicher Pflege von 2002 im Auftrag des BMFSFJ (MuG III, Schneekloth und Wahl, 2006) gezeigt. Es ist davon auszugehen, dass die Zugangsbarrieren, die von den Informationsklienten und den Pflegehaushalten ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle genannt wurden, zum Teil auch im Vorfeld der Beratung für die Fallmanagement- und Beratungsklienten relevant waren und eine frühzeitige Inanspruchnahme der Beratung verhindert haben.

**Tabelle 30: Motive für die Inanspruchnahme der Beratung nach Kliententypen
(Mehrfachnennungen, Angaben in %)**

	Klienten insgesamt	Davon	
		Fallmanagement- / Beratungsklienten	Informationsklienten / Kein Kontakt
Verbesserung der Pflegesituation	87	92	84
Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung	80	88	76
Kontinuierlicher Ansprechpartner	72	86	65
Bewältigung eines konkreten Prob- lems	64	65	64
Empfehlung des MDK oder des Hau- sarztes	51	61	47
Hohe Belastung durch Pflegesitua- tion	45	59	37
Information zu sonstigen Soziallei- stungen	21	28	18

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

Neben den vorgegebenen Motiven haben einige der Befragten weitere Gründe für die Inanspruchnahme der Beratung genannt. Hierzu zählen der Erwerb von Pflegekompetenz („dass man keine Fehler macht“), der Wunsch, den Partner zu Hause pflegen zu können und einen Heimauf-

enthalt zu vermeiden, aber auch besondere Situationen, wie ein längerer Krankenhausaufenthalt, eine schwere Erkrankung oder ein schwerer Unfall, eine Demenzerkrankung oder der plötzliche Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Zwei Pflegehaushalte haben speziell Informationen zum Umbau der Wohnung benötigt.

5.5 Barrieren bei der Inanspruchnahme von Beratungsleistungen

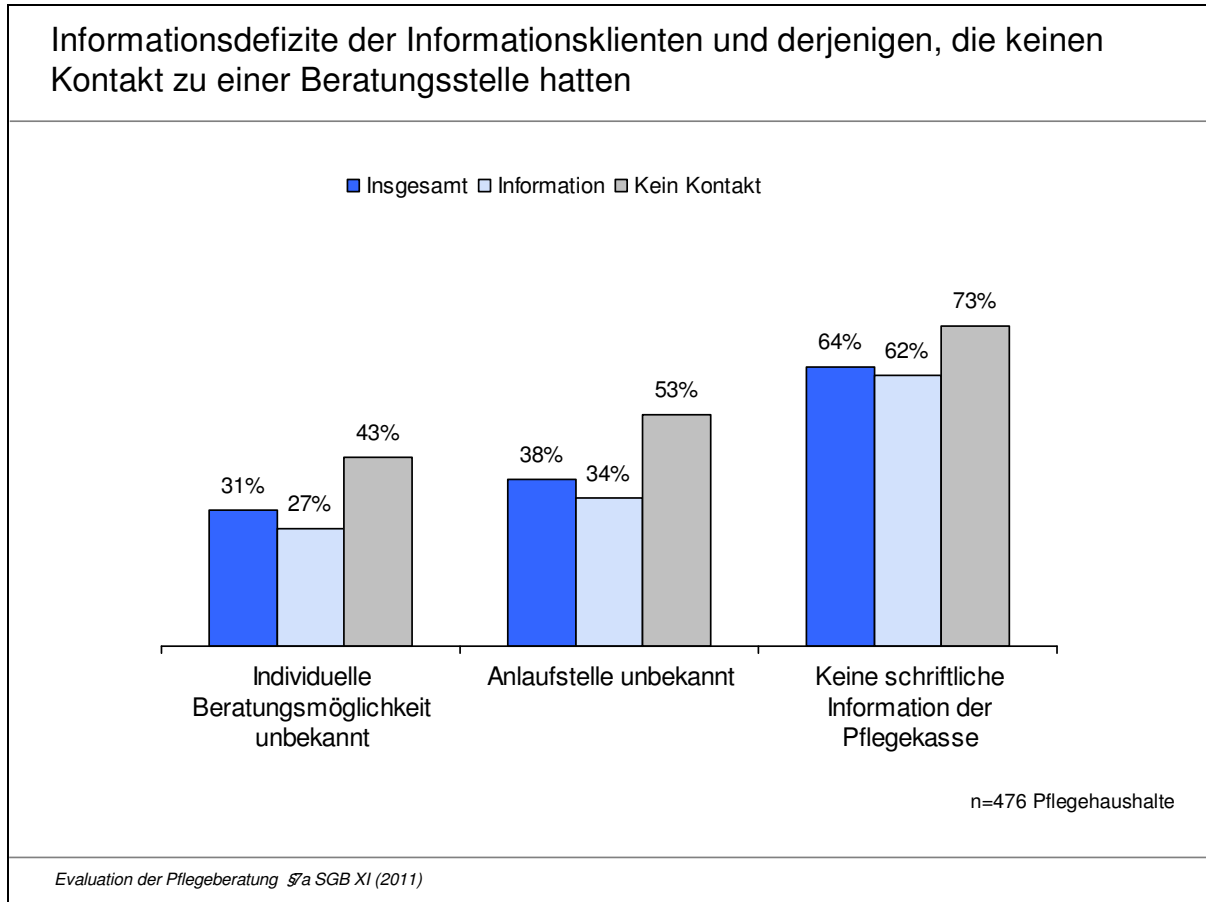
Damit Pflegehaushalte eine Beratung in Anspruch nehmen, bedarf es nicht nur einer entsprechenden Motivation, sondern es müssen auch drei weitere Bedingungen erfüllt sein. Die Pflegehaushalte müssen darüber informiert sein, dass es diese Leistung gibt und wo sie sie in Anspruch nehmen können, die Beratung muss aus ihrer Sicht für sie zugänglich sein und sie müssen davon überzeugt sein, dass der subjektive Nutzen das damit verbundene Belastungsempfinden überwiegt (vgl. Abschnitt 5.1). Für diejenigen, die eine ausführliche Beratung genutzt haben, waren diese Voraussetzungen erfüllt. Anders sieht es zum Teil bei denjenigen aus, die keine ausführliche Beratung in Anspruch genommen haben. Welche Rolle fehlende Informationen, ein fehlender Zugang und eine negative subjektive Wirksamkeitseinschätzung bei der Nicht-Inanspruchnahme von Beratungsleistungen spielen, wird im Folgenden dargestellt.

5.5.1 Fehlende Informationen

31 Prozent der Informationsklienten und derjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle war nicht bekannt, dass sie sich ausführlich und individuell zur häuslichen Pflegesituation beraten lassen können. 38 Prozent wussten nicht, wo sie eine solche Beratung erhalten. Die Anteile sind in der Gruppe derjenigen, die keinen Kontakt zu Beratungsstellen hatten, mit 43 bzw. 53 Prozent noch einmal höher. Dies zeigt, dass ein nicht unerheblicher Teil der Pflegehaushalte nicht über die notwendigen Informationen verfügt, um eine Beratung in Anspruch nehmen zu können.

64 Prozent der Informationsklienten und derjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle haben angegeben, dass sie von der Pflegekasse keine schriftliche Information über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt bzw. die nächstgelegene Pflegeberatung erhalten haben. Auch hier ist der Anteil in der Gruppe derjenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle mit 73 Prozent noch einmal höher.

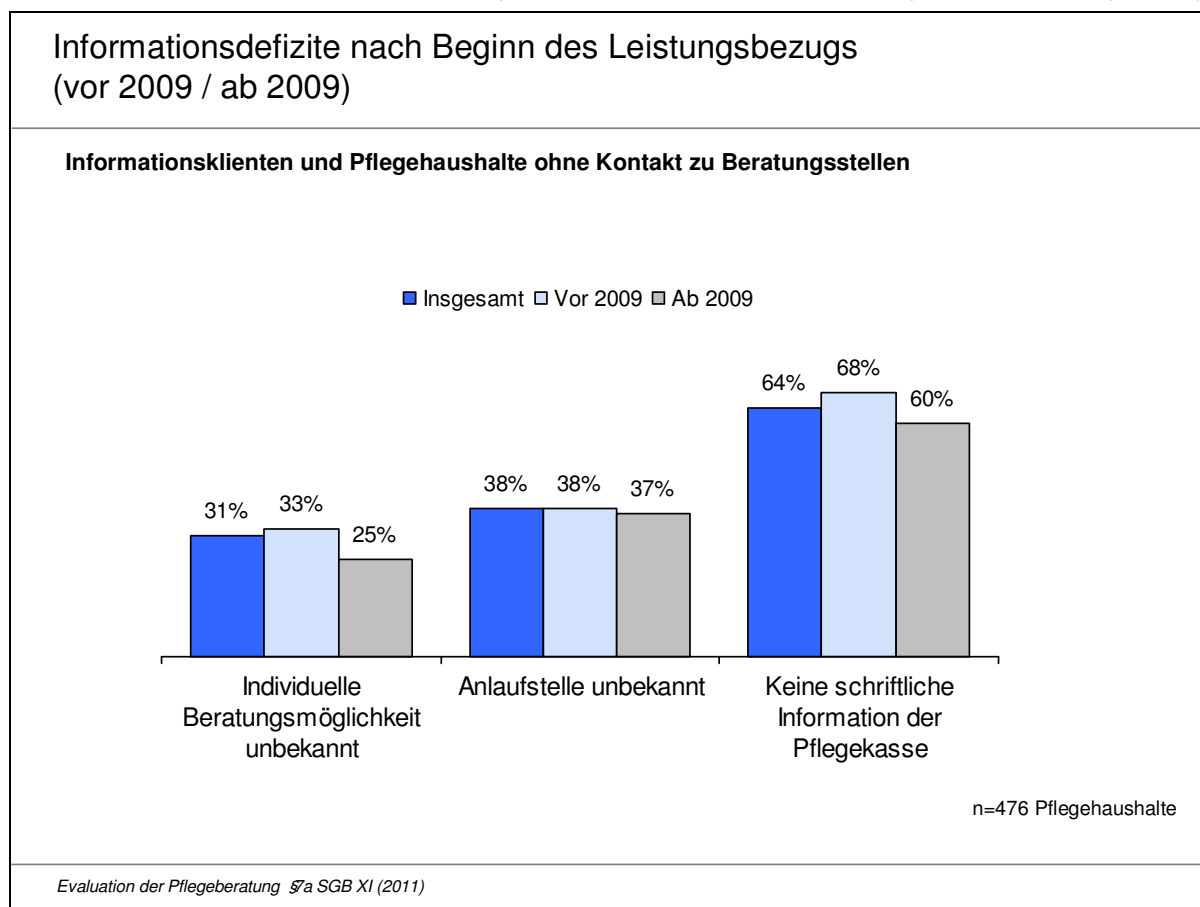
Abbildung 54: Informationsdefizite



Vergleicht man die Informationskunden und diejenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle, die schon länger Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, mit denen, die erst seit 2009 oder später Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, so zeigt sich nur eine relativ kleine Verringerung der Informationsdefizite im Zeitablauf. Der Anteil derjenigen, die nicht wussten, dass sie sich ausführlich und unabhängig beraten lassen können, ist zwar um acht Prozentpunkte zurückgegangen, doch nach wie vor ist einem Viertel diese Möglichkeit unbekannt. Auch der Anteil derjenigen, die angeben, keine schriftlichen Informationen der Pflegekasse erhalten zu haben, ist seit 2009 lediglich um acht Prozentpunkte auf 60 Prozent gesunken. Der entsprechende Anteil in der Gruppe der Fallmanagement- und Beratungskunden, die seit 2009 oder später Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, beträgt 53 Prozent und ist damit nicht viel niedriger.

Aus diesen Angaben kann man zwar nicht schließen, dass die Information in all diesen Fällen tatsächlich nicht schriftlich erfolgt ist. Doch es zeigt, dass die Information von den Betroffenen entweder nicht wahrgenommen wurde oder zumindest nicht mehr erinnert wird und damit nicht handlungsrelevant ist.

Abbildung 55: Informationsdefizite nach Beginn des Leistungsbezugs



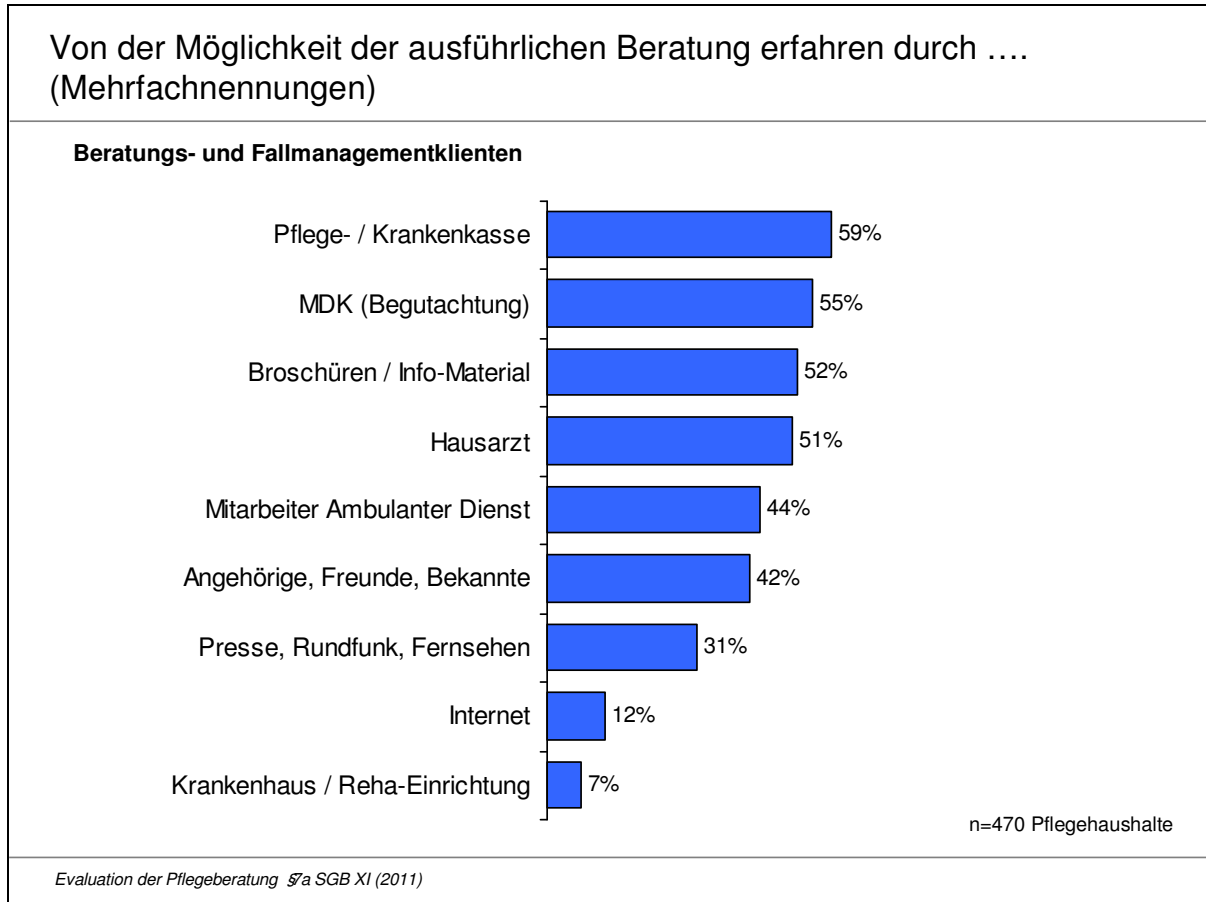
Exkurs: Informationsquellen der Fallmanagement- und Beratungsklienten

Fallmanagement- und Beratungsklienten haben mit 59 bzw. 55 Prozent am häufigsten durch die Pflege- bzw. Krankenkasse und durch den MDK von der Möglichkeit, sich ausführlich beraten zu lassen, erfahren. Aber auch Broschüren und anderes Informationsmaterial sowie der Hausarzt werden jeweils von gut der Hälfte der Nutzer als Informationsquellen genannt. 44 bzw. 42 Prozent haben durch Mitarbeiter eines ambulanten Dienstes oder über Freunde, Verwandte und Bekannte von der Beratung erfahren. Weitere Informationsquellen sind Presse, Rundfunk und Fernsehen, das Internet sowie Krankenhäuser bzw. Rehabilitations-Einrichtungen.

Der Anteil der Fallmanagement- und Beratungsklienten, die durch eine Pflege- bzw. Krankenkasse von der Möglichkeit der ausführlichen Beratung erfahren haben, ist bei denjenigen, die erst seit 2009 oder später Leistungen der Pflegeversicherungen beziehen, mit 64 Prozent überdurchschnittlich hoch. Gleiches gilt für den MDK. Durch ihn haben von denjenigen mit Leistungsbezug ab 2009 62 Prozent von der Möglichkeit der Beratung erfahren.

Die Rangfolge der Informationsquellen zeigt, wie wichtig die Information durch die Pflege- bzw. Krankenkasse und den MDK im Rahmen der Begutachtung ist. Von ihrer Seite aus sollte deshalb in jedem Fall sichergestellt werden, dass die Information über die Pflegeberatung und die zuständigen Ansprechpartner und Anlaufstellen die Adressaten tatsächlich erreicht und dass von ihnen die Relevanz der Information erfasst wird.

Abbildung 56: Informationsquellen für die Möglichkeit der ausführlichen Beratung



Die Fallmanagementkunden nennen im Durchschnitt 4,2 Informationsquellen, die Beratungskunden 3,3. Lediglich das Internet wurde in der Gruppe mit Fallmanagement seltener als Informationsquelle genannt als in der Gruppe mit Beratung. Ein Grund für diese Unterschiede könnte sein, dass der Beratungs- und Unterstützungsbedarf in der Gruppe der Fallmanagementkunden größer und dringender war als in der Gruppe der Beratungskunden, und diese Gruppe deshalb häufiger und auch von mehreren Seiten auf die Beratungsmöglichkeit hingewiesen wurde. Andererseits kann man aber auch davon ausgehen, dass es sich hierbei zumindest zu einem großen Teil um Pflegehaushalte handelt, die einer Unterstützung von außen besonders aufgeschlossen gegenüberstehen und darüber hinaus selber auf unterschiedlichsten Wegen nach solchen Unterstützungsangeboten bzw. entsprechenden Informationen suchen. So weisen die Daten darauf hin, dass Fallmanagementkunden im Vergleich zu Beratungskunden erheblich häufiger den Austausch mit Angehörigen, Freunden und Bekannten nutzen.

Weitere, unter „Sonstiges“ genannte Informationsquellen sind Selbsthilfegruppen, Vorträge, eine Berufstätigkeit im medizinischen oder pflegerischen Bereich, ein Tag der offenen Tür bei einem Wohltätigkeitsverband sowie speziell bei pflegebedürftigen Kindern die Schule, die sie besuchen. Einige haben auch angegeben, dass sie in Eigeninitiative nach Beratungsmöglichkeiten gesucht haben.

Tabelle 31: Informationsquellen für die ausführliche Beratung nach Kliententypen
(Angaben in %)

	Klienten insgesamt	Davon	
		Fallmanagement- / Beratungsklienten	Informationsklienten / Kein Kontakt
Pflege- /Krankenversicherung	59	70	53
MDK (Begutachtung)	55	61	52
Broschüren / Infomaterial	52	63	47
Hausarzt	51	60	47
Mitarbeiter Ambulanter Dienst	44	55	38
Angehörige, Freunde, Bekannte	42	59	34
Presse, Rundfunk Fernsehen	31	34	29
Internet	12	7	15
Krankenhaus / Reha-Einrichtung	7	5	7

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

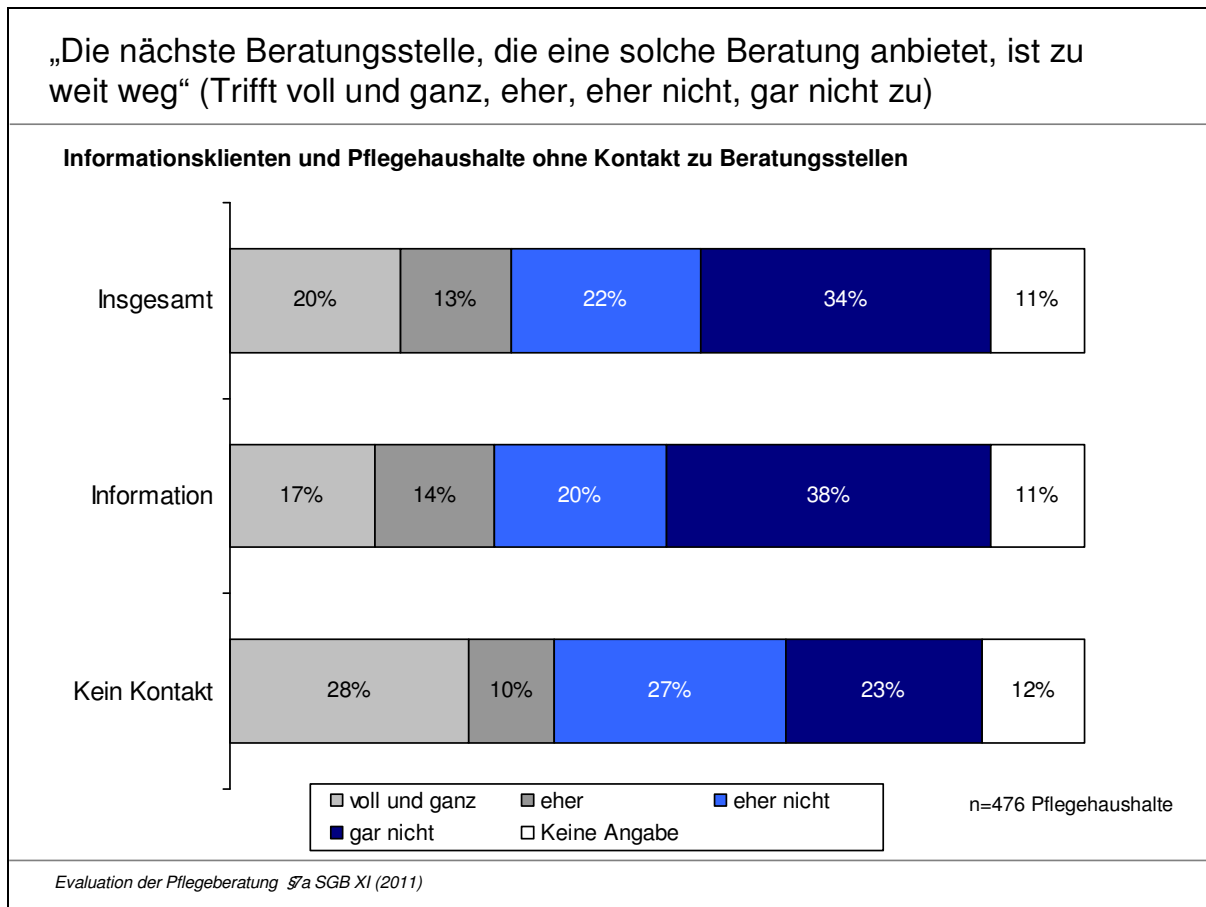
n = 470 Pflegehaushalte

5.5.2 Fehlender Zugang

Eine weitere Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer ausführlichen Beratung ist, dass ein Zugang zu einer Beratungsstelle besteht, die eine solche Beratung anbietet. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sich eine entsprechende Beratungsstelle im Wohnumfeld befindet und ohne größeren organisatorischen, zeitlichen und finanziellen Aufwand genutzt werden kann. Wie in Abschnitt 5.3.2 bereits dargestellt, haben 24 Prozent der Informationsklienten und derjenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, angegeben, dass es in ihrem Wohnumfeld keine Beratungsstelle gibt, an die sie sich im Zusammenhang mit der Pflege wenden können. Weitere 10 Prozent wissen nicht, ob es eine solche Beratungsstelle gibt.

Um zu erfahren, inwieweit fehlende Beratungsstellen im Wohnumfeld für diese Gruppe tatsächlich ein Grund dafür sind, dass sie keine Beratung genutzt haben, wurden sie gebeten anzugeben, inwieweit die Aussage „Die nächste Beratungsstelle, die eine solche Beratung anbietet, ist zu weit weg“ zutrifft. 20 Prozent haben angegeben, dass diese Aussage voll und ganz zutrifft und weitere 13 Prozent sagen, dass sie eher zutrifft. 11 Prozent haben dazu keine Angabe gemacht. Hierbei handelt es sich häufig um Haushalte, die nicht wussten, ob es in ihrem Wohnumfeld eine Beratungsstelle gibt. Fehlende Beratungsstellen im Wohnumfeld sind für diejenigen, die Beratungsstellen auch nicht zur Informationsbeschaffung genutzt haben, noch einmal häufiger ein Grund dafür, keine Beratung genutzt zu haben. Zwei Befragte haben in diesem Zusammenhang auch auf die für Berufstätige ungünstigen Öffnungszeiten der Beratungsstellen verwiesen.

Abbildung 57: Fehlender Zugang: Keine Beratungsstelle im Wohnumfeld



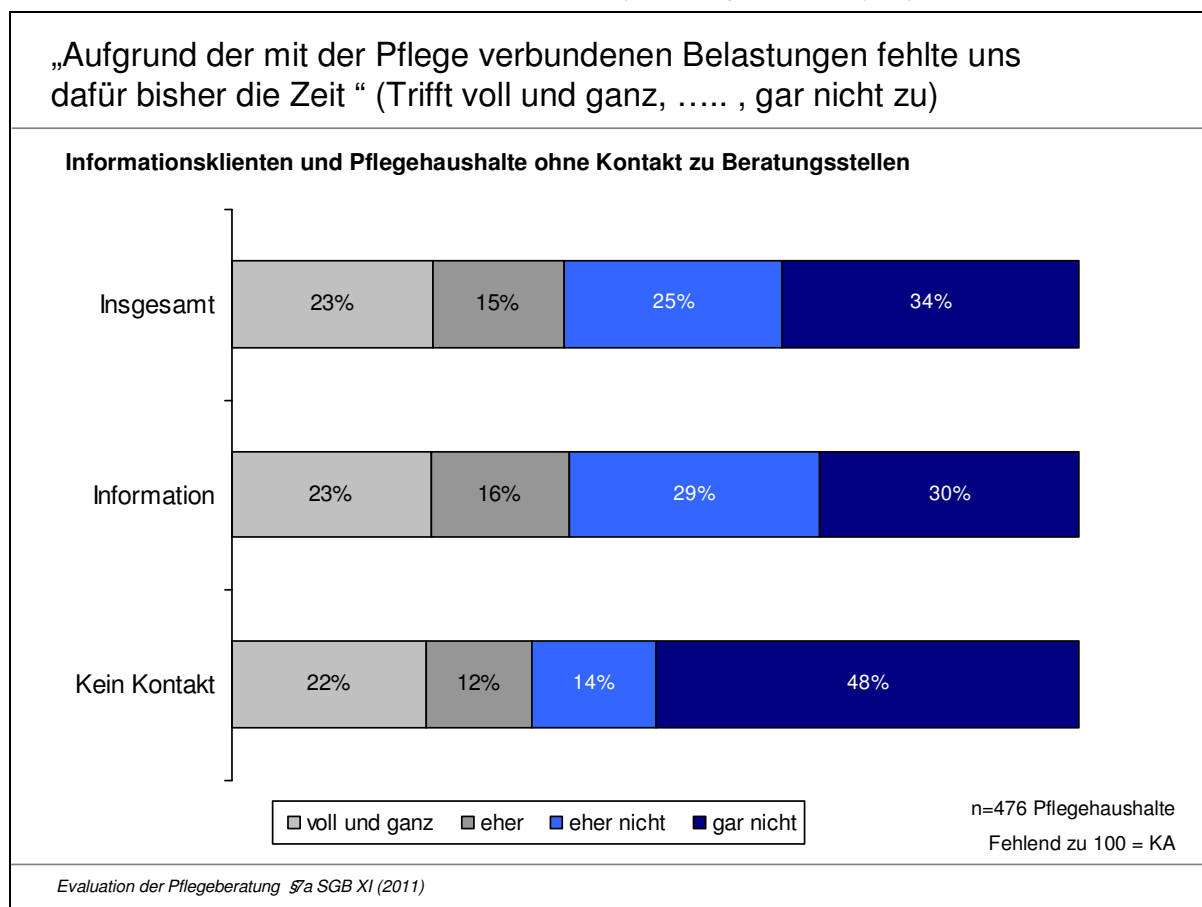
Weitere der genannten offene Nennungen weisen darauf hin, dass es insbesondere für Eltern pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher schwierig ist, Beratungsstellen zu finden, bei denen sie kompetent und individuell informiert werden.

Grundsätzlich soll die Pflegeberatung nach §7a Abs. 2 SGB XI auf Wunsch im Haushalt der pflegebedürftigen Person stattfinden. Damit ist eine Beratung auch dann möglich, wenn sich im Wohnumfeld keine Beratungsstelle befindet oder die pflegebedürftige Person aufgrund einer eingeschränkten Mobilität keine Beratungsstelle aufsuchen kann. Die offenen Angaben zu den Gründen dafür, dass keine Beratung genutzt wurde, weisen allerdings darauf hin, dass diese Möglichkeit nicht allen Pflegehaushalten bekannt ist. Deshalb ist es sinnvoll, von Seiten der Pflegekassen und des MDK gezielt auf die häusliche Beratung hinzuweisen.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Hemmschwelle, eine fremde Person in die Wohnung zu lassen, möglicherweise noch größer ist, als selber in einem ersten Schritt eine niedrigschwellige Beratungsstelle aufzusuchen.

Neben den objektiven Zugangshindernissen spielen auch subjektiv als Hindernisse wahrgenommene Faktoren eine Rolle. Fasst man die Antwortvorgaben „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ zusammen, so haben 38 Prozent angegeben, dass aufgrund der mit der Pflege verbundenen Belastungen bisher die Zeit für eine Beratung fehlte (ebenfalls Antwortvorgaben „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“).

Abbildung 58: Subjektives Zugangshindernis: Fehlende Zeit

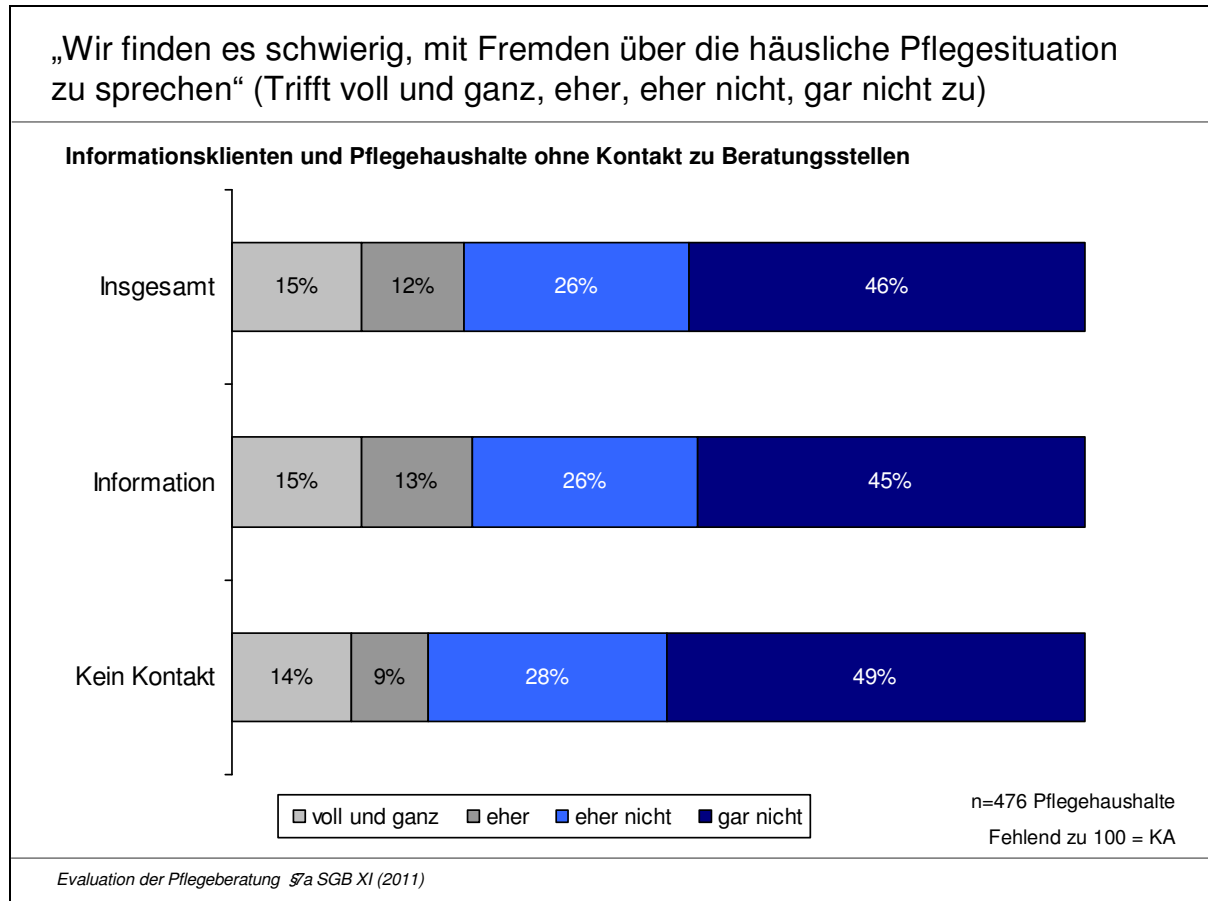


Der Anteil steigt mit zunehmender Pflegestufe. Während es bei Pflegestufe I 36 Prozent sind, nennen bei Pflegestufe II 43 Prozent und bei Pflegestufe III 46 Prozent fehlende Zeit als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme einer ausführlichen Beratung. Selbst wenn dies zum Teil ein vorge-schobenes Argument sein mag, so zeigt es doch, dass ein Teil der Pflegehaushalte durch die Pflegesituation stark belastet ist und nicht genügend Ressourcen übrig bleiben, um sich um Unterstützung zu kümmern. Auch in diesen Fällen wäre der Hinweis der Pflegekassen bzw. des MDK auf die Möglichkeit der häuslichen Beratung sicher hilfreich, zumal bei den offenen Nennungen von den privaten Pflegepersonen vereinzelt darauf verwiesen wurde, dass während des Besuchs in einer Beratungsstelle die Betreuung der pflegebedürftigen Person nicht gewährleistet wäre. Die Unterschiede zwischen Pflegehaushalten, die sich bei Beratungsstellen informiert haben und denen, die dies nicht getan haben, sind bei der Zustimmung (voll und ganz und eher zusammengefasst) nur gering. Höher ist bei denjenigen ohne Kontakt zur Beratungsstelle allerdings der Anteil derer, für die dieses Argument gar nicht zutrifft.

Darüber hinaus geben 27 Prozent der Informationsklienten und derjenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, an, dass sie es schwierig finden, mit Fremden über die häusliche Pflegesituation zu sprechen. Der Anteil ist unter denjenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, etwas niedriger als unter den Informationsklienten. An dieser Stelle zeigt sich eine sehr spezifische Barriere, die auch generell einer Nutzung von professionellen oder semi-professionellen Hilfen entgegensteht. Die Pflege der in der Regel eigenen Angehörigen, auf deren Stabilisierung die Leistungen der Pflegeversicherung primär abzielen, wird in diesem Fall als mehr oder weniger ausschließlich private Angelegenheit begriffen. Die „strong ties“ einer tiefen emo-

tionalen Bindung, die die familiären Beziehungen kennzeichnen (Coleman 1988) und die maßgeblich für die große Pflegebereitschaft von Angehörigen sind, wandeln sich hier zum Risikofaktor und stehen offenbar bei dieser Gruppe einer systematische Nutzung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten entgegen.

Abbildung 59: Schwierigkeit, mit Fremden über die häusliche Pflegesituation zu sprechen



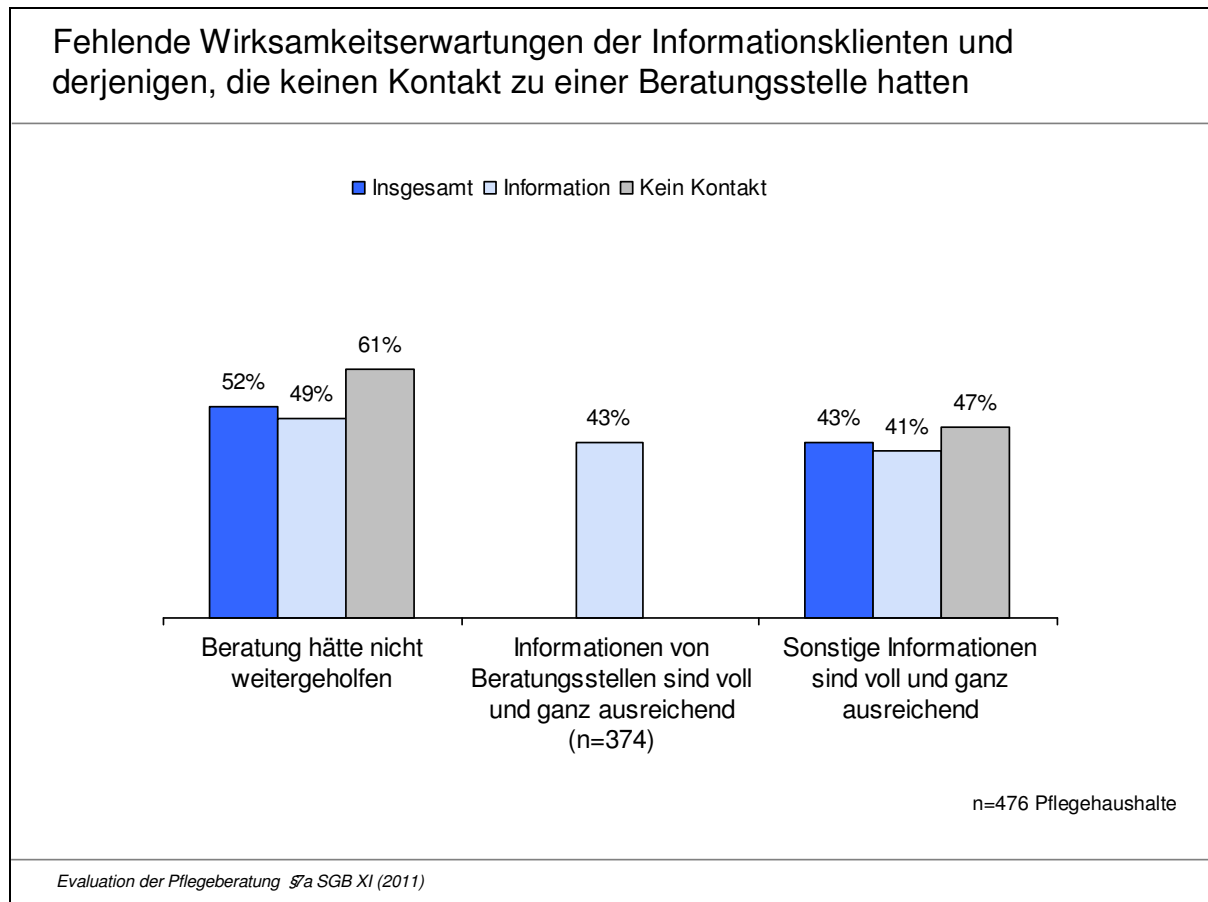
5.5.3 Fehlende Wirksamkeitserwartung

Damit Pflegehaushalte bereit sind, den mit einer Beratung verbundenen Aufwand auf sich zu nehmen, müssen sie davon überzeugt sein, dass der Nutzen die Anstrengungen überwiegt. Fehlt die Wirksamkeitserwartung im Sinne einer fehlenden Handlungs-Ergebnis-Erwartung oder ist diese allenfalls gering, so werden die Haushalte kaum den mit einer Beratung verbundenen Aufwand auf sich nehmen.

In der Studie gibt es fünf Indikatoren für eine fehlende Wirksamkeitserwartung. Zum einen wurden die Pflegehaushalte, die keine ausführliche Beratung genutzt haben, direkt gefragt, ob sie der Meinung sind, dass ihnen eine Beratung weitergeholfen hätte. 52 Prozent haben diese Frage verneint. Damit fehlt ihnen jegliche Motivation, eine Beratung in Anspruch zu nehmen. Der Anteil ist in der Gruppe derjenigen, die keinen Kontakt zu Beratungsstellen hatten, mit 61 Prozent besonders hoch. In diesem Zusammenhang wurde bei den offenen Nennungen zum Teil aber auch darauf verwiesen, dass eine Beratung deshalb nicht notwendig sei, weil die private Pflegeperson bereits über Erfahrungen in der Pflege verfügt, sei es durch eine entsprechende berufliche oder ehrenamtliche Tätigkeit oder durch langjährige Pflege innerhalb der Familie. Andere Pflegehaus-

halte haben darauf verwiesen, dass eine Beratung noch nicht nötig ist und die Pflege bislang auch so gut bewältigt werden kann.

Abbildung 60: Fehlende Wirksamkeitserwartungen

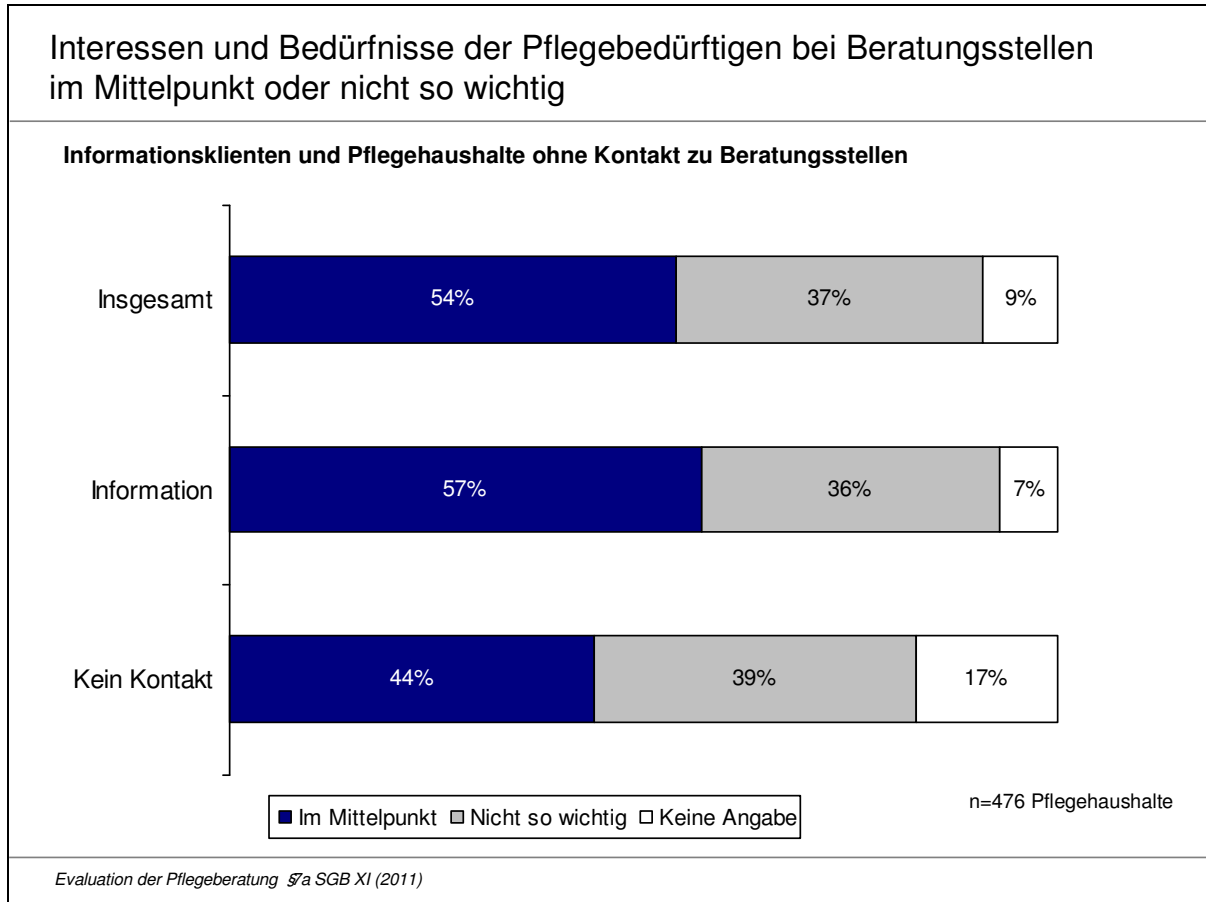


Diejenigen, die eine Beratungsstelle genutzt haben, um sich zu informieren, sollten ferner angeben, inwieweit die Aussage „Die Informationen, die wir bei der Beratungsstelle erhalten haben, sind ausreichend“ zutrifft. 43 Prozent von ihnen haben angegeben, dass die Aussage voll und ganz zutrifft. Auch sie sehen also keinen Beratungsbedarf. Für weitere 32 Prozent trifft die Aussage zumindest eher zu.

Alle, die keine ausführliche Beratung genutzt haben, wurden gefragt, inwieweit die Informationen, die sie sich „auf anderem Wege“ beschafft haben, ausreichend sind. 43 Prozent haben angegeben, dass dies voll und ganz zutrifft. Für weitere 32 Prozent trifft dies zumindest eher zu.

Zwei weitere Fragen beziehen sich auf das Vertrauen, das den Beratungsstellen und den dort tätigen Beratern entgegengebracht wird. So sollten diejenigen, die keine ausführliche Beratung genutzt haben, die Frage beantworten, ob sie glauben, dass die Interessen und Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf bei den Beratungsstellen im Mittelpunkt stehen oder ob die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf dort nicht so wichtig sind.

Abbildung 61: Fehlende Berücksichtigung der Interessen der Menschen mit Pflegebedarf



37 Prozent sind der Meinung, dass die Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf in den Beratungsstellen nicht so wichtig sind, weitere 9 Prozent konnten oder wollten dies nicht einschätzen. Dieser Anteil ist in der Gruppe derjenigen, die Beratungsstellen auch nicht zum Zwecke der Information genutzt haben, mit 17 Prozent noch einmal höher. Es ist davon auszugehen, dass hier eine Einschätzung aufgrund der fehlenden Erfahrungen mit Beratungsstellen besonders schwer fiel.

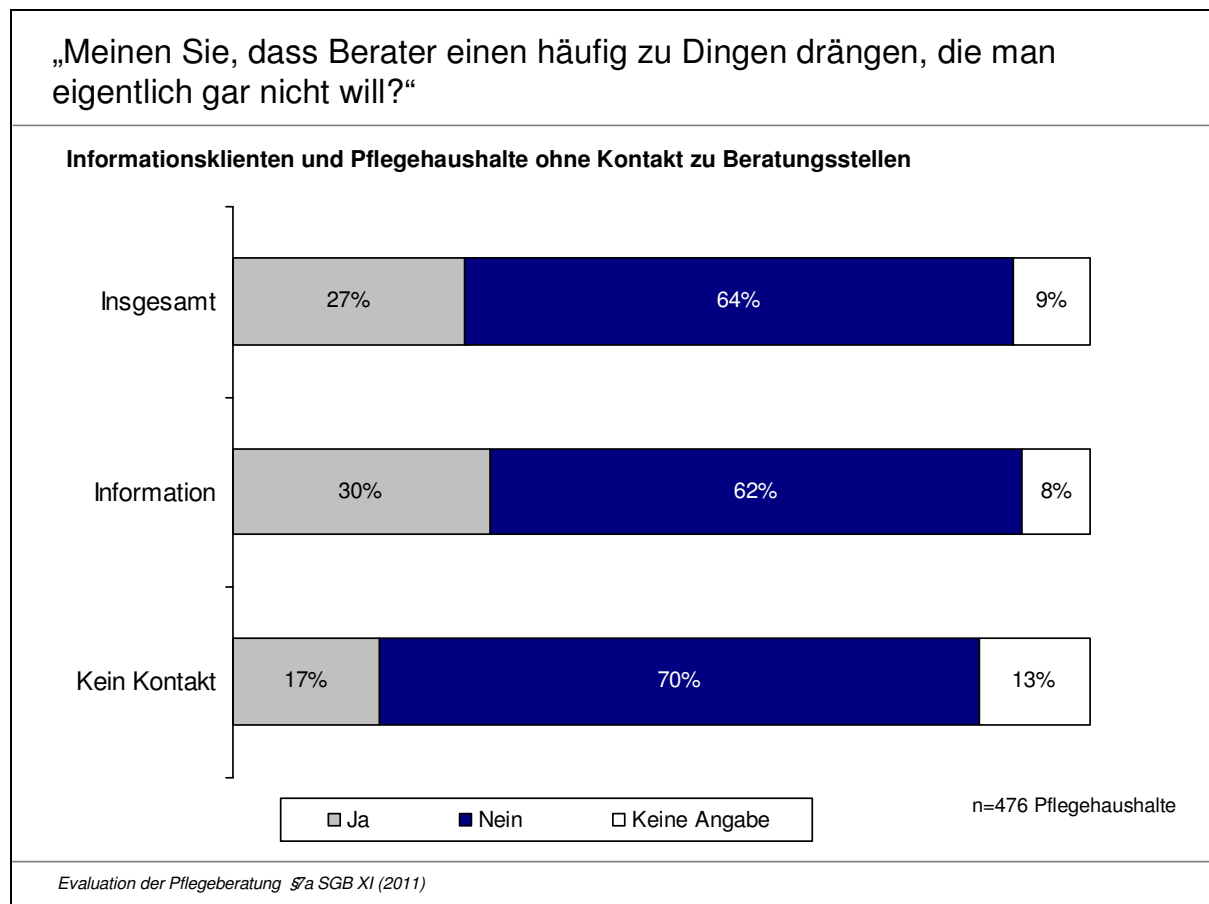
Bei den offenen Nennungen wurde in diesem Zusammenhang zum Teil auf schlechte Erfahrungen mit Beratungsstellen verwiesen. Hier wurden fehlende Fachkenntnis ebenso genannt wie ein unfreundlicher Umgang mit den Klienten („Wir wurden schon so oft bei verschiedenen Stellen rüde behandelt und abgefertigt, dass wir keine andere Hilfe mehr in Anspruch nehmen möchten und uns lieber alleine um unsere Tochter kümmern.“).

Die zweite Frage bezog sich auf die Einschätzung der Einstellung des Beraters. 27 Prozent derjenigen, die keine ausführliche Beratung genutzt haben, sind der Meinung, dass Berater einen häufig zu Dingen drängen, die man eigentlich gar nicht will. Der Anteil ist unter denjenigen, die sich bei einer Beratungsstelle informiert haben, mit 30 Prozent erheblich höher als in der Gruppe derjenigen, die keinen Kontakt mit Beratungsstellen hatten. Hier mögen bereits im Rahmen der Informationsbeschaffung gemachte Erfahrungen mit Beratungsstellen eine Rolle spielen. In welchem Ausmaß dies der Fall ist, lässt sich anhand der Daten aber nicht genau sagen.

Dass in der Gruppe derjenigen, die sich nicht bei Beratungsstellen informiert haben, mit 13 Prozent ein überdurchschnittlich hoher Anteil diese Frage nicht beantworten konnte oder wollte,

wird wie auch bei der vorangegangenen Frage zumindest teilweise auf die fehlenden Erfahrungen mit Beratungsstellen zurückzuführen sein.

Abbildung 62: Drängen des Beraters zu Dingen, die man nicht will



5.6 Ablauf und Inhalte der ausführlichen Beratung

Der folgende Abschnitt beschreibt den Ablauf der Beratung. Er stellt im Einzelnen dar

- wann die Gespräche stattfanden (vor oder seit Einführung des individuellen Anspruchs auf Pflegeberatung),
- ob die Gespräche persönlich oder telefonisch erfolgten,
- ob und wenn ja, wie viele weitere Kontakte es mit dem Berater gab, und
- wer von Seiten des Pflegehaushalts an der Beratung teilnahm.

5.6.1 Zeitpunkt der Beratung

44 Prozent der ausführlichen Beratungsgespräche fanden vor 2009 und damit vor Einführung des Rechtsanspruchs auf eine umfassende und individuelle Pflegeberatung nach §7a SGB XI statt, 54 Prozent erfolgten ab 2009 und zwei Prozent der Befragten haben hierzu keine Angabe gemacht. Auch berichteten die Pflegehaushalte nicht erst seit 2009 über Fallmanagement in der Beratung. Dies zeigt, dass bereits vor 2009 eine Beratungskultur zur häuslichen Pflege existierte und von den Betroffenen genutzt wurde.

Tabelle 32: Zeitpunkt der ausführlichen Beratung
(Angaben in %)

	Insgesamt	Davon mit	
		Fallmanagement	Beratung
vor 2001	9	11	8
2001 bis- 2005	13	14	13
2006 bis 2008	22	22	22
2009 bis 2011	54	49	56

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011) n = 470; Fehlend zu 100 = Keine Angabe

Wie bereits ausgeführt lassen diese querschnittlich erhobenen Befunde nicht den Rückschluss zu, dass früher sogar mehr Fallmanagement stattgefunden hätte. Eher trifft das Gegenteil zu (vgl. dazu Abschnitt 5.3.4). Diejenigen Pflegebedürftigen, die bereits vor 2009 eine ausführliche Beratung genutzt haben, sind schon deutlich länger pflegebedürftig und auch häufiger in einer höheren Pflegestufe eingruppiert. Dies erklärt maßgeblich, warum von den Fallmanagement-Klienten gemäß Tabelle 10 im Vergleich zu den Beratungs-Klienten der größere Anteil bereits vor 2009 beraten worden ist.

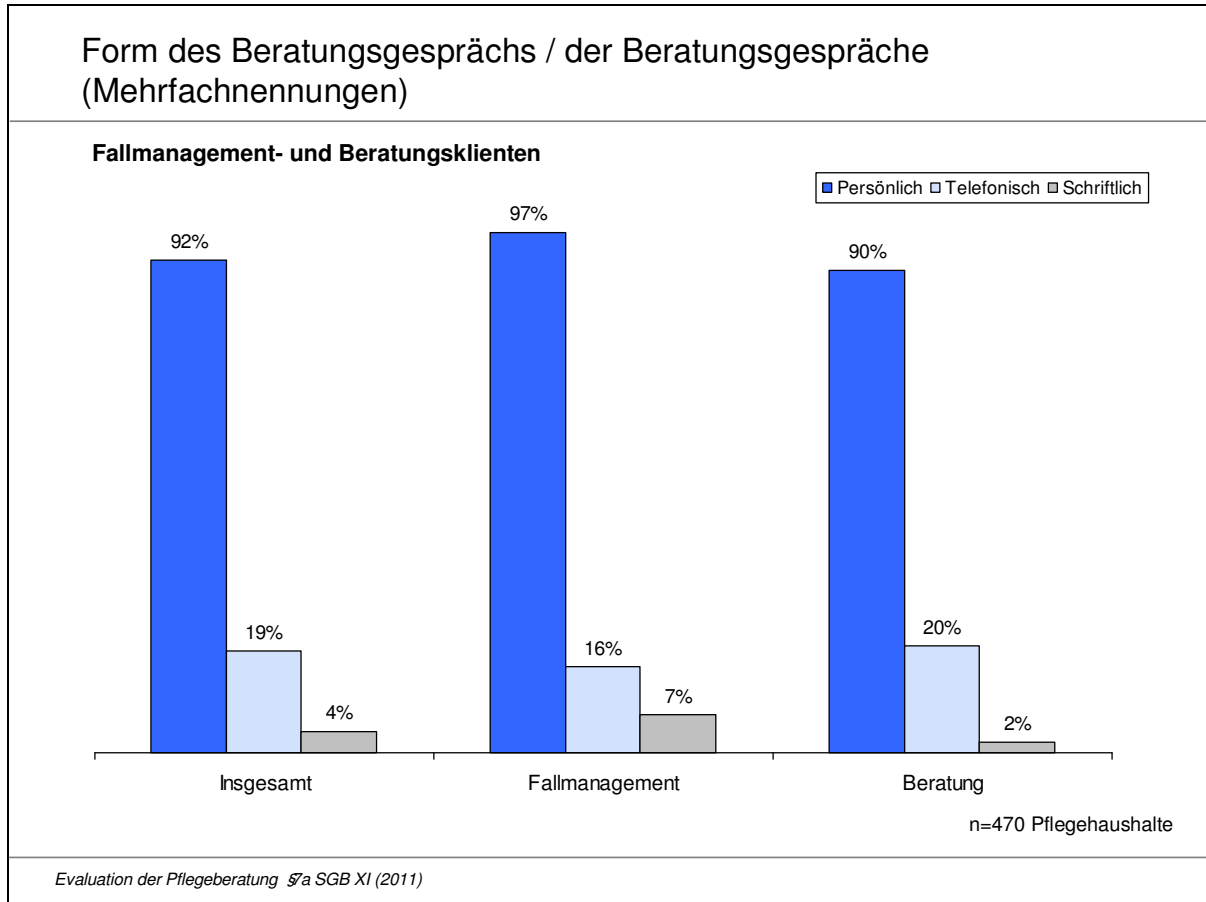
5.6.2 Form und Ort des Beratungsgesprächs

Eine ausführliche und individuelle Beratung wird in der Regel ein persönliches Gespräch erforderlich machen.⁴⁴ Dies umso mehr, da ja auch nach §7a, Abs. 2 SGB XI auf Wunsch eine Beratung in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen ist. Entsprechend berichtet die überwiegende Zahl der Fallmanagement- und Beratungsklienten, dass das Beratungsgespräch – bzw. bei mehreren Kontakten mindestens eines der Gespräche – persönlich stattfand.

Bei den Fallmanagementklienten sind es mit 97 Prozent fast alle in dieser Gruppe. Doch auch bei 90 Prozent der Beratungsklienten fand mindestens ein Gespräch persönlich statt. Daneben gab es zum Teil noch telefonische oder schriftliche Kontakte. Eine ausschließlich schriftliche Beratung wurde nicht genannt. Wenn kein persönlicher Kontakt erfolgte, so fand die Beratung zumindest telefonisch statt.

⁴⁴ Wie bereits dargestellt beziehen sich die Ergebnisse nur auf die (pflegebedürftigen) Klienten, die eine ausführliche Beratung genutzt haben. Informationsklienten, die häufig nur telefonisch anfragen, sind hier nicht mit einbezogen. Gefragt wurde nach dem wichtigsten Gespräch. Zusätzliche telefonische Vorkontakte, Terminvereinbarungen etc. sind hier ebenfalls nicht mit einbezogen.

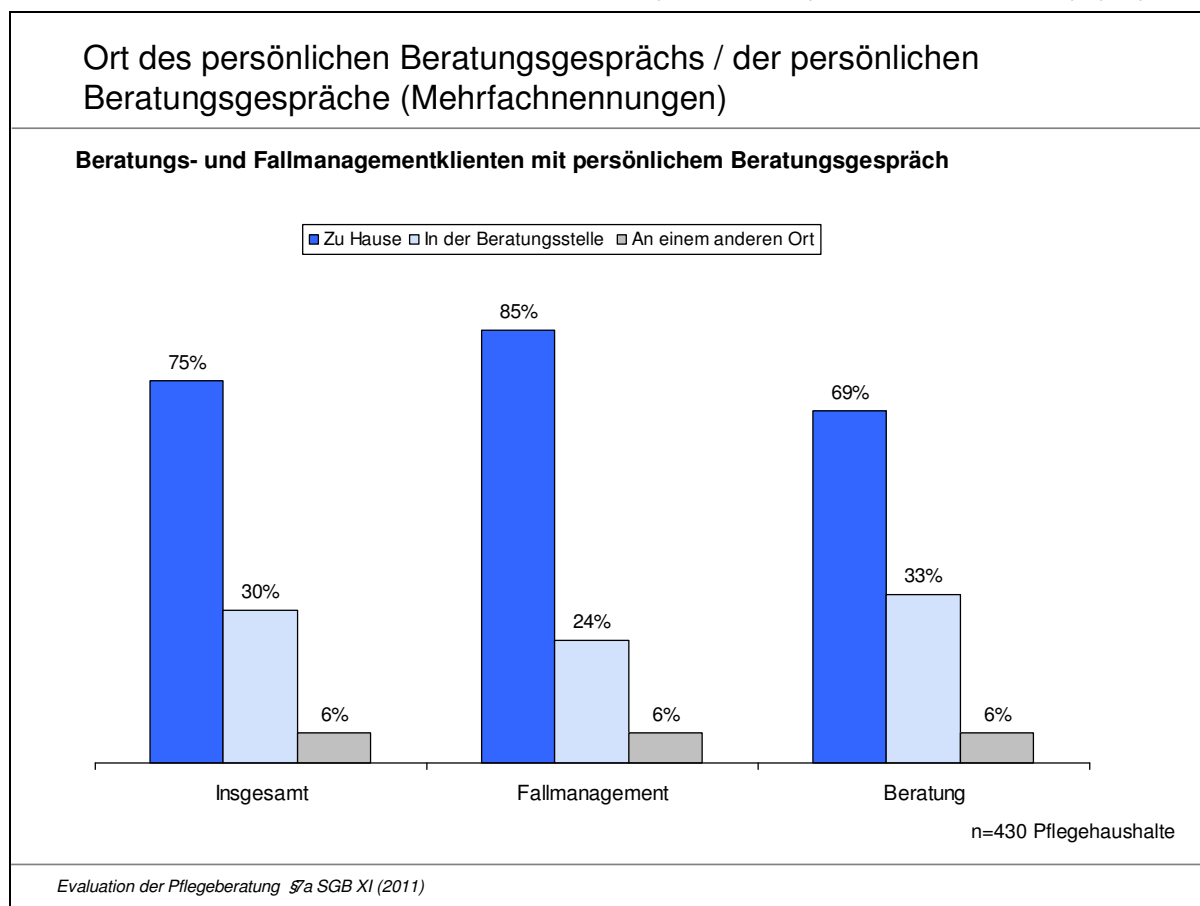
Abbildung 63: Form des Beratungsgesprächs / der Beratungsgespräche



Nach §7a Abs. 2 SGB XI soll die Pflegeberatung auf Wunsch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Damit können in der Regel auch Pflegebedürftige, die nicht mehr mobil sind, eine Pflegeberatung erhalten bzw. neben den (pflegenden) Angehörigen an der Pflegeberatung teilnehmen. Gleichzeitig erleichtert die Pflegeberatung zu Hause die Inanspruchnahme durch pflegende Angehörige, die durch die Pflege so stark eingespannt sind, dass eine Beratung außer Haus mit erheblichen zusätzlichen Belastungen verbunden wäre. Ein weiterer Vorteil einer Beratung im häuslichen Umfeld ist, dass der Berater so einen besseren Einblick in die häusliche Pflegesituation bekommt und damit noch einmal gezielter und individueller beraten kann.

Drei Viertel derjenigen, die persönlich beraten wurden, haben angegeben, dass mindestens eines der Beratungsgespräche zu Hause stattfand. Betrachtet man nur die Beratungsgespräche, die 2009 und später stattfanden, so liegt der Anteil sogar bei 81 Prozent. Wie bereits dargestellt handelt es sich bei denjenigen, die vor 2009 beraten wurden um Personen, die bereits deutlich länger pflegebedürftig und auch in einer höheren Pflegestufe eingruppiert sind. Von daher hätte man bei unveränderten Rahmenbedingungen eher für diese Gruppe einen höheren Anteil an Beratung in der eigenen Häuslichkeit erwartet. Von daher dürfte der Anstieg der Beratungen zu Hause vorrangig auf den 2009 in Kraft getretenen §7a, SGB XI zurückzuführen sein.

Abbildung 64: Ort des persönlichen Beratungsgesprächs



Der Anteil der Klienten, die zu Hause beraten wurden, ist bei denjenigen mit Fallmanagement mit 85 Prozent erheblich höher als unter den Beratungsklienten. Von ihnen berichten nur 69 Prozent, dass mindestens eines der persönlichen Gespräche zu Hause stattfand.

Lediglich sieben Prozent derjenigen, die zwar persönlich, aber nicht zu Hause beraten wurden, hatten um einen Beratungstermin zu Hause gebeten. Hierbei handelt es sich um neun Pflegehaushalte in der Stichprobe, von denen nur zwei angegeben haben, dass der Berater für die nicht erfolgte häusliche Beratung verantwortlich war. Der Wunsch nach einer Beratung zu Hause wird damit in der Regel erfüllt. Dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Möglichkeit der Beratung im häuslichen Umfeld zum Teil nicht bekannt ist und deshalb auch nicht eingefordert werden kann. Die offenen Angaben der Informationsklienten und derjenigen, die keinen Kontakt zu Beratungsstellen hatten, weisen darauf hin, dass dieses fehlende Wissen ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Beratungsleistungen ist.

5.6.3 Zahl der Kontakte

Für einen Teil der Pflegebedürftigen ist ein einmaliger Kontakt mit dem Berater ausreichend. Doch gerade dann, wenn es nicht nur um die Bewältigung eines einzelnen Problems geht, sondern ein komplexer Hilfe- und Unterstützungsbedarf besteht, ist eine mittel- oder langfristige Begleitung sinnvoll, um eine nachhaltige Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation zu bewirken. Dabei ist es die Aufgabe des Beraters, einzuschätzen ob eine weitere Begleitung und Unterstützung bis hin zu einem Fallmanagement erforderlich ist, und bei Bedarf entsprechende Angebote zu ma-

chen bzw. Vereinbarungen zu treffen. Nach §7a, Abs. 1, Punkt 4 SGB XI ist es in diesem Zusammenhang eine der Aufgaben der Pflegeberatung, „die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen“. Dies setzt weitere Kontakte zwischen dem Berater und der pflegebedürftiger Person bzw. ihren Angehörigen voraus.

64 Prozent derjenigen, die eine ausführliche Beratung zur häuslichen Pflegesituation genutzt haben, hatten noch mindestens einen weiteren Kontakt mit dem Berater. Der Anteil ist unter den Fallmanagementklienten mit 83 Prozent erheblich höher als in der Gruppe der Beratungsklienten, von denen lediglich 55 Prozent einen oder mehrere Folgekontakte hatten. Von den Fallmanagementklienten mit weiterem Kontakt zu dem Berater hatten 76 Prozent drei oder mehr weitere Kontakte. Dies zeigt, dass ein Fallmanagement besonders häufig mit einer langfristigen Begleitung durch den Berater verbunden ist.

Berücksichtigt man auch die bereits vereinbarten und zum Zeitpunkt der Befragung noch ausstehenden Kontakte, so erhöht sich der Anteil derjenigen mit Folgekontakt noch einmal geringfügig.

Lediglich 16 Prozent derjenigen ohne einen zweiten (vereinbarten) Kontakt mit dem Berater hätten gerne einen weiteren Kontakt gehabt. Von den 84 Prozent, die keinen weiteren Kontakt wollten, haben 92 Prozent angegeben, dass kein weiterer Kontakt nötig war. Lediglich acht Prozent wollten aus anderen Gründen keinen weiteren Kontakt. Konkret genannt wurde u. a., dass der Berater nicht ausreichend qualifiziert gewesen sei, dass die Beratung nicht hilfreich gewesen wäre, dass der Berater nicht auf die individuelle Situation eingegangen sei und dass es darum gegangen sei, möglichst wenig Geld für die Pflege aufzuwenden.

Tabelle 33: Weitere Kontakte mit dem Berater
(Angaben in %)

	Insgesamt	Davon mit	
		Fallmanagement	Beratung
Bisher kein weiterer Kontakt mit dem Berater	36	17	45
Weiterer Kontakt mit dem Berater	64	83	55
davon			
ein weiterer Kontakt	11	6	14
zwei weitere Kontakte	23	18	26
drei und mehr weitere Kontakte	66	76	59
Kein weiterer Kontakt erfolgt oder vereinbart	34	15	43
Weiterer Kontakt erfolgt oder vereinbart	66	85	57

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011) n = 470 ; Fehlend zu 100 = Keine Angabe

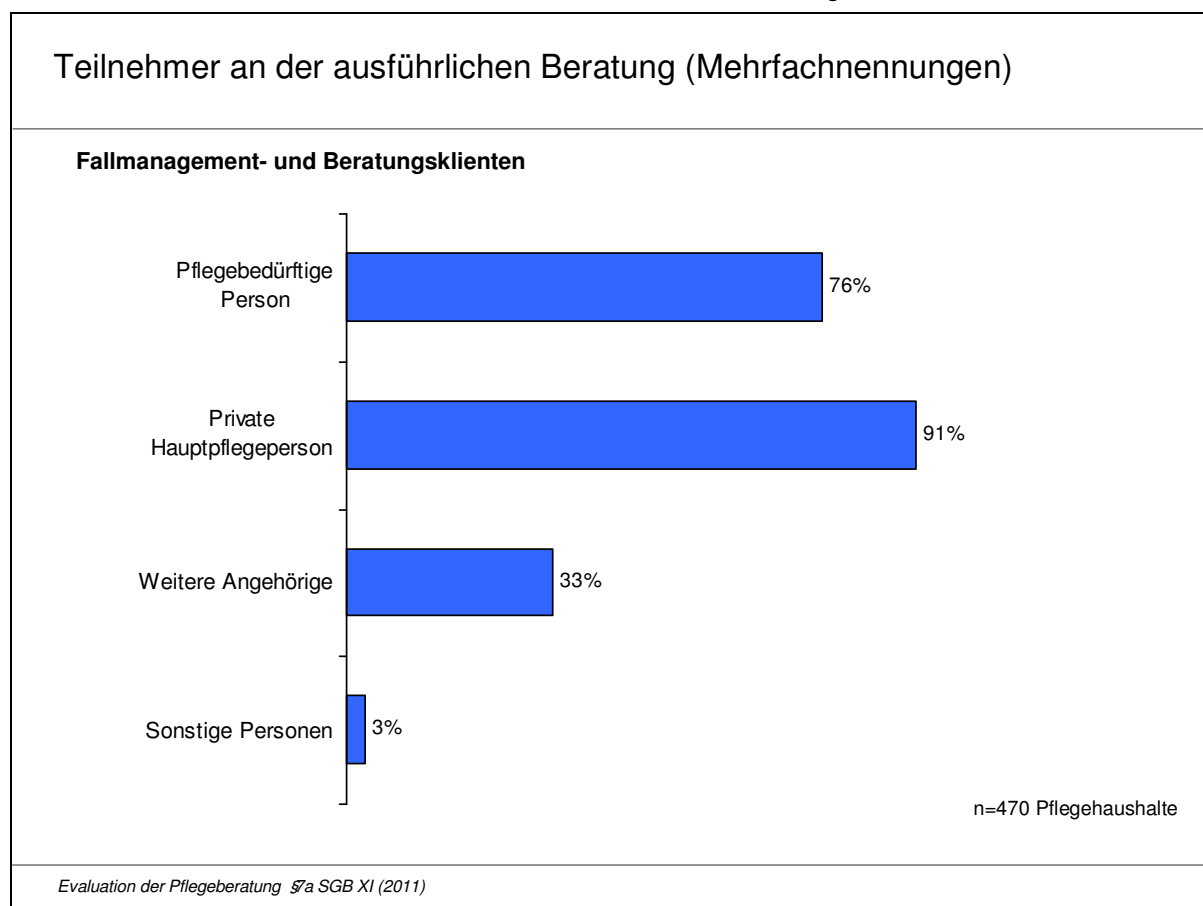
5.6.4 Teilnehmer an der Beratung

Der Anspruch auf Pflegeberatung nach §7a SGB XI ist zunächst ein Rechtsanspruch der pflegebedürftigen Person. Nach §7a, Abs. 2 SGB XI erfolgt die Pflegeberatung auf Wunsch aber unter

Einbeziehung von Dritten, insbesondere von Angehörigen und Lebenspartnern. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass dies auch ganz überwiegend umgesetzt wird. Wenn die pflegebedürftige Person durch eine private Hauptpflegeperson unterstützt wird, so hat diese in der Regel auch an der ausführlichen Beratung zur häuslichen Pflegesituation teilgenommen. Die pflegebedürftige Person selber war bei gut drei Viertel der Beratungen dabei. Ihre Teilnahme sinkt mit zunehmender Pflegestufe. Während in Pflegestufe I 81 Prozent und in Pflegestufe II 74 Prozent der Pflegebedürftigen an der Beratung teilgenommen haben, sind es in Pflegestufe III nur noch 57 Prozent. Mit höherer Pflegestufe steigt hingegen der Anteil weiterer Angehöriger, die an der Beratung teilgenommen haben.

Im Rahmen eines Fallmanagements waren im Durchschnitt mehr Personen in das Beratungsgeschehen eingebunden. In 42 Prozent der Beratungen nahmen hier neben der pflegebedürftigen Person und der privaten Hauptpflegeperson weitere Angehörige teil. In 87 Prozent der Fälle – und damit überdurchschnittlich häufig – nahm die pflegebedürftige Person selber an der Beratung teil. In der Gruppe der Beratungsklienten gilt dies nur für 71 Prozent der Beratungen.

Abbildung 65: Teilnehmer an der Beratung



Damit ist ein Fallmanagement nicht nur im Hinblick auf die Beratungsinhalte umfassender, sondern bezieht auch häufiger möglichst viele der an der häuslichen Pflegesituation Beteiligten mit ein. Dies ist wichtig, damit sowohl die Bedürfnisse und Interessen der pflegebedürftigen Person, als auch der pflegenden Angehörigen angemessen berücksichtigt werden können und so tragfähige und nachhaltige Ansätze zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation entwickelt werden können.

Tabelle 34: Teilnehmerkonstellation nach Beratung und Fallmanagement
(Angaben in %)

	Insgesamt	Davon mit	
		Fallmanagement	Beratung
Die pflegebedürftige Person und die Hauptpflegeperson	42	38	43
Die pflegebedürftige Person, die Hauptpflegeperson und weitere Person(en)	26	42	18
Nur die Hauptpflegeperson	18	9	22
Nur die pflegebedürftige Person	5	2	7
Die Hauptpflegeperson und weitere Person(en)	6	4	7
Die pflegebedürftige Person und weitere Person(en)	3	5	3

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

5.6.5 Inhalte und Leistungen der ausführlichen Beratung

Seit 1.1.2009 haben Pflegebedürftige nach §7a SGB XI einen Rechtsanspruchs auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Bereits vor der Einführung der Pflegeberatung nach §7a SGB XI war es nach §7 SGB XI Aufgabe der Pflegekassen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen 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. Dabei sollten die Menschen mit Pflegebedarf auch darüber informiert werden, welche Pflegeleistungen für sie in ihrer persönlichen Situation in Betracht kommen. Betrachtet man zunächst die einzelnen Informationen über die vielfältigen Leistungen der verschiedenen Träger im Zusammenhang mit der häuslichen Pflegesituation, so zeigt sich, dass die verschiedenen Leistungen in den ausführlichen Beratungsgesprächen unterschiedlich häufig benannt werden.

Mit Abstand am häufigsten hat der Berater über die **Leistungen der Pflegeversicherung** informiert. 89 Prozent derjenigen mit ausführlicher Beratung zur häuslichen Pflegesituation haben angegeben, dass sie diese Leistung im Rahmen der Beratung erhalten haben. Hier wie auch im Folgenden wurden jeweils die Antworten „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ zusammengefasst. Eine Differenzierung der Antwortvorgaben findet sich in Abbildung 66.

Notwendige Voraussetzung für eine umfassende und bedarfsgerechte Beratung der Pflegehaushalte ist es, dass der Berater die häusliche Pflegesituation und den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf kennt. Entsprechend sieht §7a SGB XI vor, dass der Pflegeberater im Rahmen der Beratung den **Hilfebedarf systematisch erfasst und analysiert**. Dies wurde bei den ausführlichen Beratungen ganz überwiegend umgesetzt. 87 Prozent der Beratenen haben angegeben, dass der Berater den bestehenden Hilfebedarf ausführlich mit ihnen besprochen hat.

Ferner sieht §7a SGB XI vor, dass ein **individueller Versorgungsplan** mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen erstellt wird. Weitere Aufgabe des Pflegeberater ist es, auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen. Letzteres setzt eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Klienten voraus.

Ein Versorgungsplan wurde für 47 Prozent derjenigen, die eine ausführliche Beratung genutzt haben, erstellt. In der Regel hat der Berater die Umsetzung des Versorgungsplans mit den Betroffenen besprochen und Hilfestellung bei möglichen Problemen gegeben.

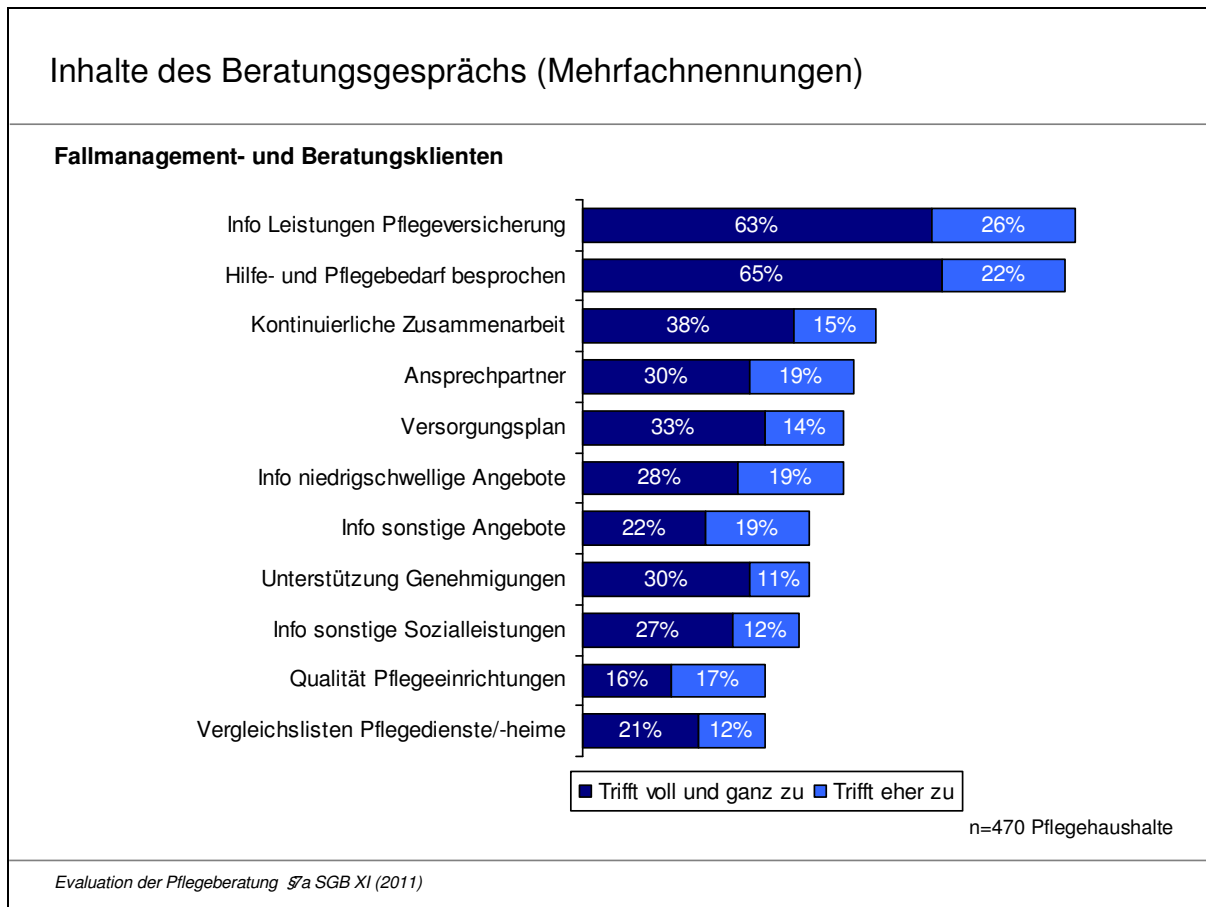
Nicht nur im Rahmen eines Versorgungsplans, sondern auch bei Beratungen zu einzelnen Leistungen und Angeboten im Zusammenhang mit der häuslichen Pflege kann es für die Menschen mit Pflegebedarf hilfreich sein, wenn der Berater sie bei der Einholung von Genehmigungen unterstützt und notwendige Ansprechpartner benennt oder den Kontakt zu ihnen herstellt. 41 Prozent derjenigen, die eine ausführliche Beratung erhalten haben, wurden von dem Berater bei der Einholung von Genehmigungen unterstützt und 49 Prozent wurden durch die Nennung von Ansprechpartnern bzw. die Herstellung der entsprechenden Kontakte unterstützt. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Berater haben 53 Prozent der ausführlich Beratenen vereinbart.

Über **sonstige Sozialleistungen** wie z. B. Wohngeld oder Grundsicherung wurden 39 Prozent der Pflegebedürftigen informiert. Etwas höher waren mit 47 und 41 Prozent die Anteile derjenigen, die Informationen über **niedrigschwellige Betreuungsangebote** bzw. **sonstige Unterstützungsangebote** wie z. B. Vereine und Selbsthilfegruppen erhalten haben (auch hier wurden jeweils die Antwortvorgaben „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ zusammengefasst).

Nach §7, Abs. 3 SGB XI ist es ferner Aufgabe der Pflegekassen, den Pflegebedürftigen nach Eingang des Antrags eine **Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen** zukommen zu lassen und sie auf die **Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen** hinzuweisen. Im Rahmen der ausführlichen Beratungen haben die Pflegehaushalte diese Unterlagen mit jeweils 33 Prozent relativ selten erhalten.

Fallmanagementklienten haben die genannten Leistungen jeweils erheblich häufiger als Beratungsklienten erhalten. Dies gilt nicht nur für die Leistungen, die für die Abgrenzung der Fallmanagementklienten herangezogen wurden und die nach dieser Definition alle Fallmanagementklienten erhalten haben, sondern auch für die anderen Informations- und Unterstützungsleistungen. Damit ist die Beratung der Fallmanagementklienten im Vergleich zu den Beratungsklienten erheblich umfassender und breiter angelegt.

Abbildung 66: Inhalte des Beratungsgesprächs



Ob Leistungen, die nicht erbracht wurden, im jeweiligen Einzelfall hilfreich und notwendig gewesen wären, lässt sich anhand der Daten natürlich nicht eindeutig sagen. Dass Fallmanagementklienten mit der Beratung zufriedener sind als Beratungsklienten zeigt allerdings, dass eine umfassende Beratung von den Betroffenen als hilfreicher erlebt wird. Insgesamt ist es schon bemerkenswert, dass der Hilfe- und Pflegebedarf und die verfügbaren Leistungen der Pflegeversicherung bei so gut wie jedem Pflegehaushalt angesprochen wurden, während nicht einmal jeder Zweite, trotz des vorhandenen Pflegebedarfs, auf Informationen zum Beispiel zu niedrigschwelligen Hilfeangeboten im Wohnumfeld (wie zum Beispiel Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer etc.) und sogar noch weniger auf sonstige Unterstützungsangebote (z.B. von Vereinen, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Initiativen etc.) verweist.

Insgesamt scheint nach wie vor die Breite der Beratung unterentwickelt, was unter anderem auch an fehlenden Kenntnissen bei den Beratern über vorhandene Hilfeangebote im Wohnumfeld liegen dürfte (vgl. dazu auch Stiftung Warentest 2010).

Tabelle 35: Inhalte des Beratungsgesprächs nach Beratung und Fallmanagement
(Mehrfachnennungen, Angaben in %)

	Insgesamt	Davon mit	
		Fallmanagement	Beratung
Der Berater hat über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert.	89	97	85
Der Berater hat den bestehenden Hilfe- und Pflegebedarf ausführlich mit uns besprochen.	87	100	80
Wir haben mit dem Berater eine kontinuierliche Zusammenarbeit vereinbart.	53	100	30
Der Berater hat die notwendigen Ansprechpartner, z. B. bei Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen oder Wohnberatungsstellen, genannt oder entsprechende Kontakte hergestellt.	49	64	42
Der Berater hat einen Versorgungsplan mit Empfehlungen für individuelle Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen erstellt.	48	100	22
Wenn Versorgungsplan erstellt (Basis n = 227): Der Berater hat mit uns die Umsetzung des Versorgungsplans besprochen und Hilfestellungen bei möglichen Problemen gegeben.	94	100	81
Wir haben Informationen speziell über niedrigschwellige Betreuungsangebote wie z. B. Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer im Wohnumfeld erhalten.	47	66	37
Der Berater hat uns bei der Einholung von Genehmigungen unterstützt.	41	69	27
Wir haben Informationen über sonstige Unterstützungsangebote erhalten, also z. B. über Vereine, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Initiativen.	41	61	31
Der Berater hat über sonstige Sozialleistungen, wie z. B. Wohngeld oder Grundsicherung informiert.	39	54	32
Wir haben Informationen über Veröffentlichungen zur Qualität der Pflegeeinrichtungen erhalten.	33	54	22
Wir haben Vergleichslisten für ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime erhalten.	32	56	20

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

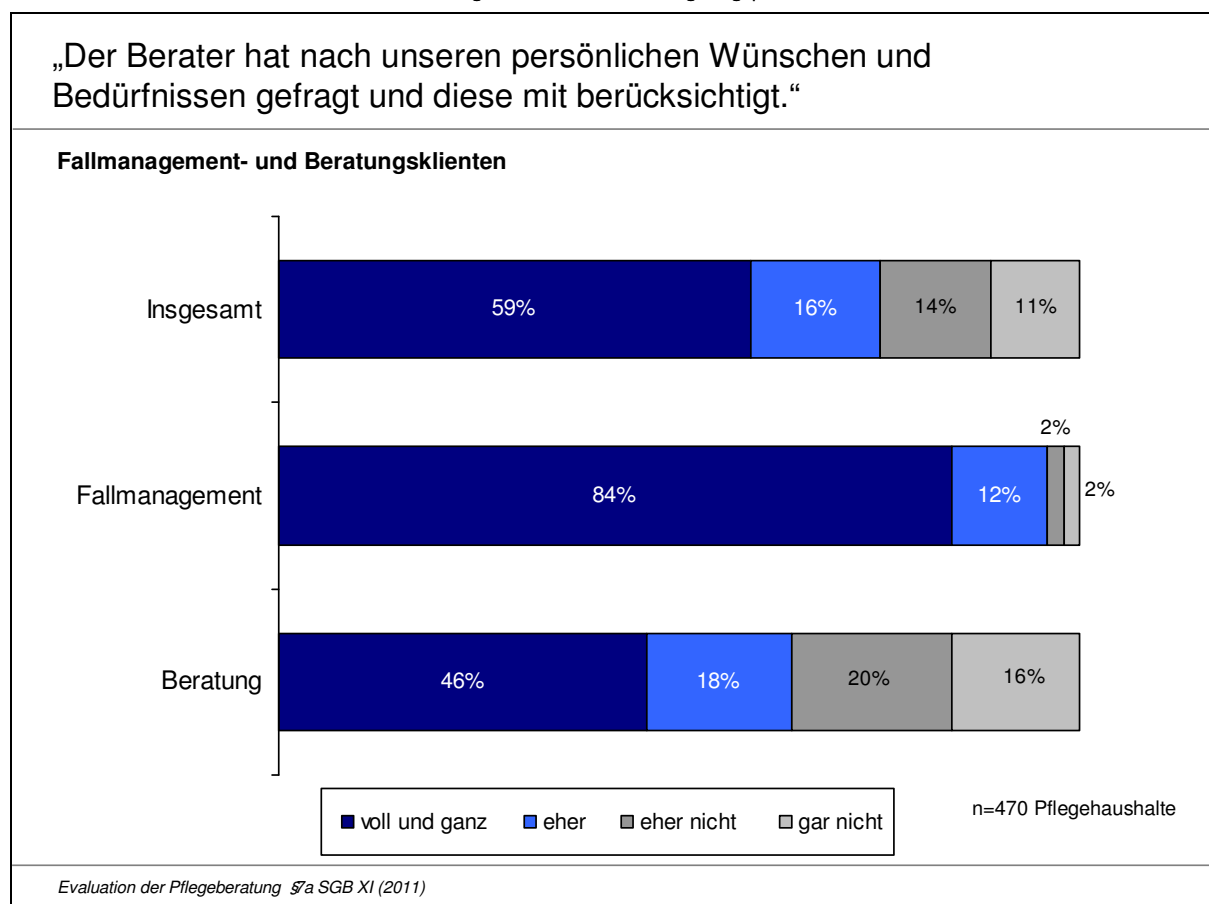
n = 470 Pflegehaushalte

Neben den Inhalten der Beratung wurden auch einzelne Beratungsmerkmale erfasst, die das Verhalten des Beraters aus der Sicht der Betroffenen widerspiegeln. Auffällig sind dabei die teilweise erheblichen Unterschiede zwischen den Beratungs- und Fallmanagementklienten.

59 Prozent derjenigen, die eine ausführliche Beratung genutzt haben, geben an, dass die Aussage „Der Berater hat nach unseren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen gefragt und diese mit berücksichtigt“ für die Beratung voll und ganz zutrifft. Weitere 16 Prozent sind der Meinung, sie trifft eher zu. In der Gruppe der Fallmanagementklienten ist die Zustimmung erheblich höher. Hier sind lediglich vier Prozent der Meinung, dass der Berater eher nicht oder gar nicht nach ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen gefragt und diese mit berücksichtigt hat. Bei den Beratungsklienten sind es hingegen 36 Prozent. Dies zeigt, dass das Fallmanagement aus der Sicht der Betroffenen noch individueller angelegt werden kann als die Beratungen.

Dass den Klienten die Berücksichtigung der individuellen Situation besonders wichtig ist, zeigt sich auch bei den offenen Nennungen auf die Frage nach weiteren Aspekten, die bei der Beratung gefehlt haben. Hier wurde von einem Teil der Befragten noch einmal explizit darauf hingewiesen, dass die individuelle Situation nicht ausreichend berücksichtigt worden sei.

Abbildung 67: Berücksichtigung persönlicher Wünsche und Bedürfnisse

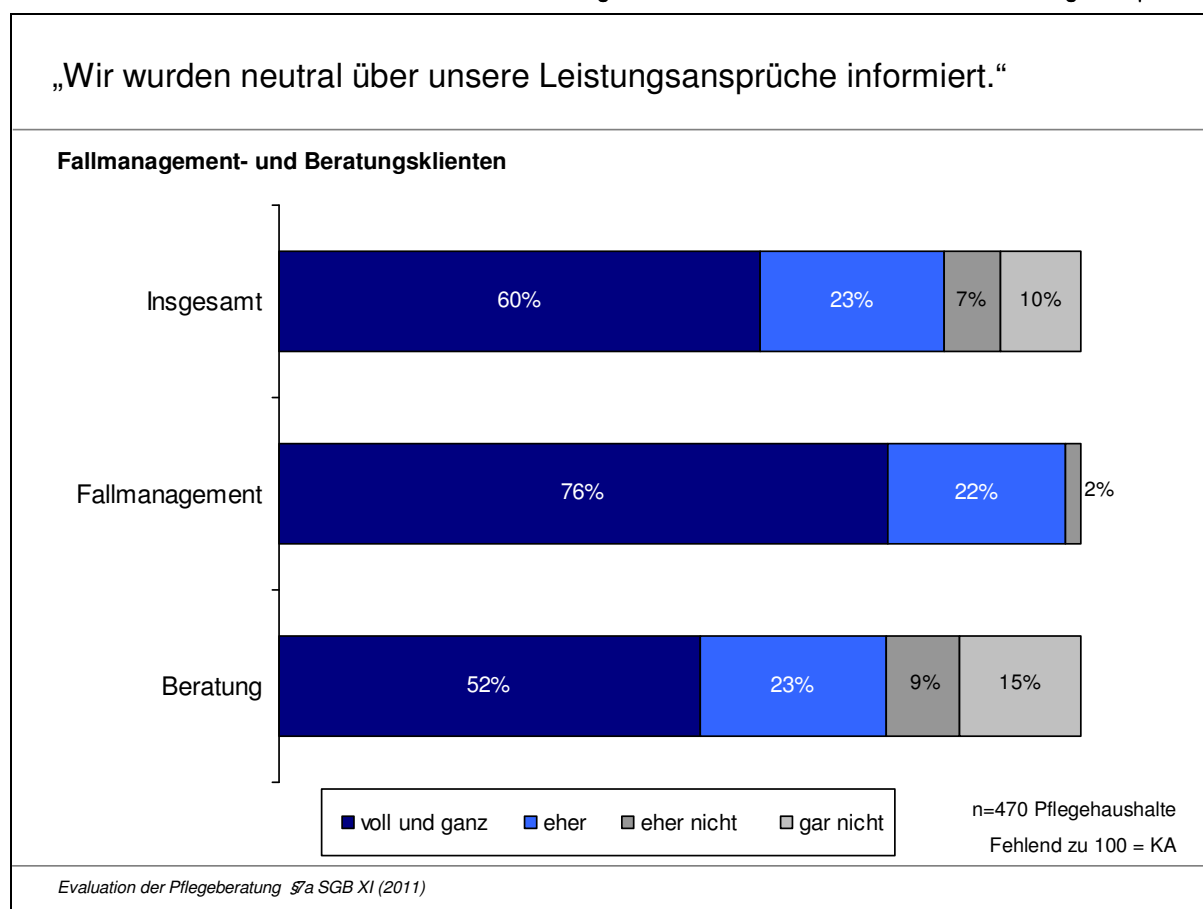


Eine neuere qualitative Studie von Nickel et al. (2010) kommt in diesem Zusammenhang ebenfalls zu dem Ergebnis, dass es für eine gelingende Beratung insbesondere im Rahmen des Erstkontakts besonders bedeutsam ist, auf die psychosozialen Bedürfnisse der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen einzugehen, um damit die erforderliche Grundlage für ein intensives,

langfristig angelegtes Beratungsverhältnis zu schaffen. Dies gilt ganz besonders für Pflegebedürftige mit Demenzerkrankungen und ihre Angehörigen.

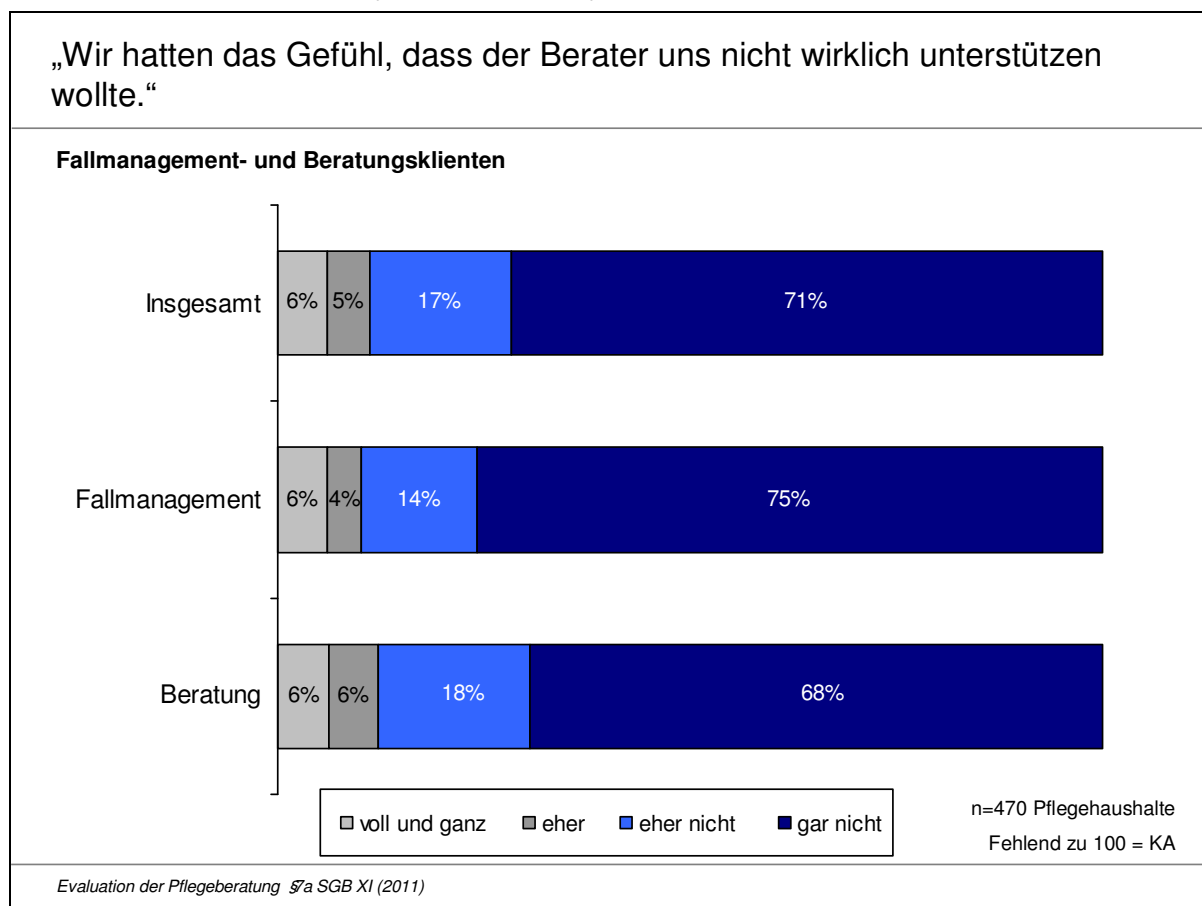
Ähnlich sieht es bei der Zustimmung zu der Aussage „Wir wurden neutral über unsere Leistungsansprüche informiert“ aus. Auch hier sind nur zwei Prozent der Fallmanagementklienten der Meinung, dass die Aussage eher nicht zutrifft, während bei den Beratungsklienten 24 Prozent der Meinung sind, dass sie eher nicht oder gar nicht neutral über ihre Leistungsansprüche informiert wurden. 76 Prozent der Fallmanagementklienten, aber nur 52 Prozent der Beratungsklienten sind voll und ganz der Meinung, dass sie neutral über ihre Leistungsansprüche informiert wurden.

Abbildung 68: Neutrale Information über Leistungsansprüche



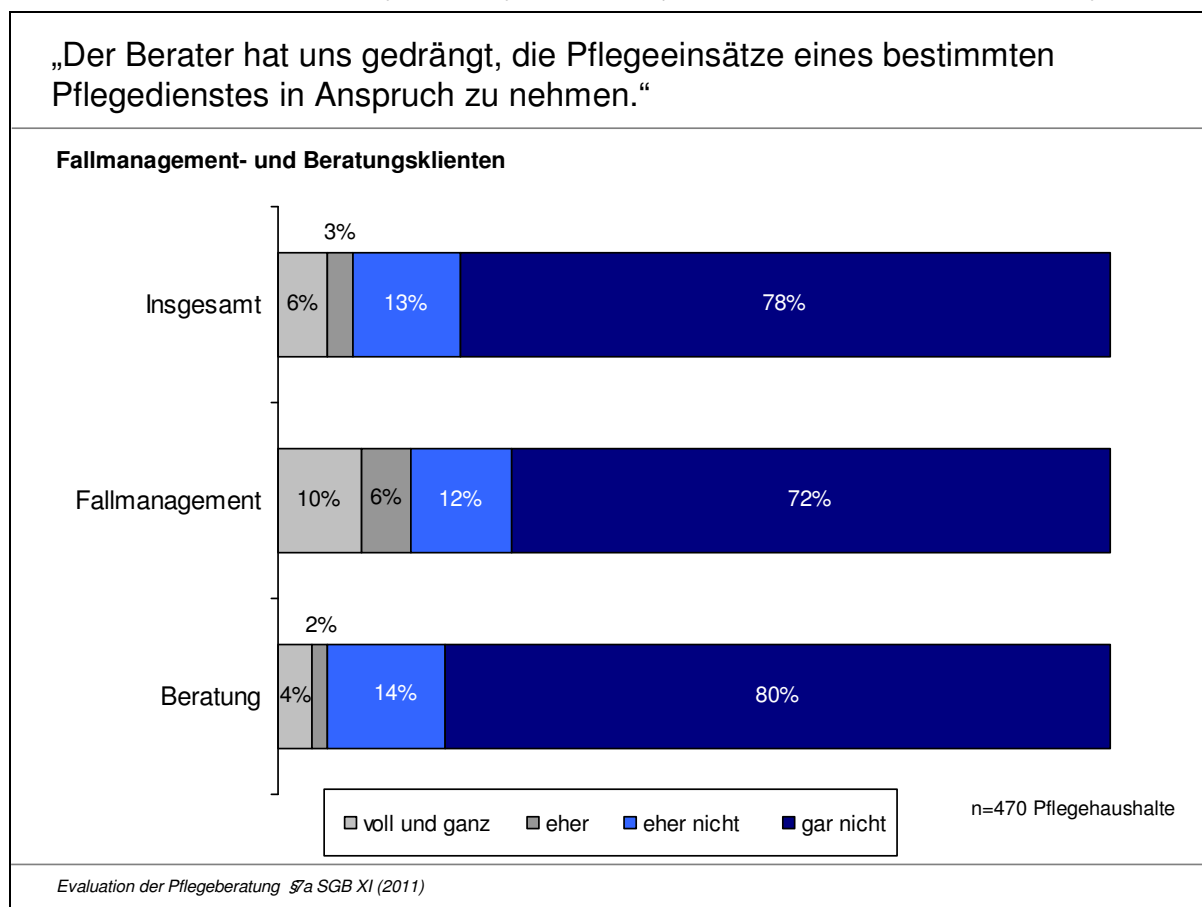
12 Prozent der Beratungs- und 10 Prozent der Fallmanagementklienten hatten das Gefühl, dass der Berater sie nicht wirklich unterstützen wollte („trifft voll und ganz zu“ und „trifft eher zu“ zusammengefasst). In diesem Zusammenhang haben einige der Beratenen konkret auf fehlende Informationen verwiesen (hier wurde die Ersatz- und Kurzzeitpflege einige Male genannt), aber auch ein eher diffuses Gefühl geäußert, nicht über alle Leistungen und Möglichkeiten informiert worden zu sein („Ich hatte das Gefühl nicht umfassend beraten worden zu sein. Ich musste mir alles selbst zusammen suchen über die Presse und Freunde, die in einer ähnlichen Lage sind, und über den Pflegedienst.“).

Abbildung 69: Einschätzung, dass der Berater nicht wirklich unterstützen wollte



16 Prozent der Fallmanagementklienten geben an, dass der Berater sie gedrängt hat, einen bestimmten Pflegedienst in Anspruch zu nehmen („Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ zusammengefasst). Bei den Beratungsklienten sind es nur sechs Prozent. Die Differenz ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die häusliche Pflegesituation bei den Fallmanagementklienten oft besonders schwierig war und der Berater häufiger die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes empfohlen hat. Das Drängen des Beraters, einen speziellen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen, wirkt sich allerdings nicht negativ auf die Beurteilung der Beratung aus (vgl. Abschnitt 5.7). Möglicherweise wird es von einigen Pflegehaushalten sogar als Erleichterung empfunden, wenn der Berater eine klare Empfehlung ausspricht.

Abbildung 70: Drängen zur Inanspruchnahme eines bestimmten Pflegedienstes



Unterschiede bei den genannten Merkmalen der Beratung zeigen sich nicht nur zwischen Beratungs- und Fallmanagementklienten, sondern auch zwischen den verschiedenen Arten der Beratungsstellen. Fasst man die Ausprägungen „Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“ zusammen, so geben Klienten, die für die Beratung einen ambulanten Dienst genutzt haben, mit 91 Prozent am häufigsten an, dass der Berater nach ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen gefragt und diese mit berücksichtigt hat. Bei den von Pflege- bzw. Krankenkassen Beratenen gilt dies nur für 64 Prozent, bei den von Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände Beratenen für 73 Prozent. Auch eine neutrale Information über Leistungsansprüche wurde am häufigsten den Beratungen der ambulanten Dienste bescheinigt. Hier ist der Unterschied zu den Kranken- bzw. Pflegekassen mit fünf Prozentpunkten allerdings gering.

Von ambulanten Diensten beratene Klienten fühlen sich etwas seltener als von Pflege- bzw. Krankenkassen Beratenen dazu gedrängt, die Pflegeeinsätze eines bestimmten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen. Die Unterschiede sind aber auch hier gering.

Größer sind die Unterschiede wieder bei der Einschätzung der Unterstützung durch den Berater. Nur zwei Prozent der von ambulanten Diensten Beratenen hatten das Gefühl, dass der Berater sie nicht wirklich unterstützen wollte, während dies bei den von Pflege- bzw. Krankenkassen Beratenen für 23 Prozent gilt.

Die Daten weisen darauf hin, dass es den ambulanten Diensten besonders gut gelingt, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen individuell zu beraten und zu unterstützen und dass dies von den Beratenen auch so wahrgenommen wird. Die Defizite, die sich hier bei den Kassen zeigen, können einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die Distanz zum Pflegealltag, aber auch zu

den regionalen Altenhilfestrukturen größer ist als bei den ambulanten Pflegediensten. Darüber hinaus mögen bei ambulanten Pflegediensten beschäftigte Pflegekräfte und Sozialarbeiter mehr Erfahrung im Umgang mit Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen haben und es mag ihnen leichter fallen, psychosoziale Aspekte zu berücksichtigen. Schließlich dürfte ebenfalls eine Rolle spielen, dass die Kassen von den Pflegehaushalten oft in erster Linie als Entscheider über die Bewilligung von Leistungen der Pflegeversicherung wahrgenommen werden, so dass an dieser Stelle auch grundsätzliche institutionelle Vorbehalte vorhanden sind.

**Tabelle 36: Merkmale der Beratung nach Art der Beratungsstelle
(„Trifft voll und ganz zu“ und „Trifft eher zu“; Angaben in %)**

	Ins- gesamt	Kranken-/ Pflege- kasse	Beratungs- stellen Verband	Ambulante Dienste	Sonstige
Der Berater hat nach unseren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen gefragt und diese mit berücksichtigt.	75	63	73	91	79
Wir wurden neutral über unsere Leistungsansprüche informiert.	83	85	79	90	81
Wir hatten das Gefühl, das der Berater uns nicht wirklich unterstützen wollte.	11	23	8	2	12
Der Berater hat uns gedrängt, die Pflegeeinsätze eines bestimmten Pflegedienstes in Anspruch zu nehmen.	9	12	8	9	8

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

5.7 Zufriedenheit und Bewertung der Wirksamkeit

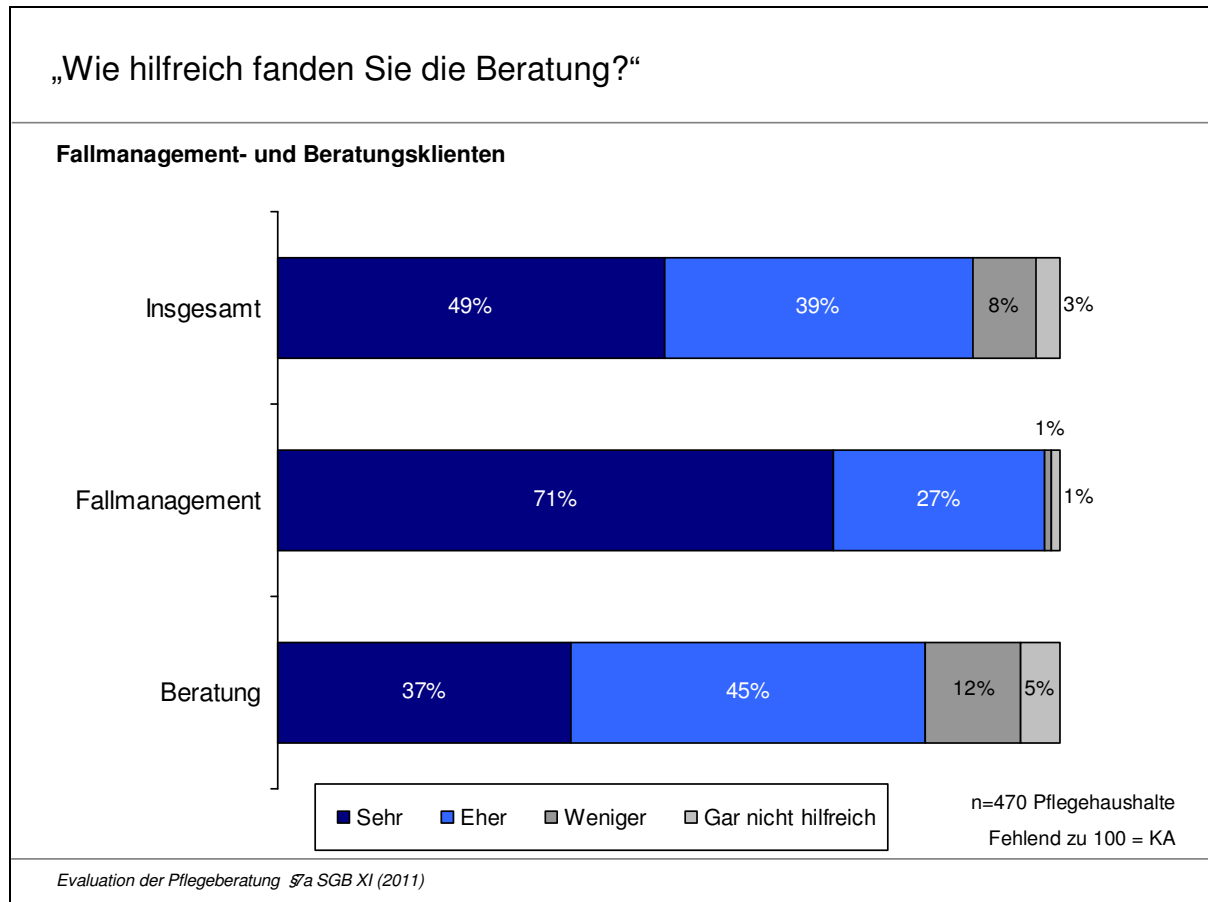
Auch die Nutzer von Leistungen nehmen eine Bewertung des „Outcomes“ vor. Kriterien sind zum Beispiel die subjektiv empfundene Nützlichkeit der Beratung oder auch Einschätzung, in wie weit die Beratung nach dem eigenen subjektiven Empfinden als wirksam angesehen wird.

Nützlichkeit

88 Prozent der ausführlich Beratenen haben angegeben, dass sie die Beratung sehr oder doch zumindest eher hilfreich fanden. Die Fallmanagementklienten sind mit der Beratung noch einmal zufriedener als die Beratungskunden. Für 71 Prozent von ihnen war die Beratung sehr hilfreich und für weitere 27 Prozent immerhin eher hilfreich. Nur jeweils ein Prozent gibt an, dass die Beratung weniger oder gar nicht hilfreich war. Von den Beratungsklienten sind nur 37 Prozent der Ansicht, dass die Beratung sehr hilfreich war. 12 bzw. fünf Prozent von ihnen sind der Meinung,

dass die Beratung weniger bzw. gar nicht hilfreich war. Dies zeigt, dass eine Beratung insbesondere dann hilfreich ist, wenn sie umfassend ist und die individuelle häusliche Pflegesituation berücksichtigt.

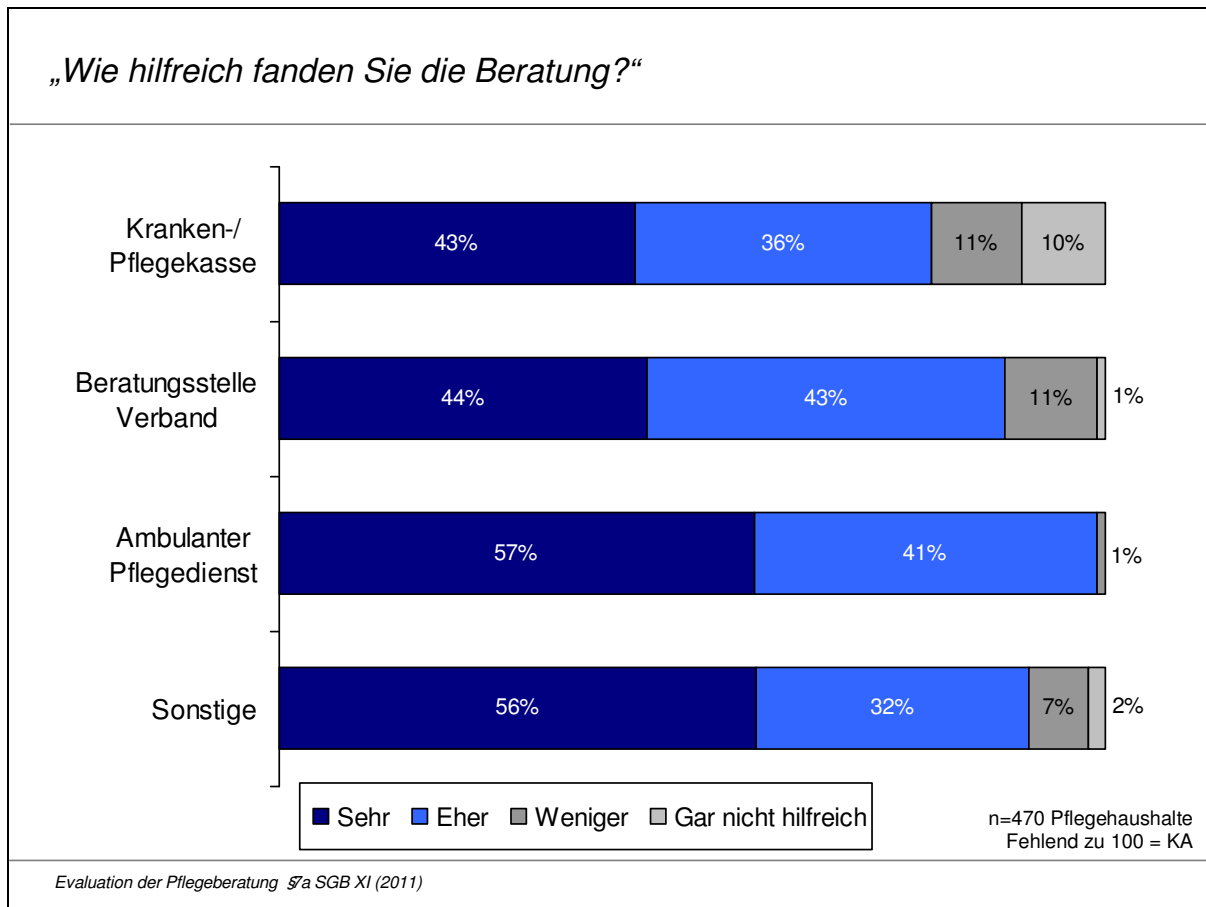
Abbildung 71: Beurteilung der ausführlichen Beratung



Besonders hilfreich war die Beratung für Pflegehaushalte, die von einem ambulanten Dienst beraten wurden. Von ihnen stuft lediglich ein Prozent die Beratung als weniger hilfreich ein, während mit 57 Prozent ein besonders hoher Anteil die Beratung als sehr hilfreich empfand. Die Beratung von Kranken- bzw. Pflegekassen wurde demgegenüber mit 11 bzw. 10 Prozent etwas häufiger als weniger oder gar nicht hilfreich eingestuft. Auf der anderen Seite haben auch hier 43 Prozent angegeben, dass sie die Beratung sehr hilfreich fanden. Die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände liegen im Mittelfeld.

Die unterschiedliche Beurteilung mag damit zusammenhängen, dass gerade die ambulanten Dienste einen engeren Bezug zur häuslichen Pflegesituation haben und damit individueller und praxisnäher beraten können. Ähnliches gilt für Beratungsstellen von Verbänden, die entweder, zum Beispiel im Falle von Selbsthilfegruppen, über einen profunden Erfahrungsschatz im Bereich der konkreten Gestaltung der häuslichen Pflege verfügen oder aber aufgrund ihrer lokalen Verankerung einen guten Überblick darüber haben, welche Hilfeleistungen im Wohnumfeld angeboten werden.

Abbildung 72: Beurteilung der ausführlichen Beratung nach Beratungsstelle



Zu weiteren Aufklärung möchten wir im Folgenden die Faktoren, die als Prädiktoren zu einer geringeren Zufriedenheit mit der Beratung führen, noch einmal im statistischen Zusammenhang analysieren.

Mit Hilfe einer (Rang-)Regressionsanalyse lässt sich ermitteln, welche (unabhängigen) Merkmale einen eigenständigen und statistisch signifikanten Einfluss darauf haben, ob die Beratung als hilfreich bewertet wurde (abhängige Variable). Ermittelt wird hierbei, ob die jeweiligen Merkmale für sich genommen einen signifikanten Einfluss haben, oder ob es sich nur um einen Scheineffekt handelt, der durch eine anderes Merkmal erzeugt wird, das mit diesem korreliert ist.

Einbezogen in die Regressionsanalyse wurden die Merkmale (vgl. dazu Tabelle 15)

- Alter, Geschlecht und Pflegebedarf (Pflegestufe, vorhandener starker geistiger Abbau als Kennzeichen für eine Demenz, Alter und Geschlecht),
- Versorgungssituation (Private Hauptpflegeperson vorhanden und differenziert nach dem Geschlecht, Art der in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung)
- Anlage der Beratung (Art, Intensität nach Inhalt und Verbindlichkeit, Charakter, Zeitraum)

Den größten Einfluss darauf, ob die Beratung von den Pflegehaushalten als hilfreich oder eher negativ im Sinne von weniger bis gar nicht hilfreich empfunden wurde, hat die **Breite und Intensität der Beratung**. Hierzu wurden die einzelnen abgefragten Inhalte des Beratungsgesprächs (vgl. dazu Abbildung 23) aufsummiert und in drei Kategorien: „eher viele Beratungsleistungen,

mittel, eher wenige Beratungsleistungen“ unterteilt. Je weniger Beratungsleistungen erbracht wurden, desto weniger hilfreich wird die Beratung empfunden. Ähnliches gilt für den **Charakter der Beratung**. Wenn die persönlichen Wünsche nicht berücksichtigt werden oder gar der Eindruck da ist, dass der Berater den Pflegehaushalt eigentlich nicht unterstützen will, dann wird die Beratung nicht angenommen. Davon unabhängig empfanden Bezieher von Geldleistungen und auch von teilstationären Leistungen im Vergleich zu den Beziehern von Sachleistungen die Beratung als etwas weniger hilfreich. Pflegebedarf sowie Alter und Geschlecht des Pflegebedürftigen oder auch das Geschlecht des pflegenden Angehörigen haben für sich genommen hingegen keinen Einfluss.

**Tabelle 37: Prädiktoren für eine eher negative Bewertung der Beratung
(Rang-)Regressionsanalyse
(Beratung: „Sehr hilfreich, eher hilfreich, weniger hilfreich, gar nicht hilfreich“)**

	Regressions- koeffizienten
Kovariate:	
Alter der pflegebedürftigen Person	-,007
Geschlecht	,171
Pflegestufe (Ref. Kat.: Pflegestufe 0/I)	
Stufe II	,233
Stufe III	,414
Starker geistiger Abbau	
Trifft zu versus Trifft nicht zu	-,097
Leistungsart (Ref. Kat.: Sachleistung)	
Geldleistung	-,422*
Kombileistung	-,292
Teilstationär	-1,098*
Geschlecht Hauptpflegeperson (Ref. Kat.: weiblich)	
Männlich	,168
Keine private Hauptpflegeperson	-,618
Zeitraum: Wann fand die erste ausführliche Beratung statt?	
Vor 2009 (ja versus nein)	,290
Art der Beratung (Ref. Kat.: persönlich, zu Hause)	
Persönlich in der Beratungsstelle	-,238
Nur telefonisch, schriftlich etc.	,219
Intensität der Beratung (Inhalt, Verbindlichkeit) (Ref. Kat.: eher viel)	
Eher wenig	1,823**
Mittel	1,150**
Charakter der Beratung	
Persönliche Wünsche wurden berücksichtigt (nein versus ja)	,846**
Neutrale Information (nein versus ja)	,286
Berater hat auf bestimmten Pflegedienst gedrängt (nein versus ja)	,451
Berater wollte uns nicht unterstützen (nein versus ja)	-,845*
Pseudo-R ² (Mc-Fadden)	,209
Ordinale Regression	
Beratung: „Sehr hilfreich, eher hilfreich, weniger hilfreich, gar nicht hilfreich“ (Rangreihe von – nach +)	
Prädiktoren: Ausprägungen im Vergleich zur jeweiligen Referenzkategorie	
Signifikanzniveau: * < 0,05; ** < 0,01	

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

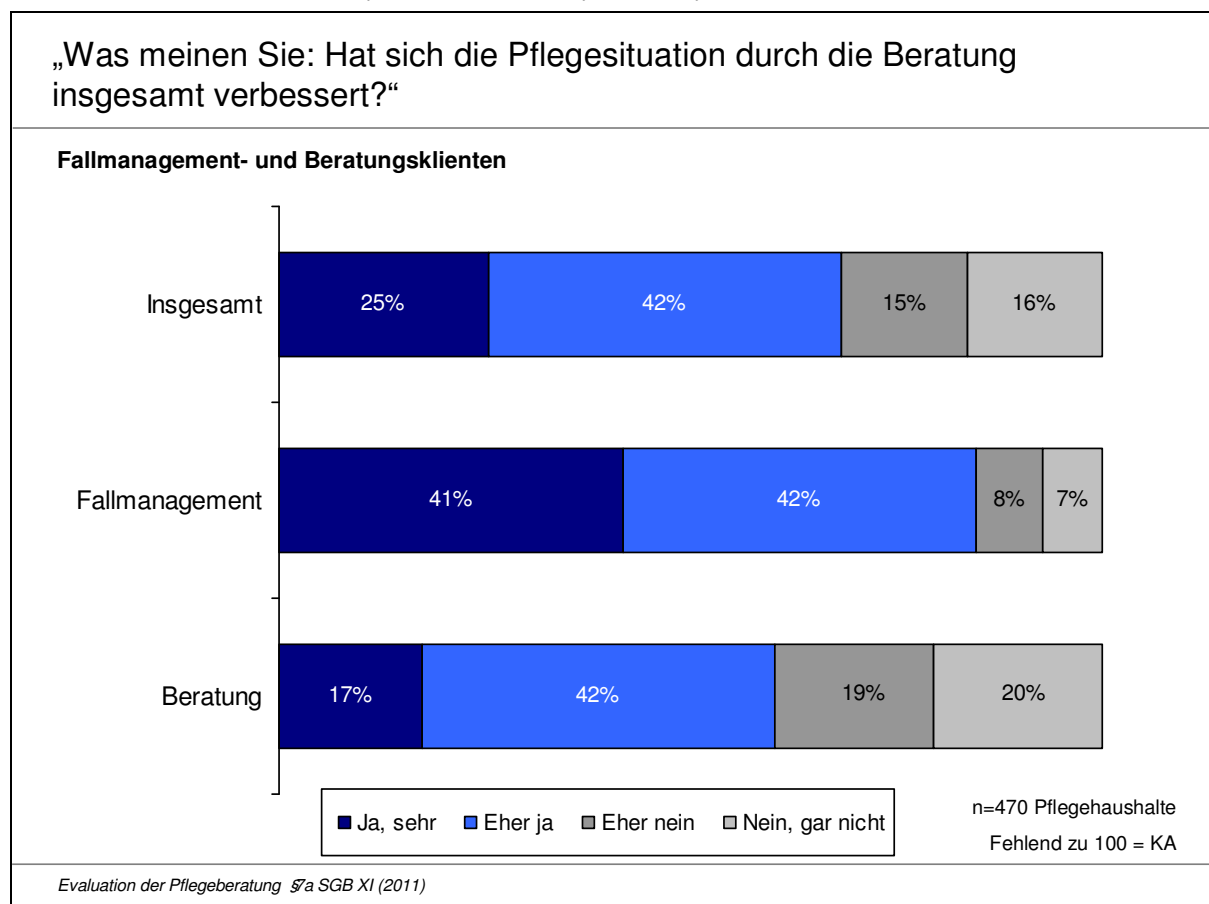
n = 470 Pflegehaushalte

Während die Breite und Intensität der Beratung natürlich mit dem konkreten Anliegen und der Situation des Pflegehaushaltes zusammenhängt, ist der Charakter der Beratung eine davon unabhängige Größe. Es geht in diesem Fall um die Haltung des Beraters vor dem Hintergrund der damit verbundenen Intention und Philosophie. Begreift sich der Berater als Helfer im Sinne eines „Unterstützungsmanagers“, der an den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen ansetzt, verfügbare Hilfen ermittelt und vermittelt und dadurch gezielt vernetzt (vgl. dazu Belardi et. al. 2011), oder handelt er eher als Instanz, die Informationen weitergibt und darüber hinaus gegebenenfalls Bedarfe bewertet und im Sinne einer Qualitätssicherung tätig wird.

Berichtete Wirksamkeit

Nicht in allen Fällen, in denen die Beratung als hilfreich beurteilt wurde, hat sich auch aus der Sicht der Nutzer die Pflegesituation verbessert. 67 Prozent der ausführlich Beratenen haben angegeben, dass sich die Pflegesituation durch die Beratung sehr oder doch eher verbessert hat. Der Anteil ist unter den Fallmanagementkunden mit 83 Prozent überdurchschnittlich hoch. Lediglich 15 Prozent derjenigen mit Fallmanagement haben angegeben, dass die Beratung die Pflegesituation eher nicht oder gar nicht verbessert hat, während dies bei den Beratungsklienten für 39 Prozent gilt.

Abbildung 73: Verbesserung der Pflegesituation durch die ausführliche Beratung

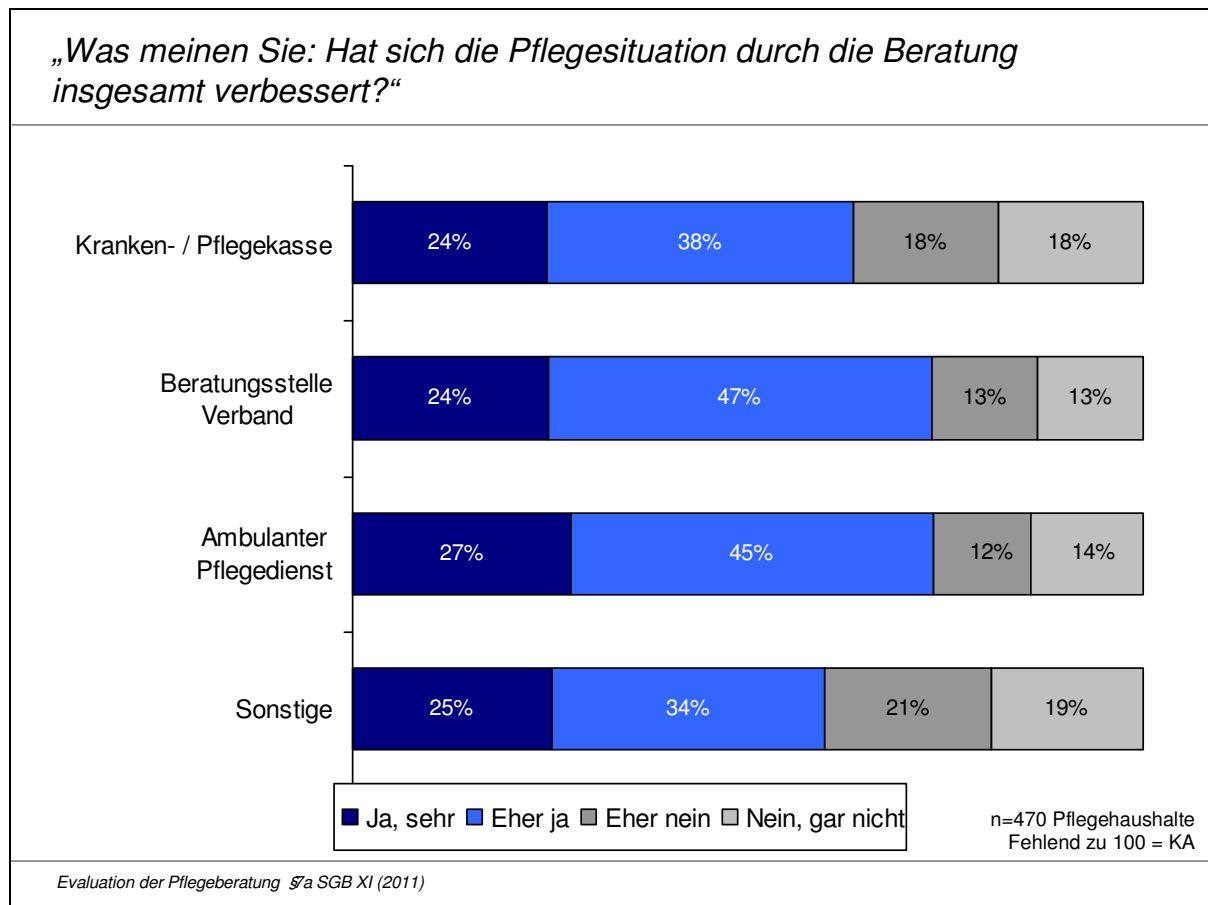


Es zeigt sich auch an dieser Stelle, dass eine umfassende und individuelle Beratung – sofern erforderlich – den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in höherem Maße

entspricht als eine allgemeine Beratung und dass sie einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung des häuslichen Pflegearrangements leisten kann.

Die Beratungen bei ambulanten Dienste und Wohlfahrtsverbände werden im Hinblick auf die Verbesserung der Pflegesituation etwa gleich eingeschätzt. Die Beratungen der Pflege- bzw. Krankenkassen sowie die der in dieser Studie nicht weiter zu differenzierenden Sonstigen werden hingegen von den Nutzern subjektiv als etwas weniger wirksam beurteilt. Während bei ambulanten Diensten und Wohlfahrtsverbänden 26 Prozent der Beratungen eher oder gar nicht zur Verbesserung der Pflegesituation beigetragen haben, sind es bei den Pflege- bzw. Krankenkassen 36 Prozent und bei den Sonstigen 39 Prozent.

Abbildung 74: Verbesserung der Pflegesituation durch die Beratung nach Beratungsstelle



Auch hier wird ein Grund für die genannten Unterschiede darin zu finden sein, dass insbesondere ambulante Dienste einen engeren Bezug zur häuslichen Pflegesituation haben und mit einer praxisnahen Beratung in stärkerem Umfang zu einer Verbesserung der Pflegesituation beitragen können. Wohlfahrtsverbände können häufig auf eigene niedrigschwellige Betreuungs- und Unterstützungsangebote verweisen und auf diesem Wege zu einer Entlastung in der häuslichen Pflege beitragen. Ebenfalls mit berücksichtigt werden muss, dass – wie bereits dargestellt – Kranken- und Pflegekassen sowie Sonstige von den Pflegebedürftigen weniger häufig als Instanzen genutzt und gesehen werden, die eine umfassende und dabei auch Fallmanagement orientierte Beratung anbieten. Gerade letzteres hat jedoch für das subjektive Wirksamkeitsempfinden eine zentrale Bedeutung.

Im statistischen Zusammenhang betrachtet zeigt sich auch an dieser Stelle die Bedeutung des Inhalts und der Anlage der Beratung als die zentralen Einflussfaktoren für die vom Pflegehaushalt berichtete Wirksamkeit. Einbezogen in die Regressionsanalyse wurden auch an dieser Stelle die Merkmale (vgl. dazu Tabelle 16)

- Alter, Geschlecht und Pflegebedarf (Pflegestufe, vorhandener starker geistiger Abbau als Kennzeichen für eine Demenz, Alter und Geschlecht),
- Versorgungssituation (Private Hauptpflegeperson vorhanden und differenziert nach dem Geschlecht, Art der in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung)
- Anlage der Beratung (Art, Intensität nach Inhalt und Verbindlichkeit, Charakter, Zeitraum)

**Tabelle 38: Prädiktoren für eine positive Bewertung der Wirksamkeit der Beratung
(Rang-)Regressionsanalyse
(Verbesserung der Pflegesituation: „Gar nicht, eher nein, eher ja, ja sehr“)**

	Regressions- koeffizienten
Kovariate:	
Alter der pflegebedürftigen Person	-000
Geschlecht	,159
Pflegestufe (Ref. Kat.: Pflegestufe 0/I)	
Stufe II	,144
Stufe III	,041
Starker geistiger Abbau	
Trifft zu versus Trifft nicht zu	,076
Leistungsart (Ref. Kat.: Sachleistung)	
Geldleistung	-,087
Kombileistung	,327
Teilstationär	-,428
Geschlecht Hauptpflegeperson (Ref. Kat.: weiblich)	
Männlich	-,011
Keine private Hauptpflegeperson	-,341
Zeitraum: Wann fand die erste ausführliche Beratung statt?	
Vor 2009 (ja versus nein)	-,075
Art der Beratung (Ref. Kat.: persönlich, zu Hause)	
Persönlich in der Beratungsstelle	,119
Nur telefonisch, schriftlich etc.	,266
Intensität der Beratung (Inhalt, Verbindlichkeit) (Ref. Kat.: eher viel)	
Eher wenig	-,995**
Mittel	-,510**
Charakter der Beratung	
Persönliche Wünsche wurden berücksichtigt (nein versus ja)	-,535**
Neutrale Information (nein versus ja)	-,071
Berater hat auf bestimmten Pflegedienst gedrängt (nein versus ja)	-,276
Berater wollte uns nicht unterstützen (nein versus ja)	,444*
Pseudo-R ² (Mc-Fadden)	,097
Ordinale Regression (Subjektive) Wirksamkeit „Gar nicht, eher nein, eher ja, ja sehr“ (Rangreihe von – nach +) Prädiktoren: Ausprägungen im Vergleich zur jeweiligen Referenzkategorie Signifikanzniveau: * < 0,05; ** < 0,01	

Evaluation der Pflegeberatung §7a SGB XI (2011)

n = 470 Pflegehaushalte

Signifikant für eine von den Pflegehaushalten berichtete Wirksamkeit ist auch hier die **Breite und Intensität** (Inhalt und Verbindlichkeit) sowie der **Charakter der Beratung**. Ist die Beratung trotz Bedarf nicht umfassend genug und werden die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse nicht genügend berücksichtigt oder tritt der Berater nicht als advokatorischer Interessensvertreter auf, dann wird die Beratung als eher weniger oder sogar als gar nicht wirksam wahrgenommen.

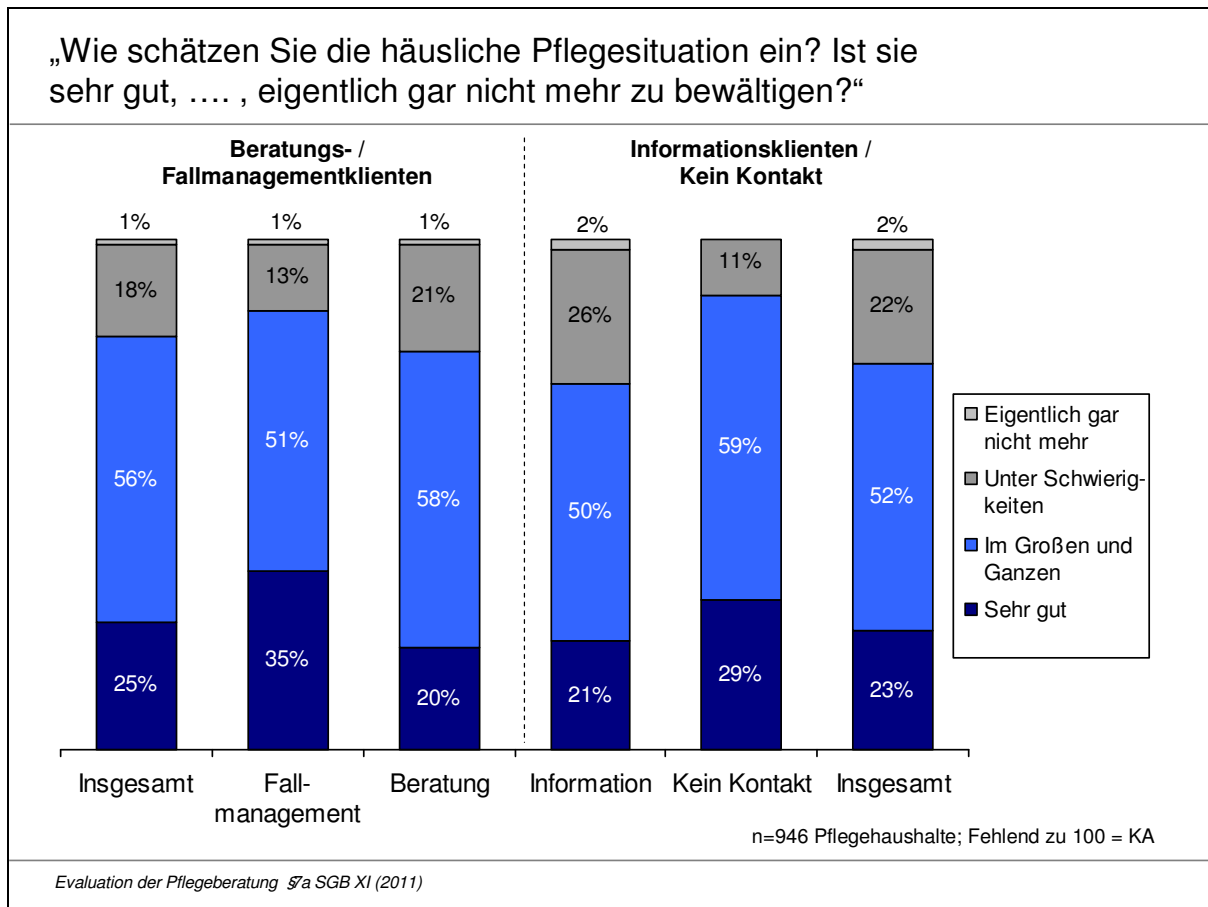
Beratung und häusliche Pflegesituation

Ein weiterer Indikator für den Nutzen der Beratung ist die aktuelle Einschätzung der häuslichen Pflegesituation. Für 25 Prozent der ausführlich Beratenen ist die Pflegesituation sehr gut und für weitere 56 Prozent im Großen und Ganzen zu bewältigen. 18 Prozent geben an, dass die häusliche Pflegesituation nur unter Schwierigkeiten zu bewältigen ist und für ein Prozent ist sie eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen. Die Unterschiede zu denjenigen, die keine ausführliche Beratung genutzt haben, sind nur gering. Dabei ist allerdings zu beachten, dass in der Gruppe der ausführlich Beratenen Pflegebedürftige der Stufen II und III und solche mit einem starken geistigen Abbau überdurchschnittlich häufig vertreten sind. Damit handelt es sich um eine Gruppe, die allein aufgrund des höheren Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit stärker belastet ist als diejenigen, die keine ausführliche Beratung genutzt haben. Fallmanagementklienten beurteilen die häusliche Pflegesituation positiver als die Beratungsklienten. 35 Prozent von ihnen sind der Meinung, dass die Pflegesituation sehr gut zu bewältigen ist, während dies nur auf 20 Prozent der Beratungsklienten zutrifft. Lediglich 13 Prozent der Fallmanagementklienten, aber 21 Prozent der Beratungsklienten geben an, dass die Pflegesituation nur unter Schwierigkeiten zu bewältigen ist. Dies ist gerade deshalb beachtlich, da 59 Prozent der Fallmanagementklienten als Motiv für die Beratung genannt haben, dass die Belastung der Pflege so groß war, dass sie einfach nicht mehr weiter wussten. Auch wenn aufgrund des fehlenden längsschnittlichen Designs der Untersuchung eine Kausalität nicht eindeutig nachgewiesen werden kann, so liegt es auf der Hand, im Zusammenhang mit der positiven Bewertung der Wirkung davon auszugehen, dass das Fallmanagement einen wesentlichen Beitrag zur inzwischen besseren Bewältigung der häuslichen Pflegesituation geleistet hat.

Diejenigen ohne Kontakt zu einer Beratungsstelle schätzen die häusliche Pflegesituation ähnlich ein wie die Fallmanagementklienten, während die häusliche Pflegesituation bei den Informationsklienten etwas weniger gut eingeschätzt wird. 26 Prozent von ihnen geben an, dass die Pflegesituation nur unter Schwierigkeiten und weitere 2 Prozent, dass sie eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen ist.

Die Daten weisen einerseits darauf hin, dass eine Bewältigung der häuslichen Pflegesituation für einen Teil der Pflegehaushalte auch ohne ein Fallmanagement oder eine ausführliche allgemeine Beratung sehr gut gelingen kann. Sie zeigen andererseits aber auch, dass die häusliche Pflegesituation trotzdem noch verbessert werden könnte und dass in einem Teil der Pflegehaushalte sogar ein dringender Unterstützungsbedarf besteht. Letzteres gilt für alle Pflegehaushalte, in denen die Pflegesituation nur noch unter Schwierigkeiten oder eigentlich gar nicht mehr bewältigt werden kann. Dies sind 19 Prozent derjenigen, die eine ausführliche Beratung genutzt haben und 24 Prozent derjenigen ohne ausführliche Beratung.

Abbildung 75: Einschätzung der häuslichen Pflegesituation



Eine umfassende und individuelle Beratung und Begleitung, die langfristig angelegt ist, scheint am ehesten als Unterstützung bei der Bewältigung einer schwierigen häuslichen Pflegesituation geeignet zu sein. Dabei gilt es jedoch, im Einzelfall zu entscheiden, ob ein Fallmanagement tatsächlich erforderlich ist.

Wenngleich die Daten aufgrund des fehlenden Längsschnitts keinen Nachweis einer Kausalität erlauben, so scheint ein Fallmanagement für bestimmte Pflegearrangements auch insgesamt nachhaltiger zu sein als eine ausführliche allgemeine Beratung. Dies mag damit zusammenhängen, dass durch das Fallmanagement eine engere Beziehung zum Klienten aufgebaut wird, die dazu führt, dass sich die Pflegehaushalte auch nach abgeschlossenem Fallmanagement mit Fragen und Problemen weiterhin an den Berater wenden und so die notwendigen Informationen und Unterstützung erhalten. Immerhin beurteilen 92 Prozent der Fallmanagementkunden die Möglichkeiten, sich bei Fragen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit zu informieren, als sehr oder eher gut und 95 Prozent von ihnen fühlen sich selbst sehr oder eher gut informiert. Die Anteile sind bei den Beratungskunden und insbesondere bei den Informationskunden sowie denjenigen, die keinen Kontakt zu einer Beratungsstelle hatten, wie bereits dargestellt, niedriger (vgl. Abschnitt 5.3.5).

5.8 Fazit

Die Befunde zeigen, dass es in Deutschland gegenwärtig eine vielfältige Beratungskultur im Bereich der Pflege gibt, die zumindest von einem Teil der Pflegehaushalte auch genutzt wird. Diese Beratungskultur existierte bereits vor der Einführung des umfassenden Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung nach §7a SGB XI in 2009. Dabei wurde ein großer Teil der in §7a SGB XI vorgesehenen Leistungen, und hierbei insbesondere das Fallmanagement, aus der Sicht der Nutzer auch schon vor 2009 von verschiedenen Akteuren innerhalb der Altenhilfe erbracht. Hierzu zählen neben den Pflegekassen und ab 2009 den Pflegestützpunkten vor allem die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände sowie insbesondere die ambulanten Pflegedienste. Daneben erfolgt Beratung zur häuslichen Pflegesituation aber auch in kommunalen Beratungsstellen, in Kliniken und Rehabilitations-Einrichtungen, in stationären Pflegeeinrichtungen sowie bei einer Vielzahl weiterer lokaler Angebote in unterschiedlicher Trägerschaft. Für den Nutzer ist hierbei naturgemäß schwierig, die jeweiligen Träger im Einzelnen immer korrekt auseinanderzuhalten. Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen aber die vorhandene lokale Vielfalt der Beratungsangebote, die im Rahmen der Pflegeberatung mit der Einführung von sog. Pflegestützpunkten vernetzt und besser aufeinander abgestimmt werden sollen.

Beratung und ganz besonders Fallmanagement werden als ausgesprochen hilfreich wahrgenommen und zeigen im Hinblick auf konkrete Verbesserungen im Pflegealltag aus der Perspektive der Nutzer auch Wirkung. Je breiter und individueller die Beratung angelegt ist, desto zufriedener sind die Nutzer. Als besonders nachhaltig erweist sich die Wirkung dann, wenn die Pflegeberatung konsequent an den Interessen der pflegebedürftigen Person und deren Angehöriger ansetzt, so zum Beispiel wenn deren Interessen sofern gewünscht vom Pflegeberater gegenüber sonstigen Dritten, wie etwa Kostenträgern und Leistungserbringern, aktiv vertreten werden (Advokatorische Funktion). Wesentlich ist, dass die Pflegeberatung dabei konsequent die Bedürfnisse und Bedarfe sowie den Alltag der Menschen mit Pflegebedarf und deren (pflegender) Angehöriger als Dreh- und Angelpunkt begreift, deren Perspektiven zum Ausgangspunkt nimmt und gezielt deren Gestaltungskompetenz stärkt. (Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, Empowerment).

Die Möglichkeiten der Beratung werden allerdings von den Beratungsstellen noch nicht hinreichend ausgeschöpft. So weisen die Befunde der Nutzerbefragung darauf hin, dass ein Teil derjenigen, die eine ausführliche Beratung genutzt haben, dort möglicherweise nicht die Informations- und Unterstützungsangebote erhalten haben, die für deren individuelle Situation optimal und damit bedarfsgerecht gewesen wären. Dies trifft insbesondere auf den geforderten umfassenden Charakter der Beratung zu, der sich auf alle im Einzelfall erforderlichen individuellen Leistungen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen beziehen soll. In diesem Zusammenhang ist es besonders bedeutsam, dass bei den Stellen, an die sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wenden, Berater eingesetzt werden, die eine Sensibilität für einen möglicherweise vorhandenen weitergehenden Beratungsbedarf haben und die entsprechend auf die Klienten zugehen können. Dies wäre ein wichtiger Schritt dahin, das vorhandene Beratungspotential breiter nutzbar zu machen und damit besser auszuschöpfen.

Festgehalten werden kann darüber hinaus, dass bei einem Teil der Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen nach wie vor Informationsdefizite bestehen. Hinzu kommen Nutzungsbar-

rieren sowie auch fehlende Wirksamkeitserwartungen. Dies führt dazu, dass trotz einer möglicherweise vorhandenen Bedarfslage keine Pflegeberatung in Anspruch genommen wird. Auch das Präventionspotential von Beratung kommt ebenfalls bei einem Teil der Menschen mit Pflegebedarf noch nicht in dem erforderlichen Umfang zur Entfaltung. Eine ausführliche Beratung wird hier häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn es nicht mehr anders geht. Auch hierbei spielen Informationsdefizite, Nutzungsbarrieren und fehlende Wirksamkeitserwartungen eine wichtige Rolle. Niederschwelligkeit im Verbund mit einer aufsuchenden Beratung können hier Abhilfe schaffen, um das notwendige Vertrauen in die Wirksamkeit aufzubauen, das erforderlich ist, damit private Pflegehaushalte professionelle Unterstützung auch annehmen und bei der Gestaltung ihres individuellen Pflegearrangements bewusst mit einbeziehen.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass es für die zuständigen Pflegekassen nach wie vor eine Hauptaufgabe bleiben muss, (noch) intensiver über die Pflegeberatung zu informieren und dabei sicherzustellen, dass die Informationen die Pflegehaushalte auch erreichen. Dies gilt zum Beispiel auch für den Anspruch, dass die Pflegeberatung auf Wunsch in der eigenen häuslichen Umgebung stattfinden soll. Wichtig sind dabei wohnortnahe und möglichst niedrigschwellige Beratungsangebote, um Nutzungsbarrieren abzubauen und um die verschiedenen im Wohnumfeld vorhandenen Hilfen möglichst gut und aufeinander abgestimmt einzubinden. Im Sinne einer Sicherung der Wirkung ist es unverzichtbar, dass die Pflegeberater einen engen Bezug zum Pflegealltag haben, mit den regionalen Altenhilfestrukturen gut vertraut sind und dass die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der zu Beratenden der Maßstab sind. Auf diese Weise kann es gelingen, die Möglichkeiten der Pflegeberatung zur nachhaltigen Stabilisierung der Pflege zu mobilisieren und nutzbar zu machen.

6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Pflegeberatung ist die richtige Antwort auf einen steigenden Unterstützungsbedarf.

Die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI und der Aufbau einer entsprechenden Angebots- und Infrastruktur stellt sich als eine fachlich fundierte und leistungsfähige Antwort auf die Notwendigkeit der Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen dar. Ein individuelles Fallmanagement kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation, zur Qualifizierung der Pflege und Teilhabe und zur Entlastung Angehöriger leisten. Dies belegen die Ergebnisse der vorliegenden Evaluationsstudie.

Sowohl aus der Nutzer- als auch aus der Beraterperspektive lassen sich deutliche Effekte im Hinblick auf eine Verbesserung der Pflegesituation nachweisen. Dies trifft insbesondere auf die Beratungsprozesse zu, die durch ein individuelles Fallmanagement gekennzeichnet sind. Generell gilt, dass die Beratung eine möglichst breite Angebotspalette im Hinblick auf alle relevanten Leistungen, Hilfen und lokal vorhandenen Unterstützungsangeboten umfassen sollte und dass dabei die jeweils besonderen individuellen Problemlagen, die den Pflegebedarf und die Versorgungssituation kennzeichnen, im Mittelpunkt stehen müssen. Hierbei sollte die Pflegeberatung konsequent die Bedürfnisse und Bedarfe sowie den Alltag der Menschen mit Pflegebedarf und deren (pflegender) Angehöriger als Dreh- und Angelpunkt begreifen, deren Perspektiven zum Ausgangspunkt nehmen und gezielt und systematisch deren Gestaltungskompetenzen stärken. (Förderung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit und Empowerment). Aus der Nutzerperspektive wird Pflegeberatung darüber hinaus dann als besonders wirkungsvoll empfunden, wenn diese konsequent an den Interessen der pflegebedürftigen Person und deren Angehöriger ansetzt, zum Beispiel, wenn der Pflegeberater als unabhängiger Ansprechpartner fungiert und dabei die Anliegen und Interessen der Pflegebedürftigen gegenüber sonstigen Dritten, wie etwa Kostenträgern und Leistungserbringern, aktiv aufgreift und vertritt (advokatorische Funktion).

Das Angebot der Pflegeberatung ist resonanzfähig.

Das (neue) Angebot der Pflegeberatung wird von allen relevanten Beteiligten- und Akteursgruppen begrüßt. Es ist resonanzfähig und wird von der großen Mehrheit der Nutzer als hilfreich wahrgenommen. Insgesamt berichten 45% der Pflegehaushalte schon einmal – und hierbei gegebenenfalls auch vor dem Inkrafttreten des neuen Rechtsanspruches nach § 7a Anfang 2009 – eine ausführliche Beratung im Zusammenhang mit der (häuslichen) Pflege, 30% als Beratungsklienten und 15% als Fallmanagementklienten, in Anspruch genommen zu haben. Weitere 42% haben sich schon einmal bei Bereitungsstellen informiert (Informationsklienten). 13% geben hingegen an, keinerlei Kontakt zu Beratungsstellen gehabt zu haben.

Die Ergebnisse zeigen allerdings ebenfalls, dass viele Menschen mit Pflegebedarf das neue Angebot der Pflegeberatung noch immer nicht gut genug kennen oder nicht wissen, wo und wie sie im Wohnumfeld oder auf andere Weise eine individuelle und unabhängige Beratung nutzen können. 27% der Informationsklienten und 43% derjenigen ohne Kontakt berichten, dass Ihnen nicht bekannt (gewesen) sei, dass sie einen Anspruch auf Pflegeberatung haben. 34% der Informationsklienten sowie 53% derjenigen ohne Kontakt verweisen darauf, dass sie nicht wüssten, wo sie eine entsprechende Beratung erhalten könnten. Auffällig ist darüber hinaus, dass 49% der

Informationsklienten sowie 61% derjenigen ohne Kontakt darauf verweisen, dass sie bisher auch deshalb keine ausführliche Beratung genutzt hätten, weil sie glauben, dass dies ihnen bei ihren Problemen nicht weiterhelfen würde. Diese Einschätzung steht in deutlichem Gegensatz zu der positiven Bewertung einer ausführlichen Beratung - 89% der Nutzer bewerten diese positiv - sowie deren konkreter Wirkung - 67% der Nutzer sehen dadurch ihre individuelle Pflegesituation verbessert. Fehlende Wirksamkeitserwartungen im Verbund mit fehlenden Informationen insbesondere auch darüber, dass die Beratung niederschwellig angelegt oder auf Wunsch zu Hause stattfinden kann, wirken ganz offensichtlich als Barrieren, die einer Inanspruchnahme entgegen stehen.

Die Pflegekassen verfolgen vielfältige Implementationswege.

Die Aufgabenstellung für Pflegebedürftige und deren Angehörige eine Pflegeberatung im Sinne des §7a SGB XI sicher zu stellen, wird von allen großen und auch den meisten kleinen Pflegekassen in der Praxis angenommen, das macht die Befragung der Pflegekassen deutlich. Sie wird meist als ergänzende Leistung der Kassen interpretiert, und je nach Größe der Kasse in ihrer strategischen Bedeutung unterschiedlich ausgestaltet. Die Implementierungskonzepte reichen von einem bundeszentral gesteuerten Aufbau eigener Strukturen, Kompetenzen und Standards über den forcierten regionalen Ausbau mit lokaler Präsenz bis zu einem eher zurückhaltenden Aufbau eigener Pflegeberatungsstrukturen zu Gunsten von Kooperationen mit anderen Kassen, mit lokalen Pflegestützpunkten bis zum Outsourcing der Aufgabe an den MDK oder private Dienstleister.

Die Mehrheit, und dabei vor allem die größeren Kassen, bieten nach eigener Auskunft ihren Versicherten verschiedene Wege an, Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen: entweder innerhalb der Geschäftsstelle der Pflegekasse, bei der die Person versichert ist, in der Wohnung des Versicherten oder in einem Pflegestützpunkt. Dort kann in der Regel Pflegeberatung für alle Anspruchsberechtigten erfolgen, unabhängig davon, bei welcher Kasse die Person versichert ist. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass nicht für alle Versicherten die verschiedenen Angebote vor Ort auch tatsächlich verfügbar sind. Dies gilt einerseits für die gemäß §92c SGB XI einzurichtenden Pflegestützpunkte, die nach den Planungen in den Bundesländer weder aktuell noch in absehbarer Zeit eine flächendeckendes Angebot der Pflegeberatung sicherstellen können: Mit Stand vom 01. 04 2011 sind bundesweit 378 Pflegestützpunkte in Betrieb. Weitere 192 sind in Planung. Das gilt andererseits auch für die Pflegeberatung durch die jeweilige Pflegekasse: Etwas mehr als ein Viertel und dabei häufiger die kleineren Kassen bieten Pflegeberatung für ihre Versicherten ausschließlich in den eigenen Geschäftsstellen an. Etwa ein Fünftel und hierbei vor allem kleinere Kassen haben die Pflegeberatung an Dritte delegiert. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass rein zahlenmäßig sowie in Relation zur Bevölkerung die Geschäftsstellen der Pflegekassen der primäre Ort sind, in dem Pflegeberatung als Leistung abgerufen werden kann, womit auch für diese Form der Pflegeberatung keine flächendeckende Versorgung gegeben ist.

Sowohl von Kassen als auch von Vertretern der Kommunalen Spitzenverbände und der Länder wird die besondere Bedeutung des Angebotes der Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit der Versicherten betont. Sie wird von zahlreichen Kassen, insbesondere großen Kassen, regelhaft angeboten und teilweise als aufsuchende Beratung ausgestaltet.

Nach Einschätzung der Pflegekassen steigt die Nachfrage nach Pflegeberatung seit ihrer Einführung und sie wird in Zukunft noch weiter steigen. Nur 33 Pflegekassen, die 7% der Versicherten repräsentieren, geben an, noch gar keine Anfragen nach Pflegeberatung seit dem 01.01.2009 registriert zu haben. Die Nachfrage tritt in Form telefonischer Kontaktaufnahme, seltener durch den Besuch von Geschäftsstellen oder Pflegestützpunkten, aber mit wachsender Bedeutung als Wunsch nach Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit auf. Die meisten anspruchsberechtigten Versicherten haben im Grundsatz, sofern sie denn über das Angebot informiert sind, keine Probleme Pflegeberatung zu den üblichen Geschäftszeiten zu erreichen: sie ist telefonisch, in den Geschäftsstellen ihrer Pflegekassen oder in Pflegestützpunkten zugänglich. Auch die nach §7a SGB XI auf Wunsch in der eigenen Häuslichkeit durchzuführende Pflegeberatung kann von einer Mehrheit der Kassen nach eigener Einschätzung durch Hausbesuche gewährleistet werden.

Länder gehen ihre eigenen Wege.

Beratung und Fallmanagement in der Pflege wird auch von den Ländern als wichtige Aufgabe gesehen. Die Analyse der Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern macht deutlich, dass das Pflegeweiterentwicklungsgesetz mit seinen Regelungen zur Pflegeberatung und zu Pflegestützpunkten in vielen Ländern auf eine entfaltete Beratungsinfrastruktur und entsprechende Kompetenzen von mit Beratungs- und Vernetzungsaufgaben betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter traf. Hierbei handelt es sich allerdings um unterschiedliche föderale Infrastrukturen, Traditionen und pflegepolitische Strategien. Überwiegend - in 14 von 16 Bundesländern - wurde vom Bestimmungsrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten Gebrauch gemacht. Wie bereits angesprochen kann nach dem gegenwärtigen Planungsstand nicht davon ausgegangen werden, dass es in der näheren Zukunft in Deutschland zu einem flächendeckenden Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten kommen wird. Pflegestützpunkte wurden im Hinblick auf eine wohnortnahe Versorgung flächendeckend mit einem Einzugsraum von rein rechnerisch etwa 30 Tsd. Einwohnern pro Stützpunkt in Rheinland-Pfalz, mit etwa 90 Tsd. pro Stützpunkt in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin sowie mit 110 Tsd. bis 130 Tsd. pro Stützpunkt in Nordrhein-Westfalen, im Saarland und in Brandenburg geplant. Hierbei geht der Aufbau in Mecklenburg-Vorpommern und auch in Nordrhein-Westfalen allerdings nur langsam vonstatten. In den anderen Bundesländern ist das Einzugsgebiet in der Regel deutlich größer angelegt (200 Tsd. und mehr Einwohner pro Stützpunkt). Auch in diesem Fall geht die Umsetzung zum Beispiel in Thüringen oder auch in Bayern nur schleppend oder sogar gar nicht voran. Sachsen und Sachsen-Anhalt sehen keine Förderung von Pflegestützpunkten vor. Eine wohnortnahe Versorgung mit Pflegeberatung in Pflegestützpunkten wird damit - mit wenigen Ausnahmen (z.B. Rheinland-Pfalz) - nicht gewährleistet werden können. Insgesamt hängt der Ausbau von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung - neben dem Engagement von Pflege- und Krankenkassen - in hohem Maße von der pflegepolitischen Zielsetzung des jeweiligen Landes, vor allem aber von seiner finanziellen Beteiligung und der finanziellen Leistungsfähigkeit der kommunalen Gebietskörperschaften ab.

Unterschiedlich sind die auch landesrechtlich relevanten Rahmenbedingungen auf Vereinbarungs- und Gesetzesebene. Das gilt für die Rechtsqualität der Vereinbarungen und Absprachen (Rahmenverträge, Kooperationsvereinbarungen, Richtlinien). Das gilt vor allem für die Inhalte der Absprachen. Nicht in allen Bundesländern sind sich Land, kommunale Spitzenverbände

und Landesverbände der Pflegekassen darin einig, wo die Aufgaben der Pflegeberatung am günstigsten zu platzieren sind. Konsens findet sich sowohl für eine Pflegestützpunktlösung (z.B. Rheinland-Pfalz) als auch für eine unter Verzicht auf Pflegestützpunkte (z.B. Sachsen). Oftmals stehen sich unterschiedliche Positionen gegenüber: Länder und (zumeist) Kommunen, die die Aufgabe der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten (oder das individuelle Fallmanagement auf kommunaler Ebene) sehen und die (großen) Kassen, die das Angebot der Pflegeberatung allein bei der jeweiligen Pflegekassen für ihre Versicherten als richtig angesiedelt betrachten. Die Konflikte und die Auseinandersetzungen über den richtigen Weg der Pflegeberatung scheinen nach Aussage von Experten in einigen Ländern keineswegs ausgetragen und abgeschlossen. Dies führt zusammen mit den unterschiedlichen Implementationsstrategien der Pflegekassen zu einer höchst differentiellen regionalen Infrastruktur und Beratungslandschaft in Deutschland, behindert ein klares Profil von Pflegeberatung in der Öffentlichkeit und führt zu einem hohen Aufwand für die Pflegekassen, sich mit ihrem Pflegeberatungsangebot an die jeweilige Landesstruktur anzupassen.

Für das Fallmanagement wird qualifiziert. Die Praxis der Pflegeberatung beschränkt sich häufig noch auf Information und allgemeine Leistungsberatung.

Nach Angaben der Pflegekassen sind im Aufgabenbereich der Pflegeberatung unterschiedliche Berufsgruppen tätig: Überwiegend Pflegefachkräfte und Sozialversicherungsfachangestellte, in den Pflegestützpunkten eher Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Die ganz überwiegende Anzahl von ihnen befindet sich in Qualifizierungsmaßnahmen oder hat diese bereits abgeschlossen. Die Ausbildung trägt maßgeblich dazu bei, dass ein Arbeitsfeld mit einem eigenen fachlichen Profil und beruflicher Identität entsteht. Die in der Pflegeberatung Tätigen sind nach Auskunft der Experten überwiegend mit ihrer Arbeit zufrieden. Sie schätzen die Wirksamkeit von professionell durchgeführten Beratungsprozessen. Die zum Auf- und Ausbau der Pflegeberatung erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen werden im Wesentlichen von den jeweiligen Pflegekassen selbst verfolgt und orientieren sich an den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes.

Die Ergebnisse der Pflegekassenbefragung sowie die Fallstudien machen allerdings ebenfalls deutlich, dass sich die im Rahmen der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI durchgeführten Leistungen momentan überwiegend auf eine einmalige Information und Beratung zum Leistungsrecht im Zusammenhang mit Fragen der Pflegebedürftigkeit beschränken. Darüber hinaus ergreift ein Teil der Kassen vorrangig aus besonderem Anlass die Initiative zu Pflegeberatungen, etwa aufgrund von Hinweisen im MDK Gutachten oder im Zusammenhang mit den Ergebnissen von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3. SGB XI. Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements mit i. d. R. mehrfachen Kontakten und mehreren Akteuren verschiedener Leistungsakteure ggf. über einen längeren Zeitraum ist in der Praxis selten. Diese im Rahmen der Evaluation gewonnene Einschätzung wird durch Befunde aus der Nutzerbefragung sowie aus den Fallstudien gestützt. Auch das Präventionspotential von Beratung kommt bei einem Teil der Menschen mit Pflegebedarf noch nicht in dem erforderlichen – und wie die Fallstudien zeigen auch möglichen – Umfang zur Entfaltung. Eine ausführliche Beratung wird häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn es nicht mehr anders geht. Auch hierbei spielen Informationsdefizite, Nutzungsbarrieren und fehlende Wirksamkeitserwartungen eine wichtige Rolle. Niederschwelligkeit und eine gute Kenntnis der lokalen Hilfestrukturen im Verbund mit einer aufsuchenden Bera-

tung können hier Abhilfe schaffen und das Vertrauen in die Wirksamkeit aufbauen. Das ist erforderlich, damit private Pflegehaushalte professionelle Unterstützung auch annehmen und bei der Gestaltung ihres individuellen Pflegearrangements bewusst mit einbeziehen. Besonders bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass im Rahmen der Pflegeberatung solche Berater eingesetzt werden, die eine ausgeprägte Sensibilität für einen möglicherweise vorhandenen weitergehenden Beratungsbedarf haben und die entsprechend auf die Klienten zugehen können. Dies wäre ein wichtiger Schritt dahin, das vorhandene Beratungspotential breiter nutzbar zu machen und damit besser auszuschöpfen.

Für die Frage der Personalbemessung finden sich bei den Kassen nach eigenen Angaben keine einheitlichen Vorgehensweisen. Zumeist überlässt man die Frage des weiteren Ausbaus sowohl bei den Kassen als auch bei den Pflegestützpunkten dem weiteren Implementationsprozess und der „Bedarfsentwicklung“.

Gute Praxis zeigt, dass mit qualifizierter Pflegeberatung die Ziele des Gesetzes erreicht werden können.

Die Fallstudien zur Umsetzung der Pflegeberatung zeigen, dass die Arbeit der Beraterinnen und Berater von sehr unterschiedlichen Konzepten geleitet wird – und zwar sowohl in Bezug auf den Umfang und die Aufbereitung als auch inhaltlich hinsichtlich des Verständnisses der Beratung. Einige der betrachteten Angebote der Beratung (sowohl durch Pflegekassen als auch in Pflegestützpunkten) fallen durch eine Beratungspraxis auf, die sich vorwiegend auf die Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung oder auf die Inanspruchnahme von bewilligten Leistungen bezieht. Die Beratung umfasst hier häufig nur einen oder wenige Kontakte mit den Nutzern. Dritte (wie z.B. formelle und informelle Anbieter von Unterstützungsmöglichkeiten oder andere Beratungsangebote) werden selten aktiv mit in den Beratungsprozess einbezogen.

Mit den Good-Practice-Beispielen bei einer Pflegekasse und in einem Pflegestützpunkt liegen aber auch zwei Implementierungen vor, bei der die Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI in beispielgebender Weise gelungen ist. Dies manifestiert sich dort insbesondere an der Breite der Beratungsinhalte auch über die Leistungskomplexe der Pflegeversicherung hinaus, aber auch am Verständnis von Fallbegleitungen für Nutzer mit einschlägiger Bedarfslage. Die Fallbegleitung und die Versorgungsplanung sind hier gekennzeichnet durch mehrere, in einem engen zeitlichen Zusammenhang erfolgenden Beratungen und Nachfragen bei den Nutzern der Beratung aber auch bei anderen am Versorgungsprozess Beteiligten.

Im Zusammenhang mit der guten Praxis wird eine besondere Professionalität hinsichtlich der Beratungsabläufe erkennbar. So werden die Bedarfslagen der Nutzer systematisch und in das Qualitätsmanagement eingebunden erhoben. Nach Abschluss der Beratungen erfolgt ebenso systematisch eine Evaluation der Beratungsergebnisse. Die Good-Practice eines der untersuchten Pflegestützpunkte ist außerdem geprägt von einer gelungenen Integration der zuvor bestehenden Beratungs- und Koordinierungsstelle. Die kommunalen Beschäftigten des Stützpunkts und die von den Kassen entsandten Berater arbeiten hier in einer integrierten Pflegeberatung. Diese profitiert von den unterschiedlichen Professionen und beruflichen Hintergründen sowie den teilweise langjährigen Erfahrungen der Mitarbeiter und ihrer örtlichen Vernetzung ebenso, wie von der für alle Berater zuständigen Geschäftsführung mit einheitlicher Dienst- und Fachaufsicht. Die Beratung beim Good-Practice-Beispiel einer Kasse kennzeichnet sich weiterhin durch

eine relative Unabhängigkeit von der Sachbearbeitung der örtlichen Pflegekasse. Diese Unabhängigkeit unterstützt die Entwicklung eines eigenen professionellen Selbstverständnisses als Pflegeberatung innerhalb der Kasse.

Es ist kein Einheitsmodell für die Implementierung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erkennbar.

Sowohl die Kassen als auch die Länder und in ihnen Kassen und Kommunen gehen höchst unterschiedliche Wege, wie sie die Aufgabe der Pflegeberatung umsetzen und implementieren. Dabei lässt sich kein Königsweg bestimmen: Für verschiedene Umsetzungsoptionen gibt es gute Gründe und anschauliche Beispiele. Das gilt sowohl für in Pflegestützpunkte integrierte Pflegeberatung, die einheitlich gegenüber allen Versicherten wahrgenommen wird, als auch für Pflegeberatung, die als eigenständige Aufgabe von Pflegekassen aufgebaut, angeboten und als zugehende Beratung umgesetzt wird. Gute Beispiele können aber nicht darüber hinweg täuschen, dass die neue Aufgabe der Pflegeberatung in der Fläche noch längst nicht vollständig im Sinne eines individuellen Fallmanagements implementiert ist. Die Einführung der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI ist nach Ansicht der Kassen, Kommunen und Länder noch keineswegs als abgeschlossen anzusehen. Das gilt auch für die Implementierung von Pflegestützpunkten. Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass Angebote der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von den Pflegekassen vorgehalten werden – mit marginalen Ausnahmen. Justierungsbedarf ergibt sich hinsichtlich einer abgestimmten Gestaltung mit den sonstigen vorhandenen (kommunalen) Beratungsangeboten sowie hinsichtlich einer möglichst umfassenden und Fallmanagement orientierten Ausgestaltung der Pflegeberatung.

Es fehlt noch an einer übergreifenden und effizienten, alle Pflegebedürftigen in gleicher Weise erreichenden Implementationsstrategie für die Pflegeberatung.

Viele interessante Ansätze, hohe Motivation von verantwortlichen Akteuren, intelligente Software und vielfältige Instrumentarien wurden in der Evaluation über die ersten zwei Jahre der Pflegeberatung dokumentiert. Eine aufeinander bezogene Implementationsstrategie – kassenübergreifend, auf landes- und auf örtlicher Ebene – ist eher die Ausnahme. Dort wo sie verfolgt wird, finden sich in besonderer Weise Beispiele guter Praxis. Noch fehlt es an einer gemeinsamen Strategie im Implementierungsprozess der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte. Das Nebeneinander der Implementationsbemühungen erscheint nicht effizient: Es werden mit hohem Aufwand parallel von vielen Kassen und auf Landesebene Lösungen für ähnliche Fragen gesucht (Prozesssteuerung, Software, Formulare, Qualitätssicherung), die Schnittstellen zwischen der Pflegeberatung der Pflegekassen und den Beratungsinfrastrukturen auf kommunaler und verbandlicher Ebene sind nur selten synergetisch ausgestaltet, die schon vor Einführung der Pflegeberatung vorhandene Pflegeberatungskultur und die entsprechenden Strukturen wurden und werden nicht immer optimal bei der Implementation der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI berücksichtigt und genutzt. Hier zeigen sich vielfältige Optimierungsmöglichkeiten für eine vernetzte Umsetzung der neuen Aufgabe Pflegeberatung.

7 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

1. *Um eine qualifizierte Pflegeberatung allen Versicherten in gleicher Weise zugänglich zu machen, bedarf es weiterer konzertierter Anstrengungen.*

Der mit § 7a SGB XI eingeführte Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, der auf ein individuelles Fallmanagement im Bedarfsfall bezogen ist, bietet für viele auf Pflege angewiesene Menschen und ihre Angehörigen eine mögliche, wertvolle Unterstützung, um die mit der Pflege verbundenen Herausforderungen in der Lebensgestaltung besser zu bewältigen. Zwei Jahre nach der Einführung ist der Implementationsprozess des neuen Angebots allerdings noch lange nicht abgeschlossen: das zeigen die Ergebnisse der Evaluation. Um die Pflegeberatung allen versicherten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen überall zugänglich zu machen, bedarf es auf der einen Seite weiterer Anstrengungen hinsichtlich eines aufeinander bezogenen Aufbaus von Strukturen, der Organisation und Konzeption der Pflegeberatung sowie der Qualifizierung der Beratungskräfte. Auf der anderen Seite sollten die bisherigen und regional sehr leistungsfähigen Beratungsstrukturen vor Ort zur Sicherstellung einer qualifizierten Beratung und im Bedarfsfall für ein individuelles Fallmanagement einbezogen werden. Anders lässt sich kurzfristig Pflegeberatung für alle Versicherten schwerlich sicherstellen.

2. *Die Pflegeberatung braucht allgemein anerkannte Standards und eine Qualitätsdebatte!*

Die neue Leistung der Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI wird von den Pflegekassen in sehr unterschiedlicher Weise interpretiert und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht einheitlich umgesetzt. Pflegeberatung bietet Hilfen für komplexe Lebenssituationen pflegebedürftiger Menschen. Sie wird nicht von allen auf Pflege angewiesenen Menschen benötigt. Vielen Ratsuchenden reichen Information und allgemeine Beratung i. S. d. § 7 SGB XI. Um die Pflegeberatung als individuelles Fallmanagement im Bedarfsfall allen auf Pflege angewiesenen Menschen in qualifizierter Weise zugänglich zu machen, bedarf es einer einheitlicheren Profilierung der Pflegeberatung, orientiert an dem allgemeinen Stand der Erkenntnisse zu den Methoden und Funktionen des individuellen Fallmanagements und eine entsprechende Qualitätsdebatte über die Pflegeberatung.

3. *Pflegeberatung muss noch besser bekannt gemacht werden.*

Das Angebot der Pflegeberatung ist trotz entsprechender Bemühungen vieler Pflegekassen, Kommunen und Länder in der Bevölkerung noch zu wenig bekannt. Das zeigt vor allem die Nutzerbefragung. Die Nachfrage nach Pflegeberatung ist bei dem von Experten unterstellten Bedarf vielfach noch verhalten. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass viele potentielle Nutzer noch zu wenig von ihr wissen und sie von sich aus nicht nachfragen. Eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit auf Bundes- und Landesebene, durch die Kassen und regionale Kommunikationsstrategien kann das Wissen um das Angebot und das Profil der Pflegeberatung verbreiten. Der Zugang zur Beratung ist niederschwellig und darüber hinaus als zugehende Beratung auszugestalten, wenn dies von den Pflegebedürftigen gewünscht wird. Auf diese Weise können – wie die

Praxis einer Reihe von Kassen zeigt - auch Versicherte erreicht werden, die Pflegeberatung trotz entsprechenden Bedarfs sonst nicht in Anspruch nehmen würden.

4. Den lokalen Bezug in der Pflegeberatung stärken.

Pflegeberatung entfaltet ihre Wirkung insbesondere dann, wenn sie auf vernetzte lokale Hilfsangebote und Versorgungsstrukturen zurückgreifen kann. Das zeigen die Good practice-Beispiele. Auf dieser Grundlage können auf die individuelle Bedarfs- und Ressourcensituation ausgerichtete und passfähige, formelle und informelle Hilfen für die auf Pflege angewiesenen Menschen und ihre Angehörigen vermittelt, zusammengeführt und organisiert werden. Die heute angebotene Pflegeberatung ist noch ganz wesentlich auf Information und Beratung zu gesetzlichen Ansprüchen fokussiert. Die Praxis der Pflegeberatung sollte demgegenüber wesentlich stärker auf die individuellen Lebenswelten und -lagen und lokalen Versorgungssituationen Bezug nehmen und die Hilferessourcen formeller, aber auch nachbarschaftlicher und bürgerschaftlicher Art einbeziehen. Good practice in der Pflegeberatung zeigt auf, wie wichtig der lokale Bezug ist - unabhängig davon, ob Pflegeberatung bei den jeweiligen Kassen direkt oder gemeinsam in Pflegestützpunkten angeboten wird.

5. Pflegeberatung braucht Unabhängigkeit.

Pflegeberatung dient dem einzelnen Pflegebedürftigen zur Bewältigung seiner Lebenssituation. Sie ist mit höchstpersönlichen Lebensumständen konfrontiert und baut auf Diskretion und Vertrauen. Ihr kommt auch eine advokatorische und empowernde Funktion zu. Eine als unabhängig wahrgenommene Pflegeberatung erzielt nach der Nutzerbefragung die günstigsten Effekte. In der Praxis der Pflegekassen zeigen sich sehr unterschiedliche Ansiedlungs- und Organisationsformen für die Pflegeberatung. Um die für das Vertrauen in die und die Wirksamkeit der Beratung bedeutsame Unabhängigkeit der Pflegeberater zu gewährleisten, sollte die Pflegeberatung nicht mit anderen Funktionen verschränkt werden und ist die Neutralität der Pflegeberatung organisatorisch sicherzustellen. Dabei ist der Beachtung datenschutzrechtlicher Anliegen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

6. Zusammenarbeit beim Aufbau der Pflegeberatung verbessern.

Für die Implementation von Pflegeberatung ist kein Königsweg erkennbar. Die Praxis der Beratung bei Pflegekassen und in Pflegestützpunkten ist von Vielfalt geprägt. Die Umsetzungsbemühungen erscheinen in einer Gesamtbetrachtung nicht effizient, da sie vielfach parallel verlaufen: für die meisten Kassen gesondert und zusätzlich in den Bundesländern in den und für die Pflegestützpunkte(n). Sie führen längst nicht überall zu einer gleichmäßigen Verfügbarkeit der Pflegeberatung für alle Versicherten. Es sind intensivere Anstrengungen erforderlich, die Pflegeberatung im kooperativen Zusammenwirken und unter Nutzung von Synergien zu realisieren.

7. *Pflegeberatung in Pflegestützpunkten verlangt nach Ressourcen von und für die Kommunen zum Aufbau von Pflegestützpunkten.*

Ohne Engagement der Bundesländer und ohne Ressourcen der kommunalen Gebietskörperschaften lässt sich bei der gegebenen Finanzierungskonzeption die Pflegeberatung in Pflegestützpunkten in der Fläche nicht realisieren. Soll Pflegeberatung in Pflegestützpunkten wohnortnah und zugehend für alle Pflegebedürftigen und nicht nur für Versicherte bestimmter Kassen angeboten werden, ist in vielen Ländern ein stärkeres Engagement und ein nachhaltiger Ressourceneinsatz der und für die Kommunen zum Aufbau von Pflegestützpunkten geboten.

8. *Die Implementation der Pflegeberatung baut auf eine Kultur der Kooperation.*

Pflegeberatung lebt von bedarfsgerechten und effizienten Versorgungsstrukturen und einem guten Zusammenwirken der unterschiedlichen Beteiligten, die sich kooperativ zu gemeinsamen Anstrengungen in Hinblick auf die individuelle Versorgung Pflegebedürftiger zusammenfinden. Pflegeberatung lässt sich nicht im Alleingang implementieren; effizientes Zusammenwirken lässt sich nicht anordnen. Insofern ist eine gut abgestimmte Implementationsstrategie gefragt und dies auf allen Ebenen: Auf der Bundesebene, um einheitliche Standards für eine unabhängige Pflegeberatung zu erarbeiten, auf der jeweiligen Landesebene, um zu ermöglichen, dass die Partner (Kassen, Kommunen und Länder) auf Augenhöhe die gemeinsame Ziele, die mit der Pflegeberatung verfolgt werden, erreichen und auf der kommunalen Ebene, um eine bedarfsgerechte, abgestimmte und leistungsfähige Infrastruktur an Hilfen, Diensten und Einrichtungen zu befördern, die für eine wirksame Pflegeberatung essentiell ist.

9. *Ein unabhängiges Kompetenzzentrum Pflegeberatung einrichten.*

Die Anstrengungen um die Einführung der Pflegeberatung werden noch nicht systematisch aufeinander bezogen. An vielen Orten wird engagiert an der Implementation der Pflegeberatung gearbeitet. Es fehlt an einem übergreifenden Diskurs und an einem Ort, an dem die Diskussionen gebündelt und die Implementationsbemühungen aufeinander bezogen werden. Ein Kompetenzzentrum Pflegeberatung könnte ein solcher Ort sein. In einem unabhängigen Kompetenzzentrum Pflegeberatung könnten notwendige Qualitätsdebatten um eine wirksame Pflegeberatung geführt, Wissensbestände, Instrumente sowie Erfahrungen zur Pflegeberatung zusammengetragen, weiterentwickelt und für alle Verantwortungsträger, die für die Umsetzung von Pflegeberatung auf Bundesebene, in den Ländern, bei den Kassen und auf kommunaler Ebene verantwortlich sind, nutzbar gemacht werden. Es hätte Forum-, Service- und Entwicklungsfunktionen. Durch eine Beteiligung von Kassen, Kommunen, Ländern, Verbrauchern aber auch Dienstleistern und der Wissenschaft könnte es auf eine breite Basis gestellt werden. Es kann in der Phase der Einführung der Pflegeberatung eine wichtige Bündelungs- und Katalysatorenfunktion für eine einheitlichere, bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Implementation der Pflegeberatung wahrnehmen.

10. *Ein aktueller gesetzlicher Änderungsbedarf für die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI wird nicht gesehen.*

Die gesetzliche Regelung der Pflegeberatung in § 7a SGB XI wird als tragfähige Grundlage für die allseits als wichtig angesehene Aufgabe bewertet. Es kommt für eine Case Management-basierte Beratung von Pflegebedürftigen insbesondere auf die Implementation der neuen Aufgabe an, die im Rahmen der gesetzlichen Regelung gelingen kann. Eine Diskussion von Gesetzesänderungen und ihre Ankündigung würden den begonnenen Implementationsprozess irritieren. Die Ergebnisse der Evaluation geben auch keinen Anlass für eine entsprechende Diskussion.

Literaturverzeichnis

- Barré, J. de la. Rudolph, P. (2009): Abschlussbericht – Evaluation des Modellprojektes Vernetzte Pflegeberatung in den Regionen Landeshauptstadt Magdeburg und Landkreis Harz. Magdeburg
- Belardi, N. u. a. (2011): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. Weinheim und München (6. Auflage)
- Berger, G. Hansen, J. (2004): Modellprojekt trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Kurzbericht. Kiel
- Berger, G. Hansen, J. (2006): Modellprojekt trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein. Phase II. Zwischenbericht Kosteneffektivität der Beratungsstellen. Kiel
- Bogner, A. Menz, W. (2005): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A. Littig, B. Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden, S. 33-70
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Bonn
- Coleman, J. (1988): Social capital and the creation of human capital. In: American Journal of Sociology 94, S. 95-120
- Dierks, M. Schwartz, F. W. Walter, W. (2000): Patienten als Kunden. Informationsbedarf und Qualität von Patienteninformationen aus Sicht der Public Health-Forschung. In: Jazbinsek, D. (Hrsg.) (2000): Gesundheitskommunikation. Wiesbaden, S. 150-163
- Döhner, H. Köpke, S. et al. (2010): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg (PSPHH). Abschlussbericht. Hamburg
- Donabedian, A. (1969): Some issues in evaluation the quality of nursing care. American Journal of Public Health, 59, S. 1833-1836.
- Ewers, M. Schaeffer, D. (Hrsg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis. Bern (2. ergänzte Auflage)
- Flick, U. (2007): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. von und Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Aufl., Reinbek bei Hamburg, S. 309-318.
- Flyvbjerg, B. (2006): Five Misunderstandings About Case-Study Research. Qualitative Inquiry, 12, S. 219-245.
- Folstein, M. F. Folstein, S. E. McHugh, P. R. (1975): „Mini-mental state“: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12, S. 189-198.
- Frommelt, M. Klie, Th. Löcherbach, P. Mennemann, H. Monzer, M. Wendt, W.R. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Freiburg

Heckhausen, H. (Hrsg.) (1974): Motivationsforschung. Band 2. Leistung und Chancengleichheit. Göttingen

Heckhausen, J. Heckhausen, H. (Hrsg.): (2010): Motivation und Handeln. Berlin und Heidelberg (4., überarbeitete und erweiterte Auflage)

Klie, T. Ziller, H.: (2009): Zur Organisationsstruktur von Pflegestützpunkten. In: NDV 05/2009, S. 173 – 178. Berlin

Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege. Baden-Baden.

Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Aufl., Weinheim.

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. Dresden

Mayring, Ph. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel (10. neu ausgestattete Auflage)

MDK Bayern, FH Deggendorf (Hrsg.) (2011): Die Pflegeberatung. Landsberg

Meuser, M. Nagel, U. (2005): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht – Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A. Littig, B. Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden, S. 71–94

Michell-Auli, P. Strunk-Richter, G. Tebest, R (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. 2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009. Köln

Michell-Auli, P. Strunk-Richter, G. Tebest, R. (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung – Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Köln

Nickel, W., Born, A., Hanns, S., Brähler, E. (2011): Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Band 44, Heft 2, S. 109-114

Oevermann, U., Allert, T., Konau, E. und Krambeck, J. (1979): Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, H.-G. (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart, S. 352-434.

Øvretveit, J. (1998): Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions. Buckingham.

Pfaff, H. (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden

Ramboll Manangement Consulting GmbH (2011): Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg (im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg). Berlin

- Reichertz, U. (2007): Objektive Hermeneutik und hermeneutische Wissenssoziologie. In: Flick, U., Kardorff, E. von und Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Aufl., Reinbek bei Hamburg, S. 514-524.
- Schiffer-Werneburg, M.-L. (2009): §7a SGB XI Pflegeberatung, in: Klie, Th., Kraemer, U. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XI, Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden (3. Auflage), S. 116-148
- Schmidt, M. Schneekloth, U. (2011): Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Bonn (im Erscheinen)
- Schneekloth, U. Wahl, H.W. (Hrsg.) (2006): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart
- Stiftung Warentest (2010): Hilfe aus einer Hand. In: Test 11/2010, S. 86-97
- Wambach, V. Lindenthal, J. Frommelt, M. (2005), in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Integrierte Versorgung-Zukunftssicherung für niedergelassene Ärzte. Praktische Tipps und Anregungen aus dem PraxisNetz Nürnberg Nord, ecomed Medizin, Landsberg Lech
- Wendt, W. R. (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Einführung. Freiburg (5. überarbeitete Auflage)
- Wendt, W. R. (2011): State of the art: Das entwickelte Case Management, in: Wendt, W. R. Löcherbach, P. (Hrsg): Case Management in der Entwicklung, Stand und Perspektiven der Praxis. Heidelberg (2. überarbeitete Auflage) S. 39-52
- Yin, R. K. (1999): Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research. Health Services Research, 34, 1209-1224.
- Yin, R. K. (2003): Applications of Case Study Research. 2. Aufl., Thousand Oaks.