

Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg Mai 2023 bis Juni 2024



STUDIEN
BERICHT

Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg Mai 2023 bis Juni 2024

Dr. Grit Braeseke
Ulrike Pörschmann-Schreiber
Thuy Ha Nguyen
Thorsten Tisch
Nina Lingott
Moritz Hildebrandt
Isabelle Oehse
Olivia Kasperek
Friederike Mast
Dr. Elisabeth Hahnel

Abschlussbericht

für die Kommission Pflegestützpunkte

Berlin, 30. Juni 2024

Autoren

Dr. Grit Braeseke
Dr. Elisabeth Hahnel
Moritz Hildebrandt
Olivia Kasperek
Nina Lingott
Friederike Mast
Thuy Ha Nguyen
Isabelle Oehse
Ulrike Pörschmann-Schreiber
Thorsten Tisch

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

**Evaluation der
Pflegestützpunkte in
Baden-Württemberg
Mai 2023 bis Juni 2024**



Vorwort

Mit dem Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte nach §7c Abs. 6 SGB XI, der zwischen den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen und den kommunalen Landesverbänden abgeschlossen wurde und zum 1.7.2018 in Kraft trat, wurden die Rahmenbedingungen für die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg festgelegt und somit die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte in den Stadt- und Landkreisen ermöglicht. Diese wurde seither kontinuierlich vollzogen.

Der Rahmenvertrag sieht in § 12 Abs.1 die Durchführung einer wissenschaftlichen Evaluation vor, welche als Grundlage für die Vertragspartner des Rahmenvertrags der Pflegestützpunkte Baden-Württemberg dienen soll, um Erkenntnisse über ggf. erforderliche Anpassungen des Rahmenvertrages zu gewinnen. Darüber hinaus sollten Bedingungen und Kriterien aufgezeigt werden, wie die Pflegestützpunkt-Struktur in Baden-Württemberg zukunftsfähig aufgestellt sein kann.

Dies bezieht sich insbesondere auf folgende Aspekte:

- die Arbeit der Pflegestützpunkte (inklusive Umfang und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in den Pflegestützpunkten)
- die erforderliche Anzahl an Mitarbeiter*innen innerhalb der Pflegestützpunkte
- die grundsätzliche Orientierungsgröße
- Definitionen der Begrifflichkeiten „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ im Kontext der Pflegestützpunkte

Das von der Kommission Pflegestützpunkte mit der Evaluation beauftragte IGES-Institut Berlin, hat nunmehr den Abschlussbericht vorgelegt. Dieser beinhaltet die Ergebnisse der Erhebungen, die vom IGES Institut konzipiert und in den letzten Monaten durchgeführt wurden, sowie – auf Basis dieser Erkenntnisse - Handlungsempfehlungen für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg.

Diese Bestandsaufnahme wird für die Vertragspartner des Rahmenvertrags, neben weiteren Analysen und Gesichtspunkten, Grundlage für die Verhandlungen über den Rahmenvertrag für die Pflegestützpunkte sein, um auch zukünftig eine bedarfsorientierte Entwicklung aller Pflegestützpunkte sicherzustellen.



Martina Kußmaul
Städtetag Baden-Württemberg
Vertreter der kommunalen
Spitzenverbände auf Landesebene



Karin Gaiser
AOK Baden-Württemberg
Vertreterin der Landes-
verbände der Kranken- und
Pflegekassen

Inhalt

Abstract	15
1. Hintergrund und Ziel	17
2. Methodisches Vorgehen der Datenerhebungen	21
2.1 Tätigkeitserfassung der Beschäftigten in den Pflege- stützpunkten	22
2.2 Online-Befragung von Vorgesetzten und Beschäftigten der Pflegestützpunkte	26
2.3 Befragung von Nutzerinnen und Nutzern der Pflege- stützpunkte	28
2.4 Regionalisierter Personalbedarf	29
2.4.1 Überblick	29
2.4.2 Datengrundlage für die Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung	30
2.4.3 Modell für die Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung	33
2.4.4 Prognose der Entwicklung des Personalbedarfs anhand der Bevölkerungsentwicklung	37
3. Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der allgemeinen Qualitätsanforderungen an Pflegeberatung	39
3.1 Rahmenbedingungen auf Bundesebene	39
3.2 Rahmenbedingungen auf Landesebene	41
3.3 Qualitätsrahmen Beratung in der Pflege	46
4. Evaluationsergebnisse der Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden- Württemberg	49
4.1 Beschreibung der Stichproben	49
4.1.1 Tätigkeitserfassung	50
4.1.2 Online-Befragung der Vorgesetzten	50
4.1.3 Online-Befragung der Beschäftigten	50
4.1.4 Befragung der Nutzerinnen und Nutzer	52
4.2 Strukturelle Charakteristiken der Pflegestützpunkte	53
4.2.1 Anzahl und Öffnungszeiten	53
4.2.2 Personalausstattung und -qualifikation	57
4.2.3 Tätigkeitsorte und technische Ausstattung	66
4.3 Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegestützpunkte	69
4.3.1 Tätigkeitsspektrum der Beraterinnen und Berater	69
4.3.2 Zielgruppen und Beratungsleistungen	76
4.3.3 Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit	82
4.3.4 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	90
4.4 Bekanntheit, Inanspruchnahme, Qualität und Wirksamkeit der Beratungen	90
4.4.1 Bekanntheit der Pflegestützpunkte aus Sicht der Beschäftigten	91

4.4.2	Bekanntheit der Pflegestützpunkte und des Beratungsangebotes aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer	95
4.4.3	Gründe für die Inanspruchnahme aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer	96
4.4.4	Qualität und Wirkung der Beratung	98
4.5	Bedarfsgerechtigkeit und Wohnortnähe	105
4.5.1	Lage und Entfernung zu anderen Akteuren	105
4.5.2	Erreichbarkeit und infrastrukturelle Anbindung der Pflegestützpunkte	107
4.5.3	Bedarfsgerechtigkeit und Ausschöpfung des Orientierungswertes	111
4.6	Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte	118
4.6.1	Weiterentwicklungspotenziale aus Nutzersicht	118
4.6.2	Wünsche zur Weiterentwicklung aus Sicht der Beschäftigten	120
5.	Prognose zur Entwicklung des Pflegeberatungs- und Personalbedarfs in Baden-Württemberg bis 2028	123
5.1	Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung in Baden-Württemberg	123
5.2	Prognose des zukünftigen Beratungs- und Personalbedarfs in Baden-Württemberg	125
6.	Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	128
6.1	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	128
6.1.1	Erkenntnisse zu den Strukturen und der Personalausstattung der Pflegestützpunkte	129
6.1.2	Erkenntnisse bzgl. der Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegestützpunkte	131
6.1.3	Erkenntnisse zur Bekanntheit, Inanspruchnahme, Qualität und Wirksamkeit der Beratung	135
6.1.4	Erkenntnisse zur Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit	138
6.2	Handlungsempfehlungen	142
7.	Anhang	150
A1	Informations- und Begleitschreiben zur Studie	151
A2	Online-Befragung der Vorgesetzten	154
A3	Online-Befragung der Beschäftigten	176
A4	Fragebogen der Nutzerinnen und Nutzer	199
A5	Ausfüllhilfe zur Tätigkeitserfassung	209
A6	Dokumentationshilfe zur Tätigkeitserfassung	222
	Literaturverzeichnis	225
	Abbildungen	9
	Tabellen	11
	Abkürzungsverzeichnis	13

Abbildungen

Abbildung 1:	Überblick über die methodischen Schritte der Evaluation	21
Abbildung 2:	Kompetenzprofil Beratungskompetenz	48
Abbildung 3:	Übersicht über die Datenerhebungen	49
Abbildung 4:	Anteil und Art der Beschäftigten in % (n = 200)	51
Abbildung 5:	Beschäftigte in den PSP nach Beschäftigungsart und Qualifikation	58
Abbildung 6:	Abweichungen der IST- von der SOLL-Besetzung in % (n = 113)	59
Abbildung 7:	Einschätzung zur aktuellen Personalausstattung am jeweiligen Standort in % (n = 113)	59
Abbildung 8:	Einschätzung zur Abdeckung des regionalen Beratungsbedarf mit der derzeitigen Personalausstattung in % (n = 200)	60
Abbildung 9:	Zusätzliche durch die Kommune zur Verfügung gestellte Ressourcen in % (n = 113)	62
Abbildung 10:	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten Beschäftigte in % (n = 100, Mehrfachnennung möglich)	63
Abbildung 11:	Einschätzung zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in % (n = 200)	65
Abbildung 12:	Einschätzung Beratungskompetenz in % (n = 200)	66
Abbildung 13:	Anteil der Beratungsorte in %, bezogen auf die Beraterinnen und Berater (n = 4.743 Tätigkeiten)	68
Abbildung 14:	Häufigkeiten von Tätigkeiten in % (n = 200)	70
Abbildung 15:	Anteil der Tätigkeitsarten im PSP in % (n = 10.715 Tätigkeiten)	71
Abbildung 16:	Anteilige Zeitaufwände der Tätigkeitsarten im PSP in % (n = 10.715 Tätigkeiten)*	72
Abbildung 17:	Häufigkeiten unterschiedlicher Fallkategorien in % (n = 4.743 Tätigkeiten)	73
Abbildung 18:	Zeitbedarfe nach Fallkategorie in Minuten (pro Klientin/Klient)	76
Abbildung 19:	Anteil der Beschäftigten mit Fort- und Weiterbildungen für spezifische Zielgruppen in % (n=113, Mehrfachnennung möglich)	77

Abbildung 20:	Einsatz von schriftlichem Material im Rahmen der Beratungsgespräche zur Unterstützung der Informationsvermittlung in % (Mehrfachnennung möglich)	81
Abbildung 21:	Am Standort genutzte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit in % (n = 102)	82
Abbildung 22:	Einschätzung zur Erhöhung der Bekanntheit des Beratungsangebots durch Mittel der Öffentlichkeitsarbeit in % (n = 102)	83
Abbildung 23:	Art der Vernetzung mit anderen Akteuren in % (n = 101)	85
Abbildung 24:	Aussagen zur Vernetzung I in % (n = 200)	86
Abbildung 25:	Bekanntheit Rolle und Aufgaben des PSP in % (n = 200)	91
Abbildung 26:	Bekanntheit des Angebotes bei Akteursgruppen I in % (Mehrfachnennung möglich)	92
Abbildung 27:	Bekanntheit des Angebotes bei Akteursgruppen II in % (Mehrfachnennung möglich)	93
Abbildung 28:	Bekanntheit des Angebotes in der Bevölkerung in % (n = 200)	94
Abbildung 29:	Welche Akteure decken mögliche Aufgabenbereiche von Pflegestützpunkten? (in %, Mehrfachnennung möglich)	95
Abbildung 30:	Informationsquellen zur Existenz von Beratungsmöglichkeiten in Pflegestützpunkten in % (Mehrfachnennung möglich)	96
Abbildung 31:	Einschätzung Wirkung Pflegeberatung I in % (n = 200)	99
Abbildung 32:	Einschätzung Wirkung Pflegeberatung II in % (n = 200)	100
Abbildung 33:	Einschätzung Wirkung Pflegeberatung III in % (n = 200)	100
Abbildung 34:	Zufriedenheit mit der Beratung in % (n = 659)	101
Abbildung 35:	Einschätzung zur Beratung I in % (n = 659)	102
Abbildung 36:	Einschätzung zur Beratung II in % (n = 659)	103
Abbildung 37:	Einschätzung zur Beratung III in % (n = 659)	104
Abbildung 38:	Lage und Erreichbarkeit der Pflegestützpunkte in % (n = 200)	106
Abbildung 39:	Räumliche Nähe zu anderen Einrichtungen in % (Mehrfachnennungen möglich)	106
Abbildung 40:	Gründe für die Auswahl des Pflegestützpunktes bzw. Standortes in % (Mehrfachnennung möglich)	107
Abbildung 41:	Erreichbarkeit des Standorts in % (n = 200)	108

Abbildung 42:	Anreise zum Pflegestützpunkt bzw. Standort in % (Mehrfachnennung möglich)	109
Abbildung 43:	Für die Anreise zum PSP/zur Außenstelle genutzte Verkehrsmittel der Klientinnen und Klienten in % (n = 454)	110
Abbildung 44:	Bewertung Aussagen regionales Beratungsangebot I in % (n = 200)	112
Abbildung 45:	Bewertung Aussagen regionales Beratungsangebot II in % (n = 200)	112
Abbildung 46:	Bewertung Aussagen regionales Beratungsangebot III in % (n = 200)	113
Abbildung 47:	Einschätzung Versorgungssituation im Einzugsgebiet in % (n = 105)	114
Abbildung 48:	Personengruppen mit bestehenden Versorgungslücken in % (Mehrfachnennung möglich)	115
Abbildung 49:	Gründe für nicht ausreichendes Beratungsangebot durch die PSP in % (Mehrfachnennung möglich)	116
Abbildung 50:	Weitere Kriterien neben der Bevölkerungsanzahl in % (n = 53, Mehrfachnennung möglich)	118
Abbildung 51:	Veränderungen der Bevölkerung in Baden-Württemberg 2023 bis 2028 nach Altersgruppe (Anzahl)	124
Abbildung 52:	Personalbedarfsprognose Baden-Württemberg in VZÄ	125
Abbildung 53:	Beispiele Personalbedarfsentwicklung auf Kreisebene	127
Abbildung 54:	Vorschlag zur Datenerfassung im Rahmen der Pflichtenhefte	145
Abbildung 55:	Vorschlag für Erweiterung des Logos der PSP (nur zur Illustration)	147

Tabellen

Tabelle 1:	Definitionen der kundenbezogenen Tätigkeiten	22
Tabelle 2:	Definitionen der Tätigkeiten ohne Klientenbezug	24
Tabelle 3:	Fallaufwandskategorien	34
Tabelle 4:	Verteilung der PSP auf die Fallaufwandskategorien	35
Tabelle 5:	Alter und Pflegegrad der Nutzerinnen und Nutzer (n = 659)	53
Tabelle 6:	Anzahl der Standorte je PSP	54
Tabelle 7:	Häufigkeit von Hausbesuchen (n = 200)	67
Tabelle 8:	Inanspruchnahme der Beratungen in den PSP	75

Tabelle 9:	Häufigkeiten Beratungsleistungen für die Gesamtstichprobe in Prozent (n), (n = 200)	78
Tabelle 10:	Regelmäßigkeit und Qualität der Zusammenarbeit mit Akteursgruppen (n = 200, Mehrfachnennung möglich)	88
Tabelle 11:	Gründe für die Inanspruchnahme der Beratung (n = 4.403, Mehrfachnennung möglich)	97
Tabelle 12:	Anreisezeit in den Pflegestützpunkt bzw. Standort (n = 460)	110
Tabelle 13:	Optimierungspotenziale (n = 1.124, Mehrfachnennung möglich)	119
Tabelle 14:	Wünsche der Beschäftigten zur Weiterentwicklung der PSP in % (n = 115)	121
Tabelle 15:	Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung Baden-Württembergs 2023 bis 2028 (Stichtag 31. Dezember)	123
Tabelle 16:	Personalbedarfsprognose Pflegestützpunkte für Baden-Württemberg insgesamt (in VZÄ)	126

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CM	Case Management
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
IAV-Stelle	Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstelle
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales
Max.	Maximum
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
Min.	Minimum
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PG	Pflegegrad
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt
RV	Rahmenvertrag
SD	Standardabweichung
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen
QM	Qualitätsmanagements
QS	Qualitätssicherung
UPD	Unabhängige Patientenberatung
SenGPG	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
VKS	Vollkraftstunden
VZ	Vollzeitstellen
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Abkürzung	Erläuterung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CM	Case Management
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Abstract

Die vorliegende Studie stellt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der Arbeit der Pflegestützpunkte (PSP) in Baden-Württemberg vor. Die Evaluationsergebnisse sollen dazu beitragen,

- ♦ die Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens zu optimieren,
- ♦ die Arbeit aller Pflegestützpunkte zu vereinheitlichen sowie mehr Bedarfsgerechtigkeit dezentral vor Ort zu erreichen und
- ♦ die Qualität der Beratung zu überprüfen sowie durch Ableitung geeigneter Parameter eine Steigerung der Qualität zu befördern.

Im Rahmen der von Mai 2023 bis Juni 2024 durchgeführten Evaluation sollten auch die festgelegte Orientierungsgröße zur Personalbemessung überprüft sowie anhand empirischer Erkenntnisse der Begriffe „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ spezifiziert werden. Eine Wirkungsanalyse inklusive Aufgaben-/Standardkritik war nicht Gegenstand der Evaluation.

Das methodische Vorgehen umfasste sowohl (Literatur-)Recherchen (u. a. Pflegevorausberechnungen) als auch quantitative und qualitative Datenerhebungen und -analysen (Online-Befragungen von Beschäftigten und Vorgesetzten der Pflegestützpunkte, Befragungen der Nutzerinnen der Pflegeberatung, eine Tätigkeitserfassung sowie Fokusgruppen-/Reflexionsworkshops).

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass seit Inkrafttreten des Rahmenvertrages zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte vom 20.06.2018 in Baden-Württemberg eine im bundesweiten Vergleich sehr dynamische Entwicklung der Strukturen und der Arbeit der PSP stattgefunden hat. Die konkrete Ausgestaltung der PSP, mit einer in allen 44 Kreisen einheitlichen Organisationsform (Kommunen als Anstellungsträger des Personals sowie als Betriebsträger), der Einrichtung einer Kommission Pflegestützpunkte sowie einer Geschäftsstelle Pflegestützpunkte und einer Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, trägt entscheidend zu dieser erfolgreichen Weiterentwicklung bei. Seit Oktober 2019 hat sich die Zahl der Standorte der Pflegestützpunkte von 52 auf 126 Ende 2023 mehr als verdoppelt.

Sowohl die befragten Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeberatung als auch die Beschäftigten bestätigten, dass die Pflegestützpunkte überwiegend gut erreichbar und zentral gelegen sind. Sehr häufig sind andere Beratungsstellen, das Sozialamt, das Rathaus, aber auch Arztpraxen oder Anlaufstellen der Kranken- und Pflegekassen in der Umgebung angesiedelt. Anhand der erhobenen Daten kann das Beratungsangebot als „wohnortnah“ eingeschätzt werden.

Der Personalaufbau in den Pflegestützpunkten erfolgte auf Basis des im Rahmenvertrag vereinbarten Orientierungswertes von einer Vollzeitstelle je 60.000 Einwohner. 271 Pflegeberaterinnen und -berater waren Stand August 2023 in den Pflegestützpunkten beschäftigt (185,0 VZÄ). Zwei Drittel der Beschäftigten und Vorgesetzten waren der Ansicht, dass die aktuelle Personalbesetzung am Standort ausreichend sei, um den regionalen Beratungsbedarf zu decken.

Die befragten Nutzerinnen und Nutzer sind mit den Ergebnissen der Pflegeberatung sehr zufrieden. Die überwiegende Mehrheit hatte keine Schwierigkeiten, zeitnah einen Beratungstermin zu vereinbaren. Diese Befunde lassen darauf schließen, dass das Beratungsangebot im Großen und Ganzen als „bedarfsgerecht“ bezeichnet werden kann.

Es zeigen sich große regionale Unterschiede zwischen den PSP bei der Bearbeitung Beratungen (u. a. aufgrund der Siedlungs- und Altersstruktur der Bevölkerung, Angebotsstrukturen bzgl. der Beratung und (pflegerischen) Versorgung etc.). Die Mehrheit der Kundenkontakte erfolgt telefonisch oder per E-Mail, 30 % der Klientinnen und Klienten werden in den Pflegestützpunkten beraten, ca. jede zehnte Beratung erfolgt im Rahmen eines Hausbesuchs. Einen hohen Anteil der Arbeitszeit (im Mittel über alle Pflegestützpunkte 53 %) beanspruchen nicht-klientenbezogene Tätigkeiten.

IGES hat anhand der von den Beschäftigten und Vorgesetzten erhobenen Daten ein mathematisches Personalbedarfsmodell entwickelt, das regionale Unterschiede im Beratungsgeschehen (u. a. Anzahl und Dauer der Beratungen), Altersgruppen der Klientinnen und Klienten, Häufigkeit von Hausbesuchen und Zeitbedarf für Wegezeiten etc. berücksichtigt. Mit diesem Personalbedarfsmodell wurden für 2023 für jeden der 44 Pflegestützpunkte „bedarfsbezogene“ Personalbedarfe errechnet. Für die Zukunft sollte geprüft werden, ob und welche weiteren Faktoren oder Ergebnisse aus einer möglicherweise ergänzenden Wirkungsanalyse in die Weiterentwicklung des Modells einfließen können. Bis zum Jahr 2028 würde sich aufgrund der Bevölkerungsentwicklung der ermittelte Personalbedarf für ganz Baden-Württemberg auf 200,7 VZÄ (saldiert + 15,6 VZÄ gegenüber der Personalausstattung zum Stichtag 01.07.2023, mittlerer Wert) erhöhen. Wobei sich je nach PSP Aufbau- oder Abbaupotenziale ergeben würden – gegenüber der Ist-Personalausstattung Stand August 2023 würde bis 2028 in 30 PSP in unterschiedlichem Umfang mehr Personal benötigt, in zwölf PSP weniger und bei zwei PSP könnte die Personalausstattung unverändert bleiben.

Folgende Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Arbeit der Pflegestützpunkte wurden erarbeitet:

- ♦ Die regelhafte Ergänzung der Personalressourcen der Pflegeberaterinnen und -berater um eine sog. „koordinierende“ Stelle, deren Tätigkeitsinhalte einheitlich festgelegt werden sollten, kann zu Effizienzgewinnen führen.
- ♦ Es sollte geprüft werden, in welchem Maße die derzeit von den Beraterinnen und Beratern durchgeführten nicht-klientenbezogenen Maßnahmen (insb. im Bereich Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit) zur Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen und zur Bekanntheit der PSP beitragen. Im Ergebnis sollten die Ziele und Inhalte der nicht-klientenbezogenen Tätigkeiten genauer spezifiziert und zweckmäßig reduziert werden. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind aus Effizienzgesichtspunkten daraufhin zu prüfen, ob sie besser auf Ebene der Pflegestützpunkte oder auf Landesebene umgesetzt werden sollten.
- ♦ Zur Vereinheitlichung und Verbesserung der Dokumentation des Leistungsgeschehens sollte künftig zwischen „Information/Auskunft“ und „Beratung bzw. § 7a-Beratung“ unterschieden werden.
- ♦ Pflegestützpunkte sollen als Akteure in regionalen Pflegeformaten (Pflege-, Gesundheitskonferenzen und runde Tische) möglichst verbindlich und schriftlich festgehalten werden, da sie wesentlich zur Vernetzung und damit zur Sicherung der Versorgungsstrukturen beitragen. Beraterindividuelle Netzwerke werden diesen Anforderungen nicht gerecht.

1. Hintergrund und Ziel

Die infolge der Alterung der Bevölkerung komplexer werdenden Versorgungsbedarfe treffen in der Praxis auf immer stärker ausdifferenzierte Leistungsangebote. Hinzu kommen vielfältige Beratungsleistungen für spezifische Erkrankungen und ergänzende Ansprüche zur Unterstützung bei schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit – all dies ist jedoch für die Betroffenen immer schwerer zu überblicken. Das gilt auf der anderen Seite auch für die Leistungserbringer: Aus dem Patientenmonitor der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) 2016 geht hervor, dass in fast 30.000 Fällen (das entsprach über 50 % der dokumentierten Problemlagen) eine unzureichende Information und Beratung durch die einzelnen Akteure des Gesundheitssystems vorlag (UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, o. J., S. 49). Auch im Gutachten 2023 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) heißt es, dass unser Gesundheitssystem „nicht nur im Krisenfall unzureichend koordiniert und im Ergebnis häufig schlechter ist, als angesichts des hohen Mitteleinsatzes zu erwarten wäre“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2023, S. XXV).

Die Folgen von Informationsdefiziten bei Betroffenen und Leistungserbringern sind u. a. Versorgungsbrüche und unterlassene oder verspätet einsetzende Behandlungen, die sich wiederum negativ auf das Behandlungsergebnis und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung auswirken. Bereits 2003 konstatierte der SVR: „Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbstbestimmterem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2003, S. 104).

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

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

1. Die Einführung eines Anspruchs auf individuelle Pflegeberatung (§ 7 a SGB XI) sowie
2. die Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 92 c, seit 01.01.2016 § 7 c SGB XI).

Die von IGES im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2018 durchgeführte Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgabe sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten kam zu folgender Schlussfolgerung:

„Die Erkenntnisse aus der Studie zeigen deutlich, dass sich die Heterogenität in der Errichtung der Pflegestützpunkte, die sich zunächst strukturell in der unterschiedlichen Anzahl von Pflegestützpunkten je Bundesland (bzw. bezogen auf die Einwohnerzahl) sowie in der verschiedenen Einbindung bereits vorhandener Beratungsstellen offenbart, auf allen Ebenen fortsetzt. Jedes Bundesland hat seine eigene Lesart entwickelt, was sich bis in den Beratungsalltag hinein bemerkbar macht. Insofern kann keinesfalls davon ausgegangen werden, dass der Rechtsanspruch der Versicherten auf wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, in Pflegestützpunkten bundesweit aktuell in vergleichbarer Art und Weise eingelöst wird.“ (Braeseke et al., 2018, S. 15).

Bereits mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II, 2016) hat der Gesetzgeber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) die Aufgabe übertragen, bis 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI sowie Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und -beratern zu erarbeiten. Die im Mai 2018 beschlossenen Pflegeberatungs-Richtlinien und Empfehlungen zu den Pflegeberaterinnen/-beratern sollen, so die Begründung des Gesetzgebers, bundesweit die Verbraucher- und Dienstleistungsorientierung der durch unterschiedliche Personen und Stellen durchgeführten Pflegeberatung für die ratsuchenden Versicherten und ihre pflegenden Familienangehörigen sicherstellen.

Im Jahr 2008 wurde die Errichtung und der Betrieb von Pflegestützpunkten (PSP) in Baden-Württemberg zunächst mittels einer Kooperationsvereinbarung initiiert, der zufolge die sogenannten IAV-Stellen (kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote) beim Aufbau der PSP sowie als vorrangige Träger der PSP gemeinsam mit den Pflege- und Krankenkassen berücksichtigt werden sollten. Mit der etwas später eingeführten Allgemeinverfügung (2010) wurde die Errichtung von (mindestens) 50 PSP – einer pro Landkreis/Stadtkreis – binnen eines Jahres bestimmt. Mit zunächst 52 PSP wurde das Ziel erreicht.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III wurde ab 01.01.2017 zusätzlich ein kommunales Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten ermöglicht (§ 7c Abs. 1a SGB XI) – Baden-Württemberg ist eines der wenigen Bundesländer, die die dafür notwendigen landesrechtlichen Vorschriften geschaffen haben.

Der am 01.07.2018 in Baden-Württemberg in Kraft getretene „Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte“ (RV), der nach einem längeren Abstimmungsprozess zwischen Kassen und Kommunen zustande kam, greift die bis dato stattgefundenen Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene konsequent auf und zeigt, wie eine systematische Verankerung der landesweiten Steuerung,

von Aspekten der Qualitätssicherung und des personellen Aufbaus in einem Rahmenvertrag erfolgen kann. Seit Inkrafttreten des neuen Rahmenvertrages gab es eine dynamische Entwicklung der PSP in Baden-Württemberg, so dass es derzeit über 120 Standorte gibt. Daneben wurden in einigen Regionen zusätzlich noch Außenstellen und/oder Außensprechstunden etabliert.

Die wissenschaftliche Evaluation der Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg war Gegenstand der vorliegenden Studie. **Ziel der Untersuchungen** ist es gem. Leistungsbeschreibung, anhand der Evaluationsergebnisse

- ◆ die Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens zu optimieren (sowohl mit Blick auf die gesamte Versorgungslandschaft als auch mit Fokussierung auf die Sicht der Pflegebedürftigen),
- ◆ die Arbeit aller PSP zu vereinheitlichen sowie mehr Bedarfsgerechtigkeit vor Ort zu erreichen (Berücksichtigung regionaler Rahmenfaktoren, Ausschluss von Doppelstrukturen) und
- ◆ die Qualität der Beratung zu überprüfen sowie durch Ableitung geeigneter Parameter eine Steigerung der Qualität zu befördern.

Im Rahmen der Evaluation sollten auch:

- ◆ die festgelegte Orientierungsgröße zum Personal überprüft sowie
- ◆ anhand empirischer Erkenntnisse Definitionen der Begriffe „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ erarbeitet werden.

Die ebenfalls in § 12 RV berücksichtigte Finanzierungsform der Pflegestützpunkte war **nicht** Gegenstand der Evaluation.

Zur Zielerreichung umfasste die Evaluation mehrere methodische Schritte, welche im folgenden Kapitel 2 und zugehörigen Unterkapiteln 2.1 bis 2.4 detailliert beschrieben sind. Anschließend sind in Kapitel 3 relevante rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundes- bzw. Landesebene dargestellt.

Kapitel 4 umfasst die Ergebnisse der empirischen Erhebungen, darunter:

- ◆ in Abschnitt 4.1 die Beschreibung, der Stichproben,
- ◆ in Abschnitt 4.2 strukturelle Angaben zu den Pflegestützpunkten (u. a. Verteilung, Einzugsgebiete, Personalausstattung),
- ◆ in Abschnitt 4.3 Aufgaben und Tätigkeiten in den Pflegestützpunkten (u. a. zu Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit),
- ◆ in Abschnitt 4.4 Bekanntheit des Beratungsangebotes, Bedarfen der Bevölkerung Baden-Württembergs und Bedarfsgerechtigkeit,
- ◆ in Abschnitt 4.5 die Erkenntnisse zur Bedarfsgerechtigkeit und Wohnortnähe sowie
- ◆ in Abschnitt 4.6 zusammenfassende Ergebnisse zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte.

Kapitel 5 fokussiert die aktuellen Bevölkerungsentwicklungen sowie Prognosen künftiger Entwicklungen und damit einhergehender Personalbedarfe in Baden-Württemberg. Die abschließenden Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen, die auf Grundlage der Rechercheergebnisse und empirischen Erhebungen erarbeitet wurden, finden sich in Kapitel 6.

2. Methodisches Vorgehen der Datenerhebungen

Die Projektlaufzeit der Evaluation betrug von Mai 2023 bis Juni 2024 insgesamt 14 Monate. Das methodische Vorgehen basiert auf unterschiedlichen Arbeitsschritten, in denen neben orientierenden (Literatur-)Recherchen (u. a. Pflegevorausberechnungen, Strukturen der Pflegestützpunkte) sowohl quantitative als auch qualitative Datenerhebungen und -analysen vorgenommen wurden.

Das Forschungsdesign umfasst u. a. Online-Befragungen von Beschäftigten und Vorgesetzten in den Pflegestützpunkten, eine Befragung von Nutzerinnen und Nutzern der Pflegestützpunkte und eine 10-tägige Tätigkeitserfassung der Beschäftigten in den Pflegestützpunkten. In Vorbereitung der Tätigkeitserfassung wurde eine Online-Fokusgruppe mit Beschäftigten der Pflegestützpunkte durchgeführt. In den Abschnitten 2.1 bis 2.3 erfolgt die Darstellung der methodischen Vorgehensweisen im Einzelnen. Im Abschnitt 2.4 wird das Vorgehen in der Berechnung des regionalisierten Personalbedarfs detailliert beschrieben. Die Beschreibung der Stichproben ist nicht Gegenstand dieses Kapitels, sondern findet sich im Ergebniskapitel in Abschnitt 4.1.

Eine grafische Übersicht der methodischen Schritte und Zeiträume ist der folgenden Abbildung 1 zu entnehmen.

Abbildung 1: Überblick über die methodischen Schritte der Evaluation

Wann?	Was?	Wer?
Juni 2023	Fokusgruppe zur gemeinsamen, praxisnahen Erarbeitung einer Tätigkeitserfassung	- Mitarbeiterinnen u. Mitarbeiter der PSP - IGES Institut
Juli-September 2023	Onlinebefragung: einmaliges Ausfüllen und Beantworten	Beschäftigte aller PSP inkl. Außenstellen
September - Oktober 2023	Nutzerbefragung	Befragung: Ratsuchende, Aushändigung über Beschäftigte PSP
August 2023 – Januar 2024	10-tägige Vollerhebung der Tätigkeiten (webbasiert)	Vollerhebung: Beschäftigte aller PSP (Haupt- und Außenstellen)
Januar - Februar 2024	- Plausibilisierung und Auswertung der erhobenen Daten Prognoserechnungen zu Personalbedarfen	IGES Institut
Mai 2024	Workshop zur gemeinsamen Reflexion der vorläufigen Studienergebnisse	- Auswahl von Vertreterinnen und Vertretern aller Beteiligten (u. a. PSP, Kassen, Kreise/ kreisfreie Städte) - IGES Institut
Mai - Juni 2024	- Auswertung der Ergebnisse und Erarbeitung von Empfehlungen - Abschlussbericht	IGES Institut
Juni 2024	Workshop zur Weiterentwicklung der PSP	- Kommission Pflegestützpunkte - IGES Institut

Quelle: IGES

2.1 Tätigkeitserfassung der Beschäftigten in den Pflegestützpunkten

Im Rahmen der Evaluation wurde zwischen dem 18.09.2023 und 07.11.2023 eine Erfassung der Tätigkeiten und Arbeitsaufwände der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater durchgeführt. Die Beraterinnen und Berater erhoben ihre Arbeitsaufwände für den Pflegestützpunkt an 10 aufeinanderfolgenden Arbeitstagen mittels eines durch IGES entwickelten und bereitgestellten Online-Tools. Der Beginn der Datenerhebung konnte flexibel gewählt werden. Die Erfassung diente vor allem dazu, regional unterschiedliche Beratungsbedarfe der Bevölkerung zu quantifizieren und das Beratungs- bzw. Leistungsgeschehen der PSP in Baden-Württemberg darzustellen. Einzelne Tätigkeitsarten und deren Zeitaufwände wurden differenziert betrachtet, um Aussagen zum Beratungsgeschehen und den dafür zur Verfügung stehenden Personalressourcen treffen zu können. Zur Tätigkeitserfassung werden alle Beschäftigten in den Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg eingeladen. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Dokumentiert wurden neben den Stammdaten der Beraterinnen und Berater:

- ♦ die tägliche Gesamtarbeitszeit des Arbeitstages,
- ♦ Tätigkeiten mit Klientenbezug und deren Zeitaufwände sowie
- ♦ Tätigkeiten ohne Klientenbezug und deren Zeitaufwände.

Für die Erfassung der **klientenbezogenen Tätigkeiten** wurden die Klientinnen und Klienten der einzelnen Beraterinnen und Berater als Fälle angelegt. Für jede Klientin bzw. jeden Klienten wurden Stammdaten hinterlegt (u. a. Erstkontakt/Folgekontakt, Anzahl und Zeitaufwand bisheriger Kontakte, Wohnort innerhalb/außerhalb des Einzugsgebietes). Für die angelegten Klientinnen und Klienten konnten täglich Angaben zu erbrachten Tätigkeiten hinterlegt werden. Die Tätigkeiten wurden vorab definiert und die Definitionen den Beraterinnen und Beratern zur Verfügung gestellt. Eine Übersicht der klientenbezogenen Tätigkeiten und ihre Definitionen sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Definitionen der klientenbezogenen Tätigkeiten

Klientenbezogene Tätigkeit	Definition
Auskunft/Einzelinformation	Alle ratsuchenden Kontakte zu Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit, Leistungsansprüchen und Hilfsangeboten zur Verfügung. Die persönliche Lebenssituation der pflegebedürftigen Person wird hierbei nicht mit einbezogen. Es werden ausschließlich Informationsmaterialien zu angefragten Einzelthemen weitergegeben, keine Folgekontakte.

Klientenbezogene Tätigkeit	Definition
Beratung	Alle ratsuchenden Kontakte zu Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit, Leistungsansprüchen und Hilfsangeboten unter Einbezug der persönlichen Lebenssituation der pflegebedürftigen Person zur Verfügung. Die Beratung ist fallabschließend oder es gibt Folgekontakte (Beraterin/Berater und Klientin/Klient) und ist als Kurzzeitintervention mit dem Ziel der Problemlösung anzusehen. Es erfolgt keine Erstellung eines Versorgungsplanes. Die Ratsuchenden können mit Informationen weitgehend selbst umgehen, es ist kein Kontakt über PSP mit anderen Akteuren oder Netzwerk notwendig.
Beratung nach § 7a SGB XI	Kann sowohl eine individuelle, umfassende Beratung als auch ein Unterstützungsprozess im Sinne des Case Managements sein. Formales Kriterium für die § 7a-Beratung ist der Bezug von Leistungen nach dem SGB XI. Bei Beratung nach § 7a SGB XI sollen folgende Schritte stattfinden: Assessment, Erstellung individueller Versorgungsplan, Unterstützung der Umsetzung, Monitoring und Evaluation (Evaluation nicht zwingend erforderlich).
Case Management (CM)	Zeitlich begrenzte Einzelfallbearbeitung von § 7a-Fällen. CM ist ein auf den Einzelfall bezogener, umfassender Unterstützungsprozess für Personen mit komplexen Problemlagen. CM-Fälle sind im Gegensatz zu § 7a-Beratungen zwingend zu evaluieren und können in Fallkonferenzen eingebracht werden. Strukturelle Versorgungslücken werden aufgegriffen und durch Evaluation für die Systemebene (Altenhilfeplanung/Sozialplanung) zugänglich gemacht. Ist eine Klientin/ein Klient einmal als CM-Fall dokumentiert worden, sind auch alle folgenden Kontakte mit dieser Person oder den Angehörigen/Betreuerinnen und Betreuern etc., selbst wenn sie nur kurze Einzelinformationen beinhalten, als CM zu erfassen.
Dokumentation/Recherche	Zeitverbrauch für Dokumentations- und Recherchetätigkeiten für konkrete Klientinnen/Klienten, die in Vor- oder Nachbereitung eines direkten Kontaktes bzw. Gesprächs erledigt werden.
kollegiale Fallberatung	Zeitverbrauch für klientenbezogene Beratung/Besprechung mit Kolleginnen oder Kollegen oder ggf. externen Experten.
Koordinierung	Zeitverbrauch für klientenbezogene, koordinierende Tätigkeiten ein, z. B. Suche nach freien Pflegeplätzen oder spezialisierten Leistungserbringern, Kontakt zu Angehörigen/Bezugspersonen, Rücksprache mit der Pflegekasse.

Quelle: IGES

Für die jeweils erbrachte Tätigkeit waren der Beratungsort (Pflegestützpunkt, Hausbesuch, Außenstelle/Außensprechstunde, Sonstiges, Homeoffice) und ggf. anfallende Reisezeiten anzugeben. Zudem wurden die Beraterinnen und Berater darum gebeten einzuschätzen, ob der Fall mit der Tätigkeit abgeschlossen werden konnte und ob eine Information/Vermittlung zur § 7a-Beratung nach SGB XI erfolgt

ist. Hat die Klientin bzw. der Klient den Pflegestützpunkt aufgesucht, sollten Angaben zur Anreiseart und Anreisedauer erhoben werden. Fand eine kollegiale Fallberatung statt, so waren zusätzlich noch die Anzahl weiterer beteiligter Personen anzugeben und ob diese in einem anderen Pflegestützpunkt tätig waren.

Für Tätigkeiten ohne Klientenbezug standen ebenfalls vorab festgelegte Tätigkeiten zur Auswahl zur Verfügung. Auch diese Tätigkeiten wurden vorab definiert und die Definitionen wurden den Beraterinnen und Beratern zur Verfügung gestellt. Tabelle 2 enthält die Tätigkeiten ohne Klientenbezug und ihre jeweiligen Definitionen.

Tabelle 2: Definitionen der Tätigkeiten ohne Klientenbezug

Tätigkeit ohne Klientenbezug	Definition
administrative Tätigkeiten/Verwaltung	Dazu gehören vor allem Tätigkeiten in den Bereichen allgemeine Büroorganisation, Beschaffung, Abrechnung und Qualitätsmanagement.
Fort- und Weiterbildung	Zeitverbräuche für die eigene Fort- und Weiterbildung, die Sie im Rahmen der regulären Arbeitszeit absolviert werden.
Mitarbeit in Arbeitsgruppen/Gremien	Zeitverbrauch für die Vor- und Nachbereitung sowie die Teilnahme an Arbeitsgruppen-/Gremiensitzungen u. ä.
Öffentlichkeitsarbeit	Dazu gehören alle Aktivitäten, die primär der allgemeinen Bekanntmachung der PSP in der Öffentlichkeit dienen, insb. das Erstellen von Informationsmaterial, die Vorstellung der Arbeit der PSP auf Veranstaltungen und bei regionalen Akteuren, das Vorbereiten und Halten von Vorträgen etc.
Schulungen für Dritte, Gesprächskreise	Dazu gehören die Vor- und Nachbereitung sowie Durchführung von Schulungen, z. B. für Angehörige und Gesprächskreise in der Region.
Tätigkeitserfassung	Zeit, die pro Tag für die Durchführung der Tätigkeitserfassung benötigt wird.
Vernetzung	Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote gem. § 7c Abs. 2 SGB XI. Dazu gehören alle Aktivitäten, die dem Auf- und Ausbau der fachlichen Zusammenarbeit mit anderen, an der Versorgung beteiligten Akteuren dienen, u. a. die Vorstellung des Pflegestützpunktes bei potentiellen Netzwerkpartnern, die Durchführung von (Fach-)Veranstaltungen, die Teilnahme an Fachveranstaltungen anderer Akteure etc.
Wissensmanagement/Datenbankpflege	Alle Tätigkeiten zur Beschaffung und Verarbeitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, rechtlicher Regelungen und Informationen zu Angebotsstrukturen u. ä.

Quelle: IGES

Für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wurden als Hilfestellung eine ausführliche Nutzungsanleitung, die Schritt für Schritt durch das Online-Tool führte, und eine Dokumentationshilfe erstellt. Die Dokumentationshilfe diente dem Zweck, während des Arbeitstages strukturiert Tätigkeiten und Zeitaufwände schnell und einheitlich sowohl auf Ebene eines Falles als auch fallunabhängig notieren und zu einem späteren Zeitpunkt in das Online Tool übertragen zu können. Beide Dokumente können in Anhang A5 und A6 eingesehen werden.

Vorbereitung, Umsetzung und Auswertung der Tätigkeitserfassung

In Vorbereitung der Erfassung wurde Mitte Juni 2023 eine vierstündige Online-Fokusgruppe mit Beschäftigten der Pflegestützpunkte durchgeführt. Die Teilnahme war freiwillig und erfolgte nach Zusendung einer schriftlichen Einverständniserklärung. IGES hatte vorab ein Konzept zu den Erfassungsinhalten, der Umsetzung und zum Durchführungszeitraum entwickelt, das den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppe vorgestellt und diskutiert wurde. Die Diskussionsergebnisse sowie Hinweise zu z. B. regionalen Besonderheiten wurden in einer anschließenden Überarbeitung des Online Tools berücksichtigt.

Vor Start des Erhebungszeitraumes wurden ein interner Pretest durch IGES-Mitarbeitende sowie ein externer Pretest mit ausgewählten Pflegestützpunkten durchgeführt. Die Testerinnen und Tester erhielten für eine strukturierte Rückmeldung ein Dokument mit Fragen zur Verständlichkeit der Dokumentationshilfe und der Nutzungsanleitung. Darüber hinaus wurde um Rückmeldungen zum Online-Tool gebeten. Aufgrund der Rückmeldungen konnten Optimierungen der Dokumente und des Tools vorgenommen werden.

Die quantitativen Datenanalysen der Tätigkeitserfassung erfolgen deskriptiv anhand von absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen und statistischer Lagemaße (z. B. Mittelwert, Standardabweichung) mit SPSS (IBM Corp., 2015). Für die Datenauswertung wurden die Daten zunächst aufbereitet und bereinigt, indem unplausible Werte oder Datensätze als fehlend kodiert wurden. Die kundenbezogenen und nicht-kundenbezogenen Tätigkeitskategorien wurden in der Gesamtheit als auch differenziert nach den Zeitumfängen sowie Tätigkeitsort und Reisezeiten deskriptiv ausgewertet. Bei der Auswertung erfolgte keine Datenauswertung auf individueller Ebene, die Ergebnisse werden aggregiert für die Gesamtstichprobe auf zwei Ebenen analysiert:

- ◆ **Ebene der Beschäftigten der PSP:** Auswertung der Anzahl und Anteil der kundenbezogenen und nicht-kundenbezogenen Tätigkeiten und Zeitumfang nach Tätigkeitsart; Anzahl der Klientinnen und Klienten
- ◆ **Ebene der Klientinnen und Klienten:** Erst-/Folgekontakt; Fallart (Information & Auskunft, § 7 A Beratung, Case Management), bisherige Beratungskontakte und Zeitaufwände; Auswertung der Gesamtzeiten je kundenbezogener Tätigkeitsart je Klienten/Klient; Anzahl der Hausbesuche; durchschnittliche Anreisezeit der Klientinnen und Klienten sowie Anreiseart.

Zudem wurden die Zeitaufwände für die kundenbezogenen sowie nicht-kundenbezogenen Tätigkeiten und Reisezeiten nicht minutengenau, sondern in Zeitintervallen erfasst. Die einzelnen Zeitaufwände wurden anschließend aus den jeweiligen Mittelwerten der Zeitintervalle berechnet und summiert.

Die Daten gehen direkt an das IGES Institut und werden dort anonymisiert verarbeitet. Die Geschäftsstelle Pflegestützpunkte und der Auftraggeber bekommen keinen Zugang zu den erhobenen Daten.

2.2 Online-Befragung von Vorgesetzten und Beschäftigten der Pflegestützpunkte

Im Juli 2023 erfolgte die Konzeption der beiden Online-Befragungen für die Vorgesetzten und Beschäftigten aller Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg. Die Vorgesetzten und Beschäftigten in den Pflegestützpunkten sollten Auskunft über die Strukturen, Prozesse sowie die Netzwerkarbeit in ihren jeweiligen Standorten bzw. Außenstellen ihrer Pflegestützpunkte geben.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens und der Qualitätsentwicklung wurden in den Befragungen Informationen zur

- (1) Arbeit der Pflegestützpunkte (auch in Bezug auf Umfang und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in den Pflegestützpunkten),
- (2) erforderlichen Anzahl an Beschäftigten innerhalb der Pflegestützpunkte,
- (3) grundsätzlichen Orientierungsgröße sowie
- (4) zu den Zielgrößen „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ erhoben.

Beide Befragungen wurden intern durch IGES-Mitarbeitende getestet sowie Anfang August 2023 einem externen Pretest mit ausgewählten Personen aus beiden Befragungsgruppen unterzogen. Die Rückmeldung der Testpersonen erfolgte strukturiert mittels eines Rückmeldeformulars. Die Rückmeldungen wurden bei der Optimierung der beiden Befragungen berücksichtigt.

Die Einladungen mit Link zur Online-Befragung der Vorgesetzten wurde über die Geschäftsstelle Pflegestützpunkte an die Vorgesetzten der 44 Land- und Stadtkreise verschickt. Der Teilnahmezeitraum für die Vorgesetzten-Befragung erstreckte sich vom 08.08.2023 – 22.09.2023. Ausgehend von 123 Standorten/Außenstellen umfasst die Bruttostichprobe geschätzt 123 vorgesetzte Stellen, hierbei kann eine Vorgesetzte bzw. ein Vorgesetzter auch für mehrere Standorte/Außenstellen verantwortlich sein. Die Befragten wurden in diesem Fall darum gebeten, für jeden Standort an der Befragung teilzunehmen.

Die Einladungen zur Online-Befragung der Beschäftigten wurden über die allgemeinen E-Mailadressen der Pflegestützpunkte verschickt, teilweise konnten Einladungen direkt an die Beschäftigten verschickt werden. Die Befragung fand vom 10.08.2023 bis zum 22.09.2023 statt. Etwa nach der Hälfte des Befragungszeitraumes wurde in beiden Befragungen ein Erinnerungsschreiben zur Teilnahme verschickt. Auf Grundlage der Angaben aus der Vorgesetztenbefragung zur Personenanzahl in den Pflegestützpunkten wird von einer Bruttostichprobe von insgesamt 271 Beschäftigten ausgegangen, die zur Befragung eingeladen wurden.

Die quantitativen Datenanalysen der Beschäftigten- und Vorgesetztenbefragung erfolgen deskriptiv anhand von absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen und statistischer Lagemaße (z. B. Mittelwert, Standardabweichung). Für die Datenauswertung wurden die Daten zunächst aufbereitet und bereinigt, indem unplausible Werte oder Datensätze als fehlend kodiert wurden.

Für die Auswertung wurden zur besseren Verständlichkeit der Ergebnisse zwei der genutzten vier- oder fünfstufigen Antwortskalen folgendermaßen zusammengefasst: (1) = trifft überhaupt nicht zu/trifft eher nicht zu = trifft überhaupt nicht und trifft eher nicht zu; teils / teils = teils / teils; trifft zu = trifft eher zu und trifft voll und ganz zu; (2) stimme überhaupt nicht zu/stimme eher nicht zu = stimme überhaupt nicht zu und stimme eher nicht zu; stimme eher zu/stimme voll und ganz zu = stimme eher zu und stimme voll und ganz zu. Alternative Antwortmöglichkeiten (z. B. nicht zutreffend, weiß nicht, keine Angabe) wurden als Angabe mit ausgewertet.

Numerische Freitextfelder wurden anhand Ihrer vorab definierten Wertebereiche analysiert und vor der Auswertung plausibilisiert. Nicht-numerische Freitexte wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet und kategorisiert. Aus den Antworten wurden jeweils Oberkategorien gebildet und die Antworten entsprechend den Kategorien zugeordnet und quantifiziert.

Vorgesetzte der Pflegestützpunkte

Die Befragung der Vorgesetzten der Pflegestützpunkte enthielt folgende Themenbereiche zur Arbeit im Pflegestützpunkt:

- ◆ Allgemeine Angaben zum jeweiligen Standort/zur jeweiligen Außenstelle des Pflegestützpunktes,
- ◆ Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung,
- ◆ Regionale Versorgungssituation und Orientierungsgröße,
- ◆ Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.

Der Fragebogen ist in Anhang A2 einsehbar. Die Teilnahme an der Online-Befragung erfolgte pro Standort/Außenstelle. Vorgesetzte, die für mehrere Standorte bzw. Außenstellen verantwortlich sind, konnten mehrfach an der Befragung teilnehmen und Themenfelder überspringen, wenn Angaben zwischen den Standorten/Außenstellen innerhalb eines Kreises identisch waren. Die Angaben wurden

dann aus dem Datensatz des dazugehörigen Kreises mit den vollständigen Angaben zum jeweiligen Themenfeld übernommen.

Beschäftigte der Pflegestützpunkte

Die Beschäftigten-Befragung beinhaltete folgende Themenbereiche:

- ◆ Allgemeine Angaben zur Qualifikation und Berufserfahrung,
- ◆ Lage und Erreichbarkeit der Standorte des jeweiligen Pflegestützpunktes,
- ◆ Beratungstätigkeit, Dokumentation und Einschätzung der Beratungsergebnisse,
- ◆ Einschätzung zur Bekanntheit des Beratungsangebotes und zur Zusammenarbeit und
- ◆ Vernetzung mit anderen Akteuren.

Darüber hinaus konnten die Beschäftigten Wünsche zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte benennen. Der Fragebogen kann in Anhang A3 eingesehen werden.

2.3 Befragung von Nutzerinnen und Nutzern der Pflegestützpunkte

Zwischen Ende August und Ende Oktober 2023 erfolgte eine papierbasierte Befragung von Nutzerinnen und Nutzern der Pflegestützpunkte. Ziel der Befragung war zum einen die Ermittlung von:

- ◆ Kenntnissen über das Angebot der Pflegeberatung,
- ◆ Gründe der Inanspruchnahme und
- ◆ Einschätzung der Beratungsqualität aus Sicht der zu Beratenden.

Zum anderen sollte eruiert werden, ob Beratungsangebote im Pflegestützpunkt wohnortnah zur Verfügung standen und welche Optimierungspotentiale die Nutzerinnen und Nutzer sehen.

Die Konzeption des Fragebogens erfolgte von Mitte Juli bis Ende Juli 2023. Hierbei griff IGES auf einen bereits bewährten Erhebungsinstrument zurück und passte dieses sofern nötig an das Erkenntnisinteresse dieser Evaluation an. Dieses Vorgehen ermöglichte den Vergleich der Befragungsergebnisse mit Ergebnissen aus Nutzerinnen- und Nutzerbefragungen anderer Studien.

Die Pflegestützpunkte bzw. ihre Standorte erhielten die Fragebögen per Post. Je Standort wurden 20 Fragebögen inkl. Informationen zur Studie, 20 Datenschutzerklärungen sowie 20 Rückumschläge versendet. Insgesamt wurden 2.460 Fragebögen per Post versendet, von denen 2.420 Fragebögen zugestellt wurden. Die Verteilung der Fragebögen an geeignete Personen erfolgte durch die Pflegeberaterinnen und -berater, da pflegebedürftige Personen beziehungsweise

ihre Angehörigen in der Regel (u. a. aus Datenschutzgründen) nur schwer zu erreichen sind und die Zugangsmöglichkeiten zu dieser Personengruppe begrenzt sind.

Die Teilnahme an der Befragung erfolgte anonym und freiwillig. Pro Person war ein separater Fragebogen auszufüllen. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben. Die Identität der Befragten ist IGES nicht bekannt. Mit den Fragebögen sollte jeweils auch eine Datenschutzerklärung ausgegeben werden. Per Post an IGES bis Ende Dezember 2023 zurückgeschickte Fragebögen wurden in eine Datenbank (Microsoft Excel) übertragen. Nach Abschluss der Dateneingaben wurden die vorliegenden Angaben plausibilisiert. Fragebögen, die zu weniger als der Hälfte ausgefüllt waren, Angaben zu mehreren Personen enthielten oder nicht der Zielgruppe der Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen entsprachen, wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv in MS Excel. Die Auswertung von Freitextangaben erfolgte in Anlehnung an eine qualitative Inhaltsanalyse.

Zur Berechnung des Rücklaufs wurden die Standorte der Pflegestützpunkte nach Abschluss der Verteilung gebeten rückzumelden, wie viele Fragebögen pro Standort verteilt werden konnten. Zu diesem Zweck erhielten die Standorte der Pflegestützpunkte einen Dokumentationsbogen, in dem die Anzahl verteilter Fragebögen erfasst werden konnte. Haben Standorte keine Rückmeldung gegeben, wurde davon ausgegangen, dass alle Fragebögen verteilt wurden, um den Rücklauf nicht zu überschätzen.

2.4 Regionalisierter Personalbedarf

Nachfolgend werden in diesem Kapitel die Datengrundlage und das Modell zur Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung sowie die Prognose der Entwicklung des Personalbedarfs beschrieben.

2.4.1 Überblick

Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung:

1. Schätzung des rechnerischen Fallaufkommens des PSP pro Jahr
2. Einteilung des PSP anhand des Fallaufwands (Bearbeitungsdauer)
3. Schätzung des Anteils der Fälle mit erhöhtem Reiseaufwand
4. Bestimmung der Personalgewichtungsfaktoren durch Regression der tatsächlichen Personalausstattung im Jahr 2023 auf Merkmale des Fallaufkommens, des Fallaufwands und der Reisezeit
5. Bestimmung der angemessenen Personalausstattung im Jahr 2023 durch Anwendung der Personalgewichtungsfaktoren auf die Merkmale des Fallaufkommens, des Fallaufwands und der Reisezeit

Personalbedarfsprognose:

1. Bestimmung des Zusammenhangs zwischen dem Fallaufkommen des PSP und der Altersstruktur der Bevölkerung (altersspezifische Fallhäufigkeit)
2. Anwendung der altersspezifischen Fallhäufigkeiten auf die Bevölkerungsprognose zur Bestimmung des prognostizierten Fallaufkommens
3. Anwendung der Personalgewichtungsfaktoren auf das prognostizierte Fallaufkommen

2.4.2 Datengrundlage für die Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung

Die im Rahmen der Tätigkeitserfassung (siehe Abschnitt 2.1) dokumentierten Personalaufwände von 40 teilnehmenden PSP bilden die Datengrundlage für die Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung. In die Datengrundlage wurden ausschließlich PSP einbezogen, für die insgesamt mindestens sechs dokumentierte Tage der im jeweiligen Standort des PSP tätigen Beraterinnen und Berater vorlagen. D. h., dass mit diesem Vorgehen auch Daten für Standorte einbezogen werden konnten, wenn mehrere Beraterinnen und Berater jeweils nur wenige Tage dokumentiert haben, in der Summe über alle Beraterinnen und Berater aber sechs oder mehr dokumentierte Tage vorlagen. Für vier PSP, die an der Tätigkeitserfassung nicht bzw. nicht hinreichendem Umfang teilgenommen haben, können hierbei nicht berücksichtigt werden. Aus der Dokumentation ist ersichtlich, in welchem zeitlichen Umfang sich die PSP an der Tätigkeitserfassung beteiligt haben und welche und wie viele Fälle in dieser Zeit bearbeitet wurden.

Für die Bestimmung des rechnerischen Fallaufkommens der PSP sind Festlegungen zu treffen, (1) welche dokumentierten Bearbeitungszeiten in diese Berechnung eingehen und (2) wie ein „Bearbeitungsfall“ definiert ist.

Zunächst gehen alle täglich erfassten Arbeitszeiten in die Bestimmung der Bearbeitungszeiten ein. Hiervon werden Zeiten abgezogen, die für externe Aufgaben aufgewendet wurden und in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht für die Arbeit im PSP zur Verfügung standen. Ferner werden von den erfassten Arbeitszeiten jene Zeiten abgezogen, die für Fort- und Weiterbildung aufgewendet wurden. Dies umfasst auch Reisezeiten im Zusammenhang mit der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Der Hintergrund hierfür ist, dass eine umfangreiche Fort- und Weiterbildung innerhalb des Erfassungszeitraums zwar vergleichsweise selten auftritt, in diesen Fällen jedoch erhebliche Aufwände verursacht. Diese Zeitaufwände sind nicht als repräsentativ für ein durchschnittliches Arbeitsgeschehen zu erachten und um Vergleichbarkeit zwischen den PSP sicherzustellen, die innerhalb des Erfassungszeitraums keine Fort- und Weiterbildung aufweisen, werden diese Fort- und Weiterbildungszeiten aus den Arbeitszeiten herausgerechnet.

Die verbleibende Arbeitszeit stellt den Arbeitsaufwand dar, der für die Bearbeitung des Fallaufkommens innerhalb des Erfassungszeitraums verwendet wurde. Diese

umfasst sowohl fallbezogene als auch nicht-fallbezogene Tätigkeiten. Die nicht-fallbezogenen Tätigkeiten werden aus den Arbeitszeiten nicht herausgerechnet, da sie als mittelbarer fallbezogener Arbeitsaufwand erachtet werden. Das heißt, sie sind notwendig, um die Bearbeitungsfälle bearbeiten zu können, auch wenn sie nicht konkreten Fällen zugeordnet werden können, sondern der Arbeitsorganisation dienen. Diese Arbeitsorganisation ist jedoch eine zwingende Voraussetzung für die Bearbeitung der Beratungsfälle und fällt in allen PSP gleichermaßen an.

Schwieriger gestaltet sich die Frage, wie ein „Bearbeitungsfall“ bei der Bestimmung des Fallaufkommens definiert sein soll, welche Unterscheidung bei der Tätigkeitsart (Auskunft/Einzelninformation, Beratung, Beratung nach § 7a SGB XI, Case Management) vorgenommen werden sollte und wie weitere fallbezogene Tätigkeiten (Dokumentation/Recherche, kundenbezogene Koordinierung, kollegiale Fallberatung) hierbei zu berücksichtigen wären.

Eine explorative Analyse der im Rahmen der Tätigkeitserfassung dokumentierten Tätigkeitsarten ergab ein sehr heterogenes Dokumentationsverhalten. Es zeigte sich, dass fast ein Drittel aller PSP (13 von 40 PSP) keine Tätigkeiten mit Tätigkeitsart „Beratung nach § 7a SGB XI“ erfasst haben. Bei der Tätigkeitsart „Case Management“ weist sogar die Hälfte aller PSP (20 von 40 PSP) keinen einzigen Bearbeitungsfall auf. Bei den Tätigkeitsarten „Kollegiale Fallberatung“ und „Kundenbezogene Koordinierung“ haben zwar fast alle PSP-Zeitaufwände dokumentiert, allerdings fallen die durchschnittliche Fallintensität (Anzahl Fälle pro Vollkraftstunden, VKS) und der durchschnittliche Personalaufwand (VKS pro Fall) zwischen den PSP sehr unterschiedlich aus. Bei der „Kollegialen Fallberatung“ reicht die durchschnittliche Fallintensität der PSP von 0,01 Fällen je VKS bis 0,18 Fällen je VKS (Faktor 18). Bei der durchschnittlichen Bearbeitungszeit ergeben sich Werte zwischen 0,13 VKS je Fall und 0,75 VKS je Fall (Faktor 6). Die Fallintensität der „Kundenbezogenen Koordinierung“ reicht von durchschnittlich 0,01 Fällen je VKS bis 0,25 Fällen je VKS (Faktor 25) bei einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von 0,13 VKS je Fall bis 0,83 VKS je Fall (Faktor 6,5).

Die Befunde aus der explorativen Analyse deuten insgesamt darauf hin, dass zwischen den PSP ein uneinheitliches Verständnis darüber besteht, welche Tätigkeiten welcher Tätigkeitsart zugeordnet sind und unter dieser erfasst/dokumentiert werden sollte. Eine - so weit wie möglich - einheitliche Dokumentation der Tätigkeiten ist jedoch Voraussetzung dafür, das Fallaufkommen und damit verbundene Personalaufwände PSP-übergreifend vergleichen zu können und daraus ein für alle PSP einheitliche Regelwerk zur Bestimmung der angemessenen Personalausstattung abzuleiten.

Es wurden mehrere Möglichkeiten geprüft, Tätigkeitsarten und die mit diesen dokumentierten Zeitaufwände zu aggregieren, um eine homogenere Datenbasis zu erhalten, bei der beobachtete Unterschiede in der Fallintensität und Bearbeitungsdauer auf tatsächlich bestehende strukturelle Unterschiede in der Einzugspopulation und/oder dem Leistungsangebot und/oder der Beratungsstruktur zurückzuführen sind, und nicht einem unterschiedlichen Verständnis der

Dokumentation/Erfassung geschuldet sind. Hierbei ergab sich folgende Falldefinition:

1. Als „Bearbeitungsfall“ wird die Kombination aus Beratertag und Klient festgelegt. Das heißt, ein oder mehrere Kontakte desselben Beraters mit dem selben Klienten am selben Tag stellen einen „Bearbeitungsfall“ dar.
2. Bei den Bearbeitungsfällen werden zwei Arten von Bearbeitungsfällen unterschieden:
 - Auskunft/Einzelninformation
 - Beratung

D. h., alle Kontakte (und Bearbeitungszeiten) eines Beraters mit ein und demselben Klienten am selben Tag werden entweder als Beratungsart *Auskunft/Einzelninformation* oder als Beratungsart *Beratung* zusammengefasst.

Die Zuweisung, ob ein Bearbeitungsfall als Auskunft/Einzelninformation oder als Beratung in die Bestimmung des Fallaufkommens eingeht, erfolgt nach folgendem Algorithmus:

1. Wenn als Art der Tätigkeit am selben Tag durch denselben Berater beim selben Klienten entweder "Beratung" und/oder "Beratung nach § 7a SGB XI" und/oder "Case Management" dokumentiert ist, so werden alle Tätigkeiten dieses Beraters an diesem Tag für diesen Klient als „Beratungsfall“ zusammengefasst. Dies schließt auch Tätigkeiten (und deren Zeitaufwände) ein, die unter den Tätigkeitsarten Information/Einzelauskunft, Dokumentation/Recherche, kollegiale Fallberatung oder klientenbezogene Koordination erfasst/dokumentiert wurden.
2. Wenn als Art der Tätigkeit am selben Tag durch denselben Berater beim selben Klienten "Auskunft/Einzelninformation" dokumentiert ist, aber keine der Tätigkeitsarten "Beratung" oder "Beratung nach § 7a SGB XI" oder "Case Management", so werden alle Tätigkeiten dieses Beraters an diesem Tag für diesen Klient in der Kategorie „Auskunft/Einzelninformation“ zusammengefasst. Dies schließt auch Tätigkeiten (und deren Zeitaufwände) ein, die unter den Tätigkeitsarten Dokumentation/Recherche, kollegiale Fallberatung oder klientenbezogene Koordination erfasst/dokumentiert wurden.
3. Wenn als Art der Tätigkeit am selben Tag durch denselben Berater beim selben Klienten ausschließlich die Tätigkeitsarten "Dokumentation/Recherche" und/oder "Klientenbezogene Koordinierung" und/oder "Kollegiale Fallberatung" dokumentiert sind, so werden alle Tätigkeiten dieses Beraters an diesem Tag für diesen Klient als „Beratungsfall“ zusammengefasst. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Durchführung dieser Tätigkeiten im Zusammenhang mit einem Beratungsfall steht und nicht ausschließlich auf eine Vorbereitung einer Auskunft oder Einzelinformation zurückzuführen sind.

Auf dieser aufbereiteten Datengrundlage werden die Auswertungen zur Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung durchgeführt.

2.4.3 Modell für die Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung

Bei der Entwicklung eines Modells für die Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung wird davon ausgegangen, dass eine angemessene Personalausstattung im Wesentlichen von drei Faktoren abhängt. Diese sind (1) das Fallaufkommen, (2) die Komplexität der Bearbeitungsfälle und (3) die insbesondere für Hausbesuche aufgewendete Reisezeit. Sowohl beim Fallaufkommen als auch bei der Komplexität der Bearbeitungsfälle ist grundsätzlich zwischen einfacher gelagerten Fällen der Kategorie Information/Einzelauskunft und komplexer gelagerten Fällen der Kategorie Beratung zu unterscheiden.

Im ersten Schritt wird auf Basis der aufbereiteten Datengrundlage (siehe Abschnitt 2.4.2) für jeden PSP die im Erfassungszeitraum dokumentierte Fallintensität bestimmt. Die Fallintensität drückt aus, wie viele Fälle je VKS durchschnittlich bearbeitet wurden. Hierbei wird zwischen Fällen der Kategorie „Beratung“ und Fällen der Kategorie „Information/Einzelauskunft“ unterschieden.

Auf Basis der Fallintensität wird für jeden PSP die rechnerische Jahresfallzahl bestimmt. Hierfür wird die durchschnittliche Fallintensität des PSP (Fälle je VKS) auf die tatsächliche Personalausstattung im Jahr 2023 hochgerechnet. Grundlage hierfür sind die Angaben der PSP zum tatsächlich eingesetzten Personal (in VZÄ), wobei ein VZÄ rechnerisch mit 1.659 VKS in die Berechnung eingeht (7,9 Stunden pro Tag, effektiv 210 Arbeitstage pro Jahr). Die rechnerische Jahresfallzahl reflektiert das erwartete Fallaufkommen innerhalb eines Jahres, sofern die gesamte Personalausstattung eines PSP vollständig mit der Bearbeitung von Fällen befasst wäre. In Wirklichkeit ist dies nicht der Fall, da neben der Fallbearbeitung Aufwände auch für die Arbeitsorganisation erbracht werden. Unter der Annahme, dass die Personalaufwände für die Arbeitsorganisation (1) in einem bestimmten Verhältnis zur Fallzahl stehen (Proportionalität der Aufwände für Arbeitsorganisation und Fallbearbeitung) und (2) die Relation aus Arbeitsorganisation und Fallbearbeitung bei allen PSP ungefähr gleich ist, stellt die rechnerische Jahresfallzahl eine geeignete Rechnergröße dar, um Personalaufwände unterschiedlicher PSP mit unterschiedlicher Größe (tatsächliche Personalausstattung) und unterschiedlicher Fallintensität miteinander vergleichen zu können. Das rechnerische Fallaufkommen bildet die Grundlage für die Bestimmung der angemessenen Personalausstattung.

Neben dem rechnerischen Fallaufkommen wird bei der Bestimmung der angemessenen Personalausstattung die durchschnittliche Bearbeitungszeit der PSP berücksichtigt. Dem liegt die Überlegung zu Grunde, dass sich in der durchschnittlichen Bearbeitungszeit der Fälle strukturelle Voraussetzungen im Einzugsgebiet des PSP widerspiegeln. So könnte beispielsweise eine gut ausgebaute Angebotsstruktur dazu führen, dass die durchschnittliche Bearbeitungszeit niedriger ausfällt, da weniger Vermittlungs- und Koordinierungsaufwand anfällt. Auch der Ausbaugrad des Pflegeberatungsangebots der Pflegekassen im Einzugsgebiet dürfte einen Einfluss

auf die Komplexität der Bearbeitungsfälle und damit auf die durchschnittliche Bearbeitungsdauer ausüben. Schließlich dürften auch die Siedlungsstruktur und die sozio-demografische Struktur im Einzugsgebiet einen Zusammenhang mit der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von Fällen aufweisen.

Um dies bei der Bestimmung der angemessenen Personalausstattung zu berücksichtigen, so dass PSP mit längerer Bearbeitungsdauer mehr Personal zugewiesen wird als PSP mit kürzerer Bearbeitungsdauer, werden die PSP im dritten Schritt anhand ihrer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer der von ihnen bearbeiteten Fällen in eine von drei Kategorien des Fallaufwands eingeteilt: Niedrig, Mittel oder Hoch. Es wird hierbei eine Differenzierung nach Fällen der Kategorie „Beratung“ und der Kategorie „Information/Einzelauskunft“ vorgenommen. Das heißt, dass jeder PSP sowohl nach dem Fallaufwand von Fällen der Kategorie Beratung als auch nach dem Fallaufwand von Fällen der Kategorie Information/Einzelauskunft jeweils einer von drei Fallaufwandskategorien zugeordnet wird. Die Schwellenwerte der Kategorien für die Bearbeitungsdauer sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Fallaufwandskategorien

Information/Einzelauskunft		Beratung	
Fallaufwand	Schwellenwerte	Fallaufwand	Schwellenwerte
Niedrig	Weniger als 0,2 VKS je Fall	Niedrig	Weniger als 0,725 VKS je Fall
Mittel	0,2 bis unter 0,4 VKS je Fall	Mittel	0,725 bis unter 0,95 VKS je Fall
Hoch	0,4 VKS je Fall oder mehr	Hoch	0,95 VKS je Fall oder mehr

Quelle: IGES

Die Verteilung der PSP auf die Fallaufwandskategorien ist in Tabelle 4 dargestellt. Von 40 PSP weisen acht PSP einen niedrigen Fallaufwand bei der Bearbeitung von Fällen der Kategorie Information/Einzelauskunft auf, 26 einen mittleren Fallaufwand und sechs einen hohen. Zehn PSP weisen einen niedrigen Fallaufwand bei der Bearbeitung von Fällen der Kategorie Beratung auf, 19 einen mittleren und elf einen hohen Fallaufwand. Bei den meisten PSP entspricht die Kategorie des Fallaufwandes der Beratungsfälle der Fallaufwandskategorie von Informations- bzw. Einzelauskunfts-Fällen: Vier PSP weisen bei beiden Fallkategorien die Aufwandskategorie niedrig auf, 15 PSP weisen bei beiden Fallkategorien die Aufwandskategorie mittel auf und drei PSP weisen bei beiden Fallkategorien die Aufwandskategorie mittel hoch auf (ersichtlich auf der Diagonale der in Tabelle 4 dargestellten Kreuztabelle).

Tabelle 4: Verteilung der PSP auf die Fallaufwandskategorien

		Fallaufwand Beratung			Gesamt
		Niedrig	Mittel	Hoch	
Fallaufwand Information/ Einzelauskunft	Niedrig	4	2	2	8
	Mittel	5	15	6	26
	Hoch	1	2	3	6
Gesamt		10	19	11	40

Quelle: IGES

Im dritten Schritt wird auf Basis der Angaben in der Tätigkeitserfassung der Anteil der Fälle der Kategorie Beratung mit erhöhter Reisezeit bestimmt. Als Fall mit erhöhter Reisezeit gelten Bearbeitungsfälle, in deren Zusammenhang eine Reisezeit von einer halben Stunde oder mehr angefallen ist. Explorative Analysen ergaben, dass Fälle mit einer Gesamtreisezeit von weniger als einer halben Stunde keinen bedeutsamen Einfluss auf die Personalausstattung ausüben. Das heißt nicht, dass Fälle mit auch nur geringer Reisezeit keine personellen Ressourcen erfordern, sondern dass Unterschiede im Personalaufwand zwischen den PSP nicht auf Unterschiede bei den Fällen mit kleiner Reisezeit zurückgeführt werden können.

Durch Anwendung des Anteils der Fälle mit erhöhter Reisezeit auf die rechnerische Jahresfallzahl von Fällen der Kategorie Beratung wird die rechnerische Anzahl von Fällen mit erhöhter Reisezeit bestimmt, die den dritten Faktor bei der Bestimmung der angemessenen Personalausstattung darstellen.

Für dieses Modell zur Bestimmung einer angemessenen Personalausstattung werden nun im letzten Schritt der Analyse, die mit den berücksichtigten Einflussfaktoren korrespondierenden Personalgewichtungsfaktoren bestimmt. Die Personalgewichtungsfaktoren drücken aus, wieviel Personal für einen rechnerischen (!) Fall der Kategorie Beratung bzw. der Kategorie Information/Einzelauskunft dem PSP zugewiesen wird. Die Personalgewichtungsfaktoren unterscheiden sich in Abhängigkeit von der Fallaufwandskategorie. Das heißt, ein PSP mit einer niedrigen Fallaufwandskategorie bei Bearbeitungsfällen der Kategorie Beratung weist einen niedrigeren Personalgewichtungsfaktor auf als ein PSP mit einer hohen Fallaufwandskategorie.

Die Bestimmung der Gewichtungsfaktoren erfolgt durch Regression der tatsächlichen Personalausstattung auf das rechnerische Fallaufkommen und die Anzahl der Fälle mit erhöhter Reisezeit.

Bei der Bestimmung der Gewichtungsfaktoren werden nicht alle PSP gleichermaßen berücksichtigt. Grund hierfür ist, dass einige PSP in der Befragung angegeben haben, dass der derzeitige regionale Beratungsbedarf mit der derzeitigen Personalausstattung nicht gedeckt werden kann und es mehr Anfragen als zeitnah verfügbare Termine gibt. Würden diese PSP mit Angabe eines Personalmangels bei

der Bestimmung der Personalgewichtungsfaktoren berücksichtigt werden, so beruhte die Schätzung der angemessenen Personalausstattung auf PSP, die laut eigener Angabe eben gerade keine angemessene Personalausstattung aufweisen. Daher bleiben PSP mit Angabe eines Personalmangels bei der Bestimmung der Personalgewichtungsfaktoren unberücksichtigt.

Ob ein PSP standortübergreifend einen Personalmangel aufweist, wird auf Basis der Beschäftigtenbefragung ermittelt. Ein PSP weist einen Personalengpass auf, wenn mindestens die Hälfte aller Standorte des PSP einen Personalengpass aufweisen ($\geq 50\%$ der Standorte). Der Standort eines PSP weist wiederum einen Personalengpass auf, wenn mindestens die Hälfte der Beschäftigten des Standortes ($\geq 50\%$ der Beschäftigten) in der Befragung angegeben haben, dass der derzeitige regionale Beratungsbedarf mit der derzeitigen Personalausstattung nicht gedeckt werden kann und es mehr Anfragen als zeitnah verfügbare Termine gibt. Ausweislich der Befragungsergebnisse betrifft dies zwölf von 40 PSP.

Die aus dem Verfahren zur Bestimmung der angemessenen Personalausstattung resultierenden Personalgewichtungsfaktoren werden dann im letzten Schritt für alle PSP auf das jeweilige Fallaufkommen in Verbindung mit der jeweiligen Fallaufwandskategorie und der jeweiligen Anzahl der Fälle mit erhöhter Reisezeit angewendet. Das Ergebnis dieser Rechnung stellt die angemessene Personalausstattung der PSP dar. Dies gilt insbesondere auch für PSP mit Angabe eines Personalmangels. Da die Personalgewichtungsfaktoren ausschließlich auf der Basis von PSP bestimmt wurden, die in der Befragung keinen aktuellen Personalmangel angegeben haben, liegt durch Anwendung dieser Gewichtungsfaktoren auch bei diesen PSP ein Ergebnis für die angemessene Personalausstattung vor.

Modellbeschreibung:

Seien $X_{i,\bullet,t=2023}^{Info}$ und $X_{i,\bullet,t=2023}^B$ die wie oben beschrieben bestimmte rechnerischen Jahresfallzahlen der Bearbeitungsfälle der Kategorien Auskunft/Einzelinformation (Info) und Beratung (B) von PSP i im Jahr 2023 und sei q_i^{RZ} der Anteil der Beratungsfälle mit erhöhter Reisezeit von PSP i.

Seien $Z_i^{Info} = (z_{i,niedrig}^{Info}, z_{i,mittel}^{Info}, z_{i,hoch}^{Info})^T$ und $Z_i^B = (z_{i,niedrig}^B, z_{i,mittel}^B, z_{i,hoch}^B)^T$ wie oben beschrieben bestimmte 1/0-Vektoren, die die Aufwandskategorie von PSP i für Bearbeitungsfälle der Kategorien Auskunft/Einzelinformation (Info) und Beratung (B) kodieren.

Das Regressionsmodell zur Bestimmung der Personalgewichtungsfaktoren $B^{Info} = (b_{niedrig}^{Info}, b_{mittel}^{Info}, b_{hoch}^{Info})^T$, $B^B = (b_{niedrig}^B, b_{mittel}^B, b_{hoch}^B)^T$ und b^{RZ} für Bearbeitungsfälle der Kategorien Auskunft/Einzelinformation (Info) und Beratung (B) und Beratungsfällen mit erhöhter Reisezeit (RZ) lautet wie folgt:

$$\begin{aligned} VZ\ddot{A}_i = & X_{i,\bullet,t=2023}^{Info} * (Z_i^{Info})^T * B^{Info} + X_{i,\bullet,t=2023}^B * (Z_i^B)^T * B^B \\ & + X_{i,\bullet,t=2023}^B * q_i^{RZ} * b^{RZ} + \varepsilon_i, \varepsilon_i \sim (0, \sigma^2) \end{aligned}$$

mit der tatsächlichen Personalausstattung $VZ\ddot{A}_i$ von PSP i im Jahr 2023.

2.4.4 Prognose der Entwicklung des Personalbedarfs anhand der Bevölkerungsentwicklung

Bei der Prognose der Entwicklung des Personalbedarfs wird die entsprechend Abschnitt 2.4.3 bestimmte angemessene Personalausstattung anhand der Bevölkerungsentwicklung im weiteren Zeitverlauf fortgeschrieben.

Hierfür ist es im ersten Schritt erforderlich, das Fallaufkommen im Basisjahr (rechnerische Jahresfallzahl der Bearbeitungsfälle differenziert nach den Kategorien Auskunft/Einzelinformation und Beratung im Basisjahr 2023) zur Bevölkerungszusammensetzung innerhalb des Einzugsgebietes des PSP in Bezug zu setzen. Da aus der Tätigkeitserfassung keine Angaben über die Altersverteilung der Bearbeitungsfälle vorliegen, wird hierfür die Altersverteilung aus der Dokumentation der Pflichtenhefte herangezogen. Unterschieden werden die Altersgruppen bis unter 20 Jahre, 20 bis unter 40 Jahren, 40 bis unter 60 Jahre, 60 bis unter 70 Jahre, 70 bis unter 80 Jahre, 80 bis unter 90 Jahre sowie 90 Jahre und älter.

Für jeden PSP wird die jeweilige Altersverteilung aus der Dokumentation der Pflichtenhefte auf die jeweilige rechnerische Jahresfallzahl des PSP im Jahr 2023 angewendet, die wiederum auf den in der Tätigkeitserfassung dokumentierten Bearbeitungsfälle basiert (vgl. Abschnitt 2.4.3). Dadurch liegt für jeden PSP eine nach Altersgruppen differenzierte rechnerische Jahresfallzahl für Bearbeitungsfälle der Kategorien Auskunft/Einzelinformation und Beratung im Jahr 2023 vor.

Die nach Altersgruppe differenzierten, rechnerischen Jahresfallzahlen des Basisjahres 2023 werden für jeden PSP in Relation zur korrespondierenden Bevölkerungsgröße des Einzugsgebietes des PSP gesetzt. Das Ergebnis stellt eine auf die jeweilige Altersgruppe bezogene relative Fallzahlhäufigkeit der Kategorien Auskunft/Einzelinformation und Beratung im Jahr 2023 dar.

Die auf diese Weise ermittelten relativen Fallzahlhäufigkeiten werden im zweiten Schritt auf die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung angewandt. Berücksichtigt wird hierbei der Zeitraum bis einschließlich des Jahres 2028. Als Ergebnis resultiert für jedes Prognosejahr, jeden PSP und jede Altersgruppe die rechnerischen Jahresfallzahlen der Bearbeitungsfälle der Kategorien Auskunft/Einzelinformation und Beratung. Die Summe der rechnerischen Jahresfallzahlen über alle Altersgruppen ergibt die rechnerische Jahresgesamtfallzahl des PSP differenziert nach Bearbeitungsfällen der Kategorien Auskunft/Einzelinformation und Beratung.

Im dritten Schritt wird auf Basis dieser Jahresfallzahlen durch Anwendung der Personalgewichtungsfaktoren aus Abschnitt 2.4.3 die angemessene Personalausstattung des jeweiligen PSP im jeweiligen Jahr bestimmt. Hierbei wird angenommen, dass die Fallaufwandskategorien und der Anteil der Fälle mit erhöhter Reisezeit im Zeitverlauf konstant bleiben.

Modellbeschreibung:

Seien $X_{i,\bullet,t=2023}^{Info}$ und $X_{i,\bullet,t=2023}^B$ die gemäß Abschnitt 2.4.3 bestimmte rechnerische Jahresfallzahl der Bearbeitungsfälle der Kategorien Auskunft/Einzelinformation (Info) und Beratung (B) in PSP i im Jahr 2023.

Sei $p_{i,j}$ der wie oben beschrieben bestimmte Anteil der Altersgruppe j an allen in der Dokumentation der Pflichtenhefte dokumentierten Fällen von PSP i (es gilt: $\sum_j p_{i,j} = p_i = 1$).

Sei $POP_{i,j,t}$ die Bevölkerungsgröße in Altersgruppe j in PSP i im Jahr t gemäß Bevölkerungsvorausberechnung.

So werden die relativen Fallzahlhäufigkeiten $h_{i,j}^{Info}$ und $h_{i,j}^B$ in Altersgruppe j in PSP i wie folgt bestimmt:

$$h_{i,j}^{Info} = \frac{X_{i,\bullet,t=2023}^{Info} * p_{i,j}}{POP_{i,j,t=2023}}$$

$$h_{i,j}^B = \frac{X_{i,\bullet,t=2023}^B * p_{i,j}}{POP_{i,j,t=2023}}$$

Durch Anwendung der relativen Fallzahlhäufigkeiten auf die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung ergeben sich die rechnerischen Fallzahlen der Bearbeitungsfälle der Kategorien Auskunft/Einzelinformation $X_{i,j,t}^{Info}$ und Beratung $X_{i,j,t}^B$ in PSP i und Altersgruppe j im Jahr t:

$$X_{i,j,t}^{Info} = h_{i,j}^{Info} * POP_{i,j,t}$$

$$X_{i,j,t}^B = h_{i,j}^B * POP_{i,j,t}$$

mit $\sum_j X_{i,j,t}^{Info} = X_{i,\bullet,t}^{Info}$ und $\sum_j X_{i,j,t}^B = X_{i,\bullet,t}^B$

Durch Anwendung des in Abschnitt 2.4.3 beschriebenen Modells mit den ebenfalls in Abschnitt 2.4.3 beschriebenen Aufwandskategorien Z_i^{Info} und Z_i^B von PSP i ergibt sich die prognostizierte angemessene Personalausstattung $VZ\ddot{A}_{i,t}$ von PSP i im Jahr t wie folgt:

$$VZ\ddot{A}_{i,t} = X_{i,\bullet,t}^{Info} * (Z_i^{Info})^T * B^{Info} + X_{i,\bullet,t}^B * (Z_i^B)^T * B^B + X_{i,\bullet,t}^B * q_i^{RZ} * b^{RZ}$$

3. Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der allgemeinen Qualitätsanforderungen an Pflegeberatung

Dieses Kapitel enthält zunächst eine Kurzdarstellung der aktuellen pflegepolitischen Rahmenbedingungen auf Bundes- bzw. Landesebene mit Bezug zur Arbeit der Pflegestützpunkte (Kapitel 3.1 und 3.2). Anschließend werden im Abschnitt 3.3 die wichtigsten Aspekte des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege zusammenfassend dargestellt.

3.1 Rahmenbedingungen auf Bundesebene

Versicherten der Sozialversicherung werden – bei entsprechender Kenntnis – vielfältige Leistungen gewährt, die jeweils mit Eintritt unterschiedlicher Voraussetzungen verbunden sind. Mit den demografisch bedingt zunehmend komplexen Versorgungsbedarfen der Bevölkerung war in den letzten Jahren auch ein Trend zu mehr Beratungsansprüchen in der Sozialversicherung zu verzeichnen (Hahnel et al., 2021, S. 49).

Ein Schwerpunkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) 2008 war es, Versicherte besser über das Angebot pflegerischer Leistungen und weiterer Hilfsangebote zu informieren. Zudem sollten sie besser bei der Inanspruchnahme unterstützt werden. Dafür wurden vor allem zwei Regelungen vorgenommen:

1. Die Einführung eines Anspruchs auf individuelle Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) und damit einhergehend die Verpflichtung der gesetzlichen Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen zur Etablierung und Durchführung eines Case Managements.
2. Die Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 92c, seit 01.01.2016 § 7c SGB XI) mit dem Ziel der Zusammenführung aller Hilfsangebote für ältere Menschen auf regionaler Ebene und der Umsetzung einer übergeordneten Versorgungssteuerung (Care Management) sowie der Einbindung der individuellen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Hahnel et al., 2021, S. 49).

Individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wurde mit dem PfWG mit Wirkung zum 01.07.2008 neu eingeführt und anschließend im Rahmen der folgenden Pflegegesetzgebung angepasst. Mit Einführung wurde festgelegt, dass ab dem 01.01.2009 der Anspruch auf eine umfassende, als Case Management konzipierte, Beratungsleistung für Leistungsbeziehende und Antragstellende des SGB XI besteht. Damit geht die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI deutlich über den Anspruch einer allgemeinen pflegerechtlichen Beratung hinaus, die zu diesem Zeitpunkt noch in § 7 Abs. 2 SGB XI (a F) geregelt war. Diese allgemeine Beratungspflicht zu pflegerechtlichen Fragen bestand noch bis zum PSG II mit Wirkung zum 01.01.2016 in § 7 Abs. 2 SGB XI (aF) fort: „Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die

Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten.“ (Hahnel et al., 2021, S. 49).

Mit dem PSG II wurde dieser Beratungsanspruch vollständig in den § 7a SGB XI überführt und aus dem § 7 SGB XI gestrichen. Es blieb in § 7 SGB XI lediglich eine Aufklärungs- und Informationspflicht der Pflegekassen gegenüber den Versicherten bestehen; u. a. soll dabei über andere Beratungsangebote nach §§ 7a und 7c SGB XI informiert werden (Hahnel et al., 2021, 49 f.). Ferner wurde mit dem PSG II präzisiert, dass Pflegekassen den Anspruchsberechtigten eine zuständige Pflegeberaterin bzw. einen zuständigen Pflegeberater benennen müssen. Des Weiteren zog das PSG II die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zum Erlass einer Richtlinie zur Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nach sich (§ 17 Abs. 1a SGB XI). Diese wurden im Mai 2018 beschlossen und im Oktober 2020 im Hinblick auf eine einheitliche Struktur sowie den ab Januar 2023 verpflichtenden elektronischen Austausch von Versorgungsplänen ergänzt (§ 17 Abs. 1a SGB XI) (Hahnel et al., 2021, 49 f.).

Errichtung und Aufgaben von Pflegestützpunkten gem. § 7c SGB XI

Die Themenvielfalt und die Komplexität des Beratungsbedarfes pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen ist individuell verschieden. Die Bedarfe können einerseits pflegerische Aspekte umfassen andererseits aber auch finanzielle, bauliche und rechtliche Facetten einbeziehen. Das macht eine individuelle Beratung und Hilfestellung bei Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlichen Sozialleistungen sowie sonstigen, regional vorhandenen Hilfsangeboten erforderlich. Für eine Optimierung der Versorgung und zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen müssen die sozialrechtlichen Ansprüche sowie alle wohnortnah zur Verfügung stehenden Dienstleistungen und sonstigen Angebote identifiziert, koordiniert und miteinander vernetzt werden (Hahnel et al., 2021, S. 50).

Demzufolge bestehen die Aufgaben der PSP gem. § 7c Abs. 2 SGB XI in:

- einer umfassenden und unabhängigen Beratung zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten,
- einer Koordinierung inkl. Hilfestellung bei der Inanspruchnahme aller in Betracht kommenden wohnortnahen Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie
- der Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und der Betreuungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen (Hahnel et al., 2021, 50 f.).

Die Errichtung der PSP muss nach § 7c Abs. 1 SGB XI durch die zuständige oberste Landesbehörde aktiv bestimmt werden. Gesetzliche Regelungen zu Trägern, Arbeit und Finanzierung der PSP wurden nicht getroffen. In der Folge hat sich in den letzten Jahren bundesweit eine sehr heterogene Struktur herausgebildet (Hahnel et al., 2021, S. 51).

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz - PSG III beschloss der Bundesgesetzgeber die Einführung eines bis zum 31. Dezember 2021 zeitlich befristeten kommunalen

Initiativrechts zur Errichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Abs. 1a SGB X. Landkreise und Stadtkreise bzw. kreisfreien Städte konnten von den Pflege- und Krankenkassen verlangen, dass eine Vereinbarung zur Errichtung eines Pflegestützpunktes getroffen wurde (Hahnel et al., 2021, S. 51).

3.2 Rahmenbedingungen auf Landesebene

Am 01.07.2018 trat der Rahmenvertrag zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI in Baden-Württemberg in Kraft, der durch die Landesverbände der AOK Baden-Württemberg, der Ersatzkassen, des BKK Landesverbandes Süd, der IKK classic, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Kranken- und Pflegekasse sowie der KNAPPSCHAFT und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem SGB XII sowie dem Landkreistag Baden-Württemberg, dem Städtetag Baden-Württemberg und dem Gemeindetag Baden-Württemberg beschlossen wurde. Der Rahmenvertrag ersetzte die Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg gemäß § 92c SGB XI vom 15.12.2008.

Ziel war es, über die Einrichtung von Pflegestützpunkten, eine qualitätsgesicherte und wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung in Baden-Württemberg zu ermöglichen (§ 1 Abs. 1 und Abs. 2 Rahmenvertrag). Pflegestützpunkte sollen zur Sicherstellung und Vernetzung von wohnortnahen Angeboten und von Angeboten der Pflege, Versorgung, Betreuung und Beratung beitragen. Die vorhandenen Beratungsstrukturen werden bei der Arbeit des Pflegestützpunktes eingebunden und identifizierte Versorgungslücken sind an die zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten (§ 1 Abs.3 Rahmenvertrag). Strukturen anderer Beratungsangebote sind zu berücksichtigen und sollen weiter vernetzt werden; Doppelstrukturen sind zu vermeiden. Vor Ort ist die Akzeptanz der Beratungsangebote sicherzustellen. Dies schließt insbesondere die Neutralität und bürgernahe Erbringung der Beratungsangebote ein (§ 1 Abs. 4 Rahmenvertrag).

Träger der Pflegestützpunkte sind die Pflege- und Krankenkassen sowie die Stadt- und Landkreise als örtliche Träger der Sozialhilfe (§ 2 Abs.1 Rahmenvertrag). Eine Ansiedlung der Pflegestützpunkte darf aus wettbewerbsrechtlichen Gründen nicht bei Leistungserbringern erfolgen (§ 2 Abs. 3 Rahmenvertrag). Für jeden Pflegestützpunkt ist ein Pflegestützpunktvertrag zu vereinbaren, in dem folgende Regelungen enthalten sind:

- ◆ wahrzunehmende Aufgaben,
- ◆ Konzeption der Arbeit des Pflegestützpunktes, vor allem über die wohnortnahe und trägerübergreifende Beratung, zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, ehrenamtlich engagierten Personen und Gruppen,
- ◆ Organisation einschließlich Regelungen
 - zur Kooperation der beteiligten Träger,

- zur Finanzierung des Pflegestützpunktes,
- zur Bereitstellung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen,
- zum Datenschutz,
- zur Qualitätssicherung und Dokumentation der Arbeit,
- ♦ zu den Öffnungszeiten,
- ♦ zum Standort sowie
- ♦ zur Außendarstellung (§ 3 Abs. 2 Rahmenvertrag).

Die bis zum Inkrafttreten des Rahmenvertrages am 01.07.2018 bestehenden Pflegestützpunktverträge waren entsprechend dem Rahmenvertrag anzupassen. Im Rahmen der Vertragsanpassung bestand Bestandsschutz für die von der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e. V. genehmigten Vollzeitkräftestellen (§ 13 Abs. 1 Rahmenvertrag).

Nachfolgend werden die im Rahmen der Evaluation relevantesten Regelungen des Rahmenvertrages zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI in Baden-Württemberg näher ausgeführt.

Aufgaben der Pflegestützpunkte

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte richten sich nach den Vorgaben des § 7c Abs. 2 SGB XI. Für ihre Erfüllung ist eine Netzwerkarbeit seitens der Pflegestützpunkte erforderlich (§ 4 Abs. 1 und Abs. 2 Rahmenvertrag). Die Aufgaben umfassen zum einen eine unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote – einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Abs. 1a SGB XI (§ 4 Abs. 2 Rahmenvertrag). In begründeten Fällen ist die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch in der Häuslichkeit anzubieten (§ 4 Abs. 2 Rahmenvertrag). Beratung beinhaltet alle Tätigkeiten, die einen direkten Kontakt zu den Klientinnen bzw. Klienten, ihren Angehörigen oder anderen beauftragten Personen voraussetzen und umfasst ein breites Spektrum: von kurzen telefonischen Auskünften über Beratung (nach § 7a SGB XI) bis hin zum länger andauernden Case Management (§ 4 Abs. 2 Rahmenvertrag). Nachfolgend sind in § 4 Abs. 2 des Rahmenvertrages Definitionen der einzelnen Tätigkeiten bzw. ihrer Inhalte im Wortlaut aufgeführt. Diese Definitionen erlauben weitestgehend eine Abgrenzung der verschiedenen Tätigkeiten voneinander.

*Aufklärung und Auskunft sind Informationen zu Fragen, die mit der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang stehen – insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über Leistungen und Hilfen anderer Träger. Diese Beratung ist fallabschließend und es sind keine Folgekontakte seitens der Pflegestützpunktmitarbeiter*innen notwendig.*

*In einer Beratung beschäftigen sich die Pflegestützpunktmitarbeiter*innen mit Fragen der Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen. Hierbei wird die persönliche Situation der Klient*innen mit einbezogen. Eine Beratung umfasst:*

- I. eine Problemanalyse sowie die gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung*
- II. die daraus abgeleitete Planung von Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen (Versorgungsplan)*
- III. Interventionsdurchführung*
- IV. Abschluss der Beratung.*

Lösungen auf eine Fragestellung entstehen in der Beratung im gemeinsamen Abwägen von Lösungsmöglichkeiten zwischen Ratsuchendem und Beratendem. Eine Beratung kann fallabschließend erfolgen oder Folgekontakte mit dem Klienten erforderlich machen (§4 Abs.2 Rahmenvertrag).

Beratungsfälle nach § 7a SGB XI setzen den Bezug bzw. die vorgesehene Beantragung von Leistungen nach dem SGB XI voraus. Im Rahmen der § 7a-Beratung ist zwingend ein individueller Versorgungsplan zu erstellen und auszuhändigen. Case Management-Fälle sind definiert als § 7a-Beratungsfälle, die weiterführend ein Monitoring und die Evaluation der durchgeführten Intervention umfassen.

Case Management richtet sich an Menschen in komplexen Problemlagen und Versorgungskonstellationen. Es sind Probleme vorhanden, die die Unterstützung von mehreren Akteuren zugleich erforderlich machen. Im Beratungs- und Interventionskontext der Pflegebedürftigkeit liegt ein instabiles Pflegesetting vor. Ein Case Management umfasst:

- I. eine Problemanalyse sowie die gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung (Assessment)*
- II. die daraus abgeleitete Planung von Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen (Versorgungsplan – Planning)*
- III. Interventionsdurchführung (Intervention)*
- IV. Interventionssteuerung und -überwachung (Monitoring)*
- V. Reflexion, Evaluation und Abschluss der Beratung (Evaluation).*

Aufgabe im Case Management ist es, das Ressourcen-Netzwerk durch persönliche Befähigung des Klienten zu entwickeln und Personen zu erschließen und zu koordinieren, die den Klienten unterstützen können und möchten. Der Unterstützungsprozess ist in der Regel auf einen längeren Zeitraum angelegt, jedoch keine dauerhafte Begleitung. Sie endet, wenn der Klient und/oder der pflegende Angehörige in der Lage ist, seine Pflege selbst zu organisieren, und kann bei Veränderungen der Situation wieder aufgenommen werden (§4 Abs.2 Rahmenvertrag).

Zu den Aufgaben des Pflegestützpunktes gehört neben der Beratung auch die Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote. Eingeschlossen ist auch die Hilfestellung bei der Inan-

spruchnahme der Leistungen (§ 4 Abs. 3 Rahmenvertrag). Weiterhin fällt die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote in den Verantwortungsbereich der Pflegestützpunkte. Dazu gehört neben Pflege und Ausbau eines eigenen Netzwerks auch Tätigkeiten, die der Gewinnung, Betreuung und Erfassung von Netzwerkpartnern und der Pflege einer diesbezüglichen Datenbank dienen. Ferner umfasst Netzwerkarbeit auch die fallunspezifische Weitergabe von Informationen und die Teilnahme an weiteren Netzwerken, die zur Aufgabenerfüllung erforderlich sind, wie z. B. Gesundheitskonferenzen (§ 4 Abs. 4 Rahmenvertrag).

(Technische) Ausstattung und Infrastruktur

Bezüglich der Digitalisierung der Pflegestützpunkte ist geregelt, dass eine IT-Infrastruktur (Hard- und Software einschließlich E-Mail-Software und Internet-Anbindung) sowie ein Telefonanschluss mit Anrufbeantworter vorhanden sein muss (§ 5 Abs. 4 Rahmenvertrag). Zur Beurteilung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, insbesondere der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI, hat die Kommission Pflegestützpunkte nach ein einheitliches, verbindliches und digitales Dokumentationsverfahren zu definieren (§ 5 Abs. 5 Rahmenvertrag).

Die Standorte der Pflegestützpunkte müssen mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein und einen barrierefreien Zugang haben. Insbesondere in ländlichen Gebieten können geeignete Angebote auch durch Außenstellen oder mobile Angebote gemacht werden (§ 5 Abs. 6 Rahmenvertrag).

Personal und Qualitätssicherung

Im Pflegestützpunkt ist ausreichend qualifiziertes Personal entsprechend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.08.2008 in der jeweils gültigen Fassung oder einer gleichwertigen Qualifikation vorzuhalten (§ 5 Abs. 3 Rahmenvertrag). Bis zum Inkrafttreten des Rahmenvertrages gab es in Baden-Württemberg 83,05 Vollzeitkräfte. Der Rahmenvertrag sieht vor, dass weitere bis zu 120,50 Vollzeitstellen geschaffen werden konnten. Insgesamt sollen in den Pflegestützpunkten in ganz Baden-Württemberg 203,55 Vollzeitkräfte tätig sein. Die Personalberechnung ergibt sich aus der sog. Orientierungsgröße, die bei 1:60.000 liegt. Auf eine Pflegeberaterin bzw. einen Pflegeberater kommen 60.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner. Ein weitergehender Abruf über die Orientierungsgröße hinaus ist möglich, sofern ein Bedarf im Rahmen der kommunalen Sozialplanung eruiert wird. Sollte der Gesamtpersonalrahmen von 203,55 Vollzeitkräften für Baden-Württemberg erreicht werden, befinden die Spitzen der Vertragspartner unter Berücksichtigung des gesetzlichen Initiativrechts nach § 7c Absatz 1a SGB XI über das weitere Verfahren (§ 6 Rahmenvertrag).

Bei der Einrichtung, dem Ausbau und dem Betrieb von Pflegestützpunkten sind Instrumente zur Qualitätssicherung anzuwenden, die die Ebenen der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität zu berücksichtigen (§ 8 Abs. 1 Rahmenvertrag).

Der Rahmenvertrag sieht in § 8 Abs. 2 des Rahmenvertrages die Einrichtung einer Arbeitsgruppe Qualitätssicherung aus Vertreterinnen und Vertretern der Rahmenvertragspartner, unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis vor.

Zur Sicherstellung und Weiterentwicklung wurde eine Stelle zur Qualitätssicherung beim Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) eingerichtet. Die Stelle zur Qualitätssicherung untersteht fachlich der Kommission Pflegestützpunkte nach und organisatorisch sowie arbeitsrechtlich dem KVJS und ist ebenfalls Teil der Geschäftsstelle PSP. Sie fungiert als Ansprechpartner für die Pflegestützpunkte, die Kranken- und Pflegekassen, die Stadt- und Landkreise, der Kommission PSP und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle PSP. Personalentscheidungen sind im Einvernehmen mit der Kommission Pflegestützpunkte zu treffen (§ 8 Abs. 4 Rahmenvertrag).

Kommission Pflegestützpunkte

Die Kommission setzt sich zusammen aus jeweils einer Vertreterin oder einem Vertreter der Vertragspartner. Als oberstes Gremium formuliert die Kommission Arbeitsaufträge (u. a. für die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, für die Stelle zur Qualitätssicherung und für die Geschäftsstelle). Das Ministerium für Soziales und Integration ist beratendes Mitglied der Kommission (§ 8 Abs. 2 Rahmenvertrag). Im Bedarfsfall, der nicht näher definiert ist, darf die Kommission Entscheidungen grundsätzlicher Art über die Spitzenebenen der Vertragspartner herbeiführen (§ 8 Abs. 3 Rahmenvertrag). Zum Aufgabenbereich der Kommission Pflegestützpunkte zählt des Weiteren auch die Überprüfung, mögliche Weiterentwicklung und ggf. Anpassung des Rahmenvertrags unter Berücksichtigung beispielsweise gesetzlicher Änderungen oder neuer Erkenntnisse. Dies setzt eine regelmäßige Information der Kommission über die Einrichtung, den Ausbau und den Betrieb von Pflegestützpunkten (zum Beispiel Organisationsstruktur, Personal-, Raum- und Sachausstattung) durch die Stadt- und Landkreise voraus (§ 8 Abs. 4 Rahmenvertrag).

Über ein einheitliches, verbindliches und digitales Dokumentationsverfahren sind durch die Kommission verbindliche Regelungen zur Transparenz im Hinblick auf die Arbeit in den Pflegestützpunkten, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zu vereinbaren (§ 8 Abs. 5 Rahmenvertrag). Die Kommission beauftragt die Stelle zur Qualitätssicherung, verbindliche Regelungen zur Qualitätssicherung zu erarbeiten. Diese müssen sowohl die Zuständigkeit als auch die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen unter Beachtung der strukturierten Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten berücksichtigen (§ 8 Abs. 6 Rahmenvertrag).

Mit Erstellung regelmäßiger Berichte entsprechend der Absätze 4, 5 und 6 des Rahmenvertrages stellt die Kommission die Auskunftspflicht gemäß § 7c Abs. 6 Satz 4 SGB XI sicher (§ 8 Abs. 7 Rahmenvertrag).

Geschäftsstelle Pflegestützpunkte

Für die laufenden Verwaltungsgeschäfte zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte war eine Geschäftsstelle beim KVJS einzurichten. Die Geschäftsstelle untersteht fachlich der Kommission Pflegestützpunkte sowie organisatorisch und arbeitsrechtlich dem KVJS (§ 11 Abs. 1 Rahmenvertrag).

Die Aufgaben der Geschäftsstelle umfassen:

- ◆ die Unterstützung der Kommission Pflegestützpunkte,
- ◆ die Mitwirkung bei der Abrechnung der Dauerfinanzierung der Pflegestützpunkte,
- ◆ die Funktion als Ansprechpartner der Pflegestützpunkte und Beschäftigten der Kranken- und Pflegekassen sowie der Stadt- und Landkreise in Vertrags-, Dokumentations- und Abrechnungsfragen sowie ferner
- ◆ die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung und der Stelle zur Qualitätssicherung (§ 11 Abs. 2 Rahmenvertrag).

Evaluation

Abschließend sieht der Rahmenvertrag die Evaluation der Arbeit der Pflegestützpunkte, der erforderlichen Beschäftigtenanzahl, der grundsätzlichen Orientierungsgröße von 1:60.000 sowie der Finanzierungsform vor. Die Evaluation sollte ursprünglich zum 31.12.2020 abgeschlossen sein. Zudem sollen die im Zusammenhang mit den Pflegestützpunkten bislang nicht näher definierten Begriffe „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ definiert werden (§ 12 Abs. 1 Rahmenvertrag). Nach Vorlage des Evaluationsberichts können die Vertragspartner, unabhängig von vereinbarten Kündigungsmöglichkeiten des gesamten Rahmenvertrages, insbesondere über die grundsätzliche Orientierungsgröße und die Finanzierungsform mit Wirkung für die Zukunft zu verhandeln (§ 12 Abs. 2 Rahmenvertrag). Hervorzuheben ist, dass die Evaluation der Finanzierung explizit nicht Gegenstand dieses Forschungsprojektes ist.

3.3 Qualitätsrahmen Beratung in der Pflege

Büscher et al. haben 2016 mit dem „Qualitätsrahmen Pflegeberatung“ eine theoretische Fundierung von Beratung in der Pflege erarbeitet. Darin wird empfohlen, folgende Ansätze zur Weiterentwicklung der Qualität der Beratung in der Pflege konzeptionell zu nutzen:

- ◆ die Lebensweltorientierung,
- ◆ die ressourcenorientierte Beratung,
- ◆ die lösungsorientierte Beratung,
- ◆ Diversität und Zielgruppenorientierung,
- ◆ den Ansatz des Empowerments sowie

- ♦ die systemische Beratung (Büscher et al., 2016, 5 ff.).

Die Autorinnen und Autoren definieren als übergeordnetes Ziel der Beratung „die Befähigung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, informierte Entscheidungen zur Bewältigung individueller Pflegesituationen treffen und entsprechend handeln zu können.“ (Büscher et al., 2016, S. 11).

Die Qualitätsanforderungen für Beratung in der Pflege werden in fünf Qualitätsbereiche unterteilt:

1. Rahmenbedingungen und Infrastruktur

Hier geht es um die Aspekte Verfügbarkeit und Zugänglichkeit, Ergebnisorientierung und Unabhängigkeit, Ausstattung und Organisation sowie Vernetzung. Konkret gehören dazu z. B. ein breites und gleichmäßiges Angebot, systematische Planung und Ansiedlung der Beratungsstellen, die Verknüpfung und Vernetzung der Angebote, unabhängige Pflegerechtsberatung, trägerübergreifende Zusammenarbeit, kostenlose und wohnortnahe Beratung, Hausbesuche, interne Qualitätssicherung, Unabhängigkeit der Angebote, zeitnahe Beratung, Barrierefreiheit sowie telefonische Beratung.

2. Theoretische und konzeptionelle Fundierung

Dazu gehören z. B. die Festlegung von Beratungsverständnis und -ziel, die Festlegung und Einhaltung von Kernkriterien (u. a. Orientierung an der ratsuchenden Person, Ergebnisoffenheit und Berücksichtigung ethischer Grundsätze).

3. Kompetenz und Qualifizierung

Dazu gehören sowohl Fach- als auch personale Kompetenzen (vgl. Abbildung 2), formale Qualifikationen und auf Erfahrungen basierende Expertise. Die Autorinnen und Autoren des Qualitätsrahmens plädieren dafür, möglichst nicht auf Expertise zugunsten von Formalanforderungen zu verzichten.

Abbildung 2: Kompetenzprofil Beratungskompetenz

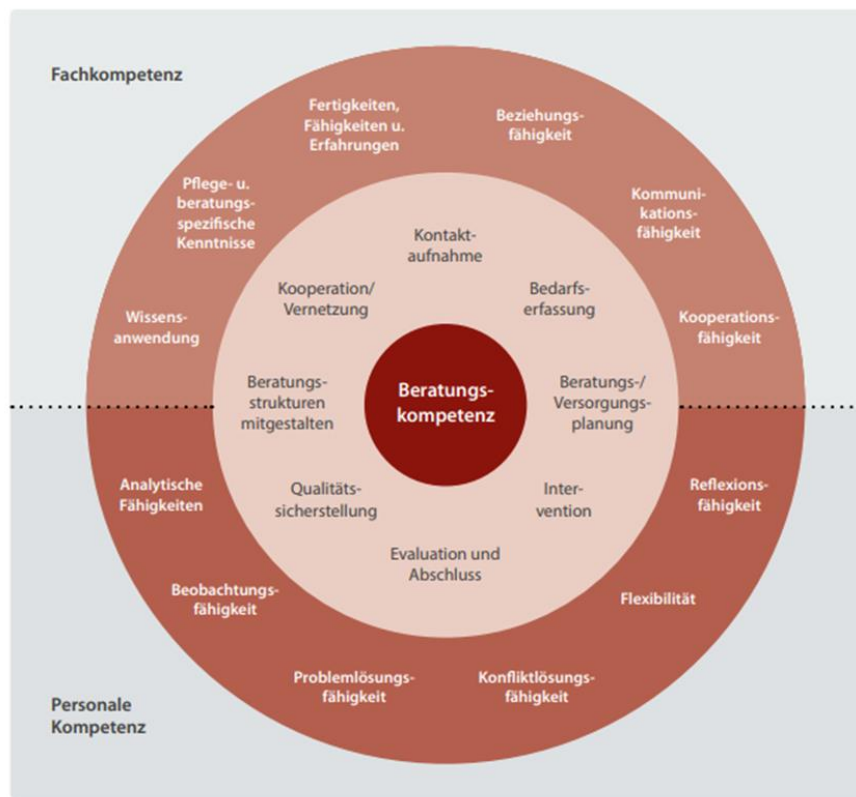


Abb. 4: Kompetenzprofil Beratungskompetenz (nach Hummel-Gaatz, Doll 2007; Heyse & Erpenbeck 2004; Bohrer, Kuckeland, Oetting-Roß, Scherpe & Schneider 2008, Bals & Dilg 2014)

Quelle: Büscher et al. 2016: 21.

4. Beratungsinhalte

... unterscheiden sich prinzipiell je nach Anlass (Beratung nach § 7a SGB XI oder § 37 Abs. 3 SGB XI oder Schulungskurse in der häuslichen Umgebung etc.). Zu Beginn ist das Beratungsinteresse bzw. das zu lösende Problem zu identifizieren – geht es allgemein um Leistungsansprüche und deren Beantwortung oder haben Ratsuchende konkrete Fragestellungen zur Organisation der Versorgung. Danach ist dann die jeweilige Herangehensweise der Beratung auszureichten.

5. Beratungsprozess

Der Beratungsprozess soll eine ausführliche Situations- und Problemanalyse ermöglichen und im Ergebnis zu einer Stabilisierung/Verbesserung der (Versorgungs-)Situation beitragen. Die Einhaltung von Qualitätsaspekten (z. B. Einvernehmlichkeit, Selbstbestimmung, Strukturierung des Prozesses, Supervision) ist im Rahmen der Prozessgestaltung zu berücksichtigen.

4. Evaluationsergebnisse der Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

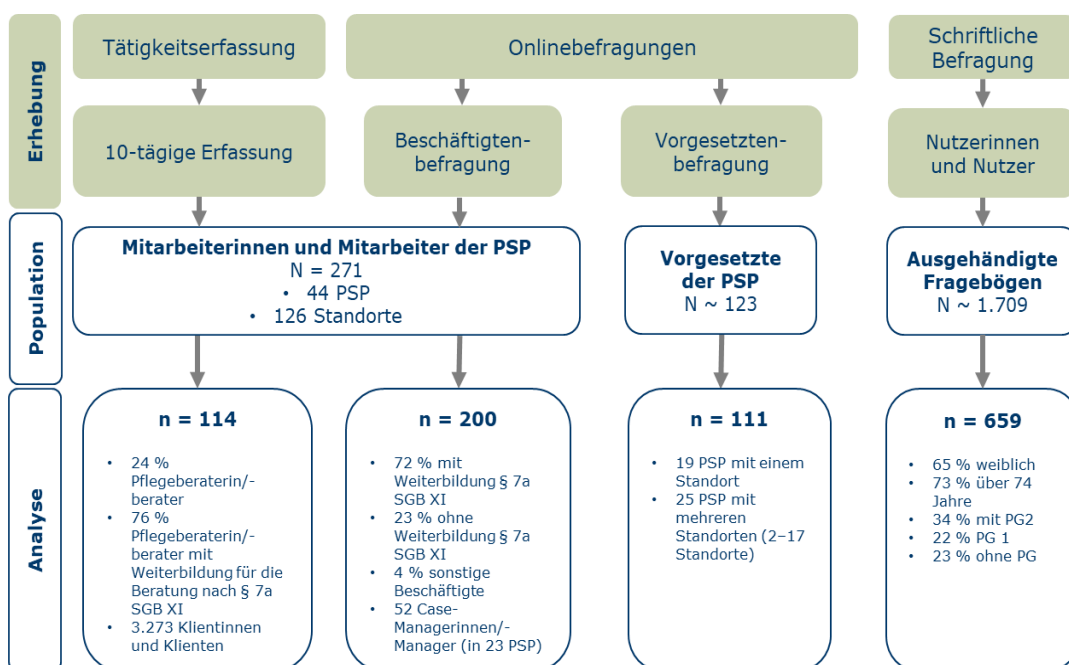
Die Ergebnisse zur Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg werden in fünf thematische Abschnitte gegliedert. Vorab erfolgt die Stichprobenbeschreibung der quantitativen Primärerhebungen (Kapitel 4.1). Anschließend sind die Ergebnisse nach den Forschungsfragen in folgende Unterkapitel gegliedert:

- ♦ Strukturelle Charakteristiken der PSP (Kapitel 4.2),
- ♦ Aufgaben und Tätigkeiten der PSP (Kapitel 4.3),
- ♦ Bekanntheit, Inanspruchnahme, Qualität und Wirksamkeit der Beratungen (Kapitel 4.4)
- ♦ Bedarfsgerechtigkeit und Wohnortnähe (Kapitel 4.5),
- ♦ Weiterentwicklung der PSP (Kapitel 4.6).

4.1 Beschreibung der Stichproben

Die folgende Abbildung 3 stellt eine Übersicht über die Datenerhebungen im Rahmen der Evaluation, der jeweils untersuchten Population und ausgewählten Merkmalen der Stichprobe dar.

Abbildung 3: Übersicht über die Datenerhebungen



Quelle: IGES

Anmerkung: N stellt die Grundgesamtheit der jeweiligen Population dar. In allen Pflegestützpunkten Baden-Württembergs sind 271 Beschäftigte und 123 Vorgesetzte tätig. Insgesamt wurden an 1.709 an Nutzerinnen und Nutzer Fragebögen verteilt.

4.1.1 Tätigkeitserfassung

130 Beraterinnen und Berater haben die Tätigkeitserfassung begonnen, von ihnen haben 129 Personen ihre Stammdaten angegeben. Beraterinnen und Berater, die weniger als sechs von zehn Tagen dokumentiert haben, wurden ausgeschlossen (n = 15). In der Datenauswertung konnten somit 114 Beraterinnen und Berater für 40 Kreise einbezogen werden. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 42,1 % (bezogen auf alle 271 Beschäftigten). Von den Befragten, die ihre Tätigkeiten dokumentiert haben, haben 76,3 % eine Weiterbildung für die Beratung nach § 7 a SGB XI (n = 87). 23,7 % haben keine Weiterbildung absolviert (n = 27). Elf Beraterinnen und Berater aus neun Kreisen sind (zusätzlich) für koordinierende Aufgaben zuständig, variierend von 10 % bis 100 % der Gesamtarbeitszeit.

4.1.2 Online-Befragung der Vorgesetzten

Im Befragungszeitraum haben 148 Personen die Befragung begonnen. Insgesamt wurden 37 unvollständige Datensätze gelöscht. Somit können die Daten von 111 Vorgesetzten aus 40 Kreisen in der Auswertung berücksichtigt werden. Dies entspricht einem Rücklauf von 90,2 %. Zusätzlich wurden die verbliebenen Standorte kontaktiert und um Angaben zum allgemeinen Teil der Vorgesetztenbefragung gebeten (n = 12). Im Rahmen dieser Nachrecherche konnten somit für alle 123 Standorte¹ Angaben zur aktuellen Personalausstattung (u. a. Anzahl der Personen und Vollzeitäquivalente) sowie Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erhoben werden. Die Ergebnisse zur Personalausstattung und Qualifikation der Beschäftigten der PSP sind in Kapitel 4.2.2 dargestellt.

4.1.3 Online-Befragung der Beschäftigten

Insgesamt haben 285 Personen die Online-Befragung begonnen. Datensätze mit ausschließlich fehlenden Werten wurden ausgeschlossen (n = 85). Somit verbleiben die Datensätze von 200 Beschäftigten aus allen 44 Kreisen, die in der Auswertung berücksichtigt werden konnten. Gemessen an der Bruttostrichprobe von insgesamt 271 Beschäftigten² beträgt die Rücklaufquote somit 73,8 %.

Nahezu die Hälfte der Beschäftigten hat eine Qualifikation im Bereich Soziales bzw. Sozialpädagogik (45,0 %; n = 90), 39,5 % der Befragten hat eine Pflegeausbildung (n = 79). 12,0 % der Beschäftigten haben eine andere Grundqualifikation (n = 24), davon vornehmlich einen akademischen Abschluss in Gesundheitswissenschaften (n = 9), Pflege/Pflegemanagement (n = 2), Pflegepädagogik (n = 2), Gerontologie

¹ Drei Standorte waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht bekannt bzw. wurden erst nach Abschluss der Befragung geschaffen. Somit gibt es insgesamt 126 Standorte (Stand: Januar 2024).

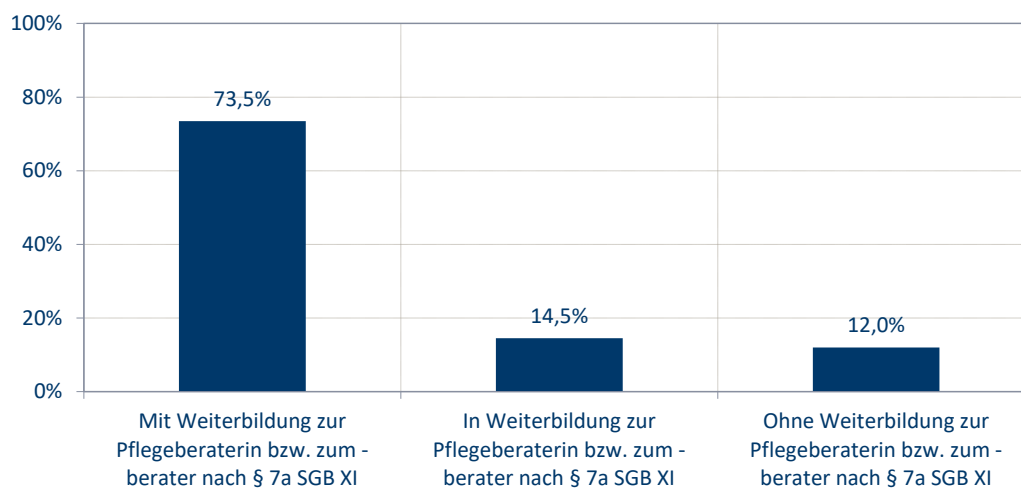
² Bis zum Abschluss der Befragung betrug die Grundgesamtheit aller Beschäftigten der PSP 271 Personen. Zwei zum 01.01.2024 neu geschaffene Standorte und ein bis dahin nicht bekannter Standort mit insgesamt sieben Mitarbeitenden wurden zur Ermittlung der Teilnahmequote nicht berücksichtigt.

(n = 2) und als Diplom-Pflegewirt/-in (n = 3). Sechs Personen haben eine Qualifikation in einem anderen Gesundheitsberuf.

Insgesamt gaben 33,0 % der Beschäftigten an, bereits über fünf Jahre im Pflegestützpunkt bzw. in der Pflegeberatung tätig zu sein (n = 66). Ein weiteres Drittel ist bereits seit drei bis fünf Jahren dort tätig (n = 56). 23,5 % sind ein bis drei Jahre im PSP tätig (n = 47) und 15,5 % seit weniger als einem Jahr (n = 31).

Der Anteil und die Art der Beschäftigten in der Stichprobe sind in Abbildung 4 dargestellt. Nahezu alle Befragten haben eine Weiterbildung zur Pflegeberaterin bzw. zum -berater nach § 7a SGB XI absolviert (n = 147) oder befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Weiterbildung (14,5 %; n = 29). 12,0 % haben keine Weiterbildung absolviert (n = 24).

Abbildung 4: Anteil und Art der Beschäftigten in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Des Weiteren haben über die Hälfte der Befragten noch eine andere Weiterbildung absolviert bzw. nahmen aktuell an einer Weiterbildung teil (n = 105). Die häufigsten Angaben der Befragten mit einer weiteren Weiterbildung waren:

- ◆ Case Management (40,0 %; n = 42),
- ◆ PDL/Stationsleitung/Heimleitung (23,8 %; n = 25),
- ◆ Weiterbildung Demenz (18,1 %; n = 19),
- ◆ Praxisanleitung (14,3 %; n = 15),
- ◆ Systemische Therapie/Beratung (14,3 %; n = 15),
- ◆ Palliative Care (10,5 %; n = 11)
- ◆ Intensivpflege (7,6 %; n = 8),
- ◆ Qualitätsmanagement (7,6 %; n = 8),

- ♦ Gerontopsychiatrische Fachkraft (5,7 %; n = 6) und
- ♦ Pflegegutachter (5,7 %; n = 6).

Knapp 42 % haben an einer anderen Weiterbildung teilgenommen (n = 44). 47,5 % der Befragten absolvierten keine andere Weiterbildung (n = 95).

4.1.4 Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

In die Datenauswertung konnten 659 ausgefüllte Fragebögen von Nutzerinnen und Nutzern der Pflegestützpunkte aus 43 Kreisen einbezogen werden. Die Altersverteilung der Nutzerinnen und Nutzer der Stichprobe stellte sich wie in Tabelle 5 aufgezogen dar.

Die Beratung in den Pflegestützpunkten wurde überwiegend von älteren bzw. für ältere Personen in Anspruch genommen. Insgesamt machte der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer zwischen 65 bis über 90 Jahren 88,2 % (n = 581) aus. Kinder und Jugendliche von 0 - 17 Jahren machten 1,4 % (n = 9) und jüngere Erwachsene von 18-64 Jahren einen Anteil von 9,9 % (n = 65) aus. Die Nutzerinnen und Nutzer waren zu 65,4 % weiblich und zu 33,2 % männlich. 1,4 % machten keine Angabe zum Geschlecht bzw. übersprangen die Frage. Am häufigsten wiesen die Nutzerinnen und Nutzer Pflegegrad 2 auf (34,1 %, n = 225), 22,5 % (n = 148) hatten (noch) keinen Pflegegrad und weitere 22,2 % (n = 146) hatten Pflegegrad 3. Die Verteilung der Pflegegrade kann Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5: Alter und Pflegegrad der Nutzerinnen und Nutzer (n = 659)

Merkmal	Häufigkeit in % (n)
Alter	
0-17 Jahre	1,4% (9)
18-64 Jahre	9,9% (65)
65-74 Jahre	15,3% (101)
75-84 Jahre	37,5% (247)
85-89 Jahre	22,8% (150)
90 Jahre und älter	12,6% (83)
keine Angabe/fehlend	0,7% (4)
Pflegegrad (PG)	
PG 1	10,3% (68)
PG 2	34,1% (225)
PG 3	22,2% (146)
PG 4	7,1% (47)
PG 5	1,7% (11)
(noch) keinen	22,5% (148)
Weiß ich nicht	0,3% (2)
Keine Angabe/fehlend	1,9 % (12)

Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

4.2 Strukturelle Charakteristiken der Pflegestützpunkte

In den folgenden Abschnitten werden die strukturellen Angaben der PSP und ihrer Standorte beschrieben. Diese umfassen die Anzahl der Standorte, die Tätigkeitsorte der Beraterinnen und Berater, die technische Ausstattung sowie die Personalausstattung und Qualifikation der Beschäftigten im jeweiligen Stützpunkt.

4.2.1 Anzahl und Öffnungszeiten

Jeder der 44 Stadt- und Landkreise Baden-Württemberg verfügt über einen Pflegestützpunkt, der mindestens einen bis maximal 17 Standorte je Stützpunkt aufweist. Insgesamt verfügen die 44 Pflegestützpunkte über 126 Standorte. 19 Kreise verfügen über einen, 25 Kreise über mehr als einen Standort. Der Landkreis Esslingen weist mit 17 Standorten die höchste Anzahl auf. Die Begrifflichkeit „Standort“

wird durch die Pflegestützpunkte nicht einheitlich verwendet, sodass verschiedene weitere Begriffe Anwendung finden. Darunter:

- ♦ Außenstelle (z. B. Außenstelle Ammerbruch im LK Tübingen),
- ♦ Zweigstelle (Zweigstelle Dettingen/Ems im LK Reutlingen),
- ♦ Büro (z. B. Büro Degerloch, Vaihingen im SK Stuttgart) und
- ♦ Team (z. B. Team südlicher Landkreis im LK Ludwigsburg).

Zur Vereinheitlichung wird im Rahmen dieser Studie nachfolgend der Begriff „Standort“ als übergeordneter Begriff verwendet. Eingeschlossen sind damit auch die anderen genannten Bezeichnungen.

Tabelle 6 zeigt überblicksartig die Standorte der Pflegestützpunkte in den 44 Stadt- und Landkreisen.

Tabelle 6: Anzahl der Standorte je PSP

Landkreis/Standkreis	Anzahl der Standorte	Orte
Alb-Donau-Kreis (LK)	2	Ulm, Ehingen
Biberach (LK)	1	Biberach
Böblingen (LK)	4	Böblingen, Sindelfingen, Leonberg, Herrenberg
Bodenseekreis (LK)	1	Friedrichshafen
Breisgau-Hochschwarzwald (LK)**	3	Bad Krozingen, Breisach, Titisee-Neustadt
Calw (LK)	1	Calw
Emmendingen (LK)	1	Emmendingen
Enzkreis (LK)	2	Mühlacker, Remchingen
Esslingen (LK)	17	Nürtingen, Leinfelden-Echterdingen, Kirchheim unter Teck, Esslingen am Neckar, Filderstadt, Frickenhausen, Ostfildern, Denkendorf, Lenningen, Aichtal, Aichwald, Wendlingen am Neckar, Plochingen, Weilheim/Teck, Reichenbach, Neckartenzlingen, Bissingen an der Teck
Freudenstadt (LK)	1	Freudenstadt
Göppingen (LK)	2	Göppingen, Geislingen
Heidenheim (LK)	1	Heidenheim
Heilbronn (LK)	3	Heilbronn, Brackenheim, Möckmühl

Landkreis/Standkreis	Anzahl der Standorte	Orte
Hohenlohekreis (LK)	2	Künzelsau, Öhringen
Karlsruhe (LK)	5	Bretten, Bruchsal, Ettlingen, Stutensee, Waghäusel
Konstanz (LK)	3	Radolfzell, Konstanz, Singen
Lörrach (LK)***	4	Lörrach, Schopfheim, Efringen-Kirchen, Grenzach-Wyhlen
Ludwigsburg (LK)****	6	Ludwigsburg – Hindenburgstraße (Team Süd), Besigheim (Team Nord), Vaihingen/Enz (Team West), Bietigheim-Bissingen, Ludwigsburg – Hindenburgstraße (Zentrale), Ludwigsburg – Stuttgarter Straße (Stadt Ludwigsburg)
Main-Tauber-Kreis (LK)	1	Tauberbischofsheim
Neckar-Odenwald-Kreis (LK)	2	Buchen, Mosbach
Ortenaukreis (LK)	5	Offenburg, Achern, Kehl, Haslach (Kinzig-tal), Lahr
Ostalbkreis (LK)	3	Aalen, Ellwangen, Schwäbisch-Gmünd
Rastatt (LK)	3	Rastatt, Bühl, Gaggenau
Ravensburg (LK)	5	Ravensburg, Altshausen, Bad-Waldsee, Leutkirch im Allgäu, Wangen im Allgäu
Rems-Murr-Kreis (LK)	3	Waiblingen, Backnang, Schorndorf
Reutlingen (LK)	9	Reutlingen (Kaiserstraße – Standort Landratsamt Reutlingen), Bad Urach, Dettlingen/Erms, Münsingen, Hohenstein-Bernloch (Südliche Alb – Hohenstein), Metzingen, Pliezhausen, Reutlingen (Marktplatz – Standort Stadt Reutlingen), Wannweil
Rhein-Neckar-Kreis (LK)	5	Hockenheim, Neckargemünd, Sinsheim, Weinheim, Wiesloch
Rottweil (LK)	1	Rottweil
Schwäbisch Hall (LK)	2	Schwäbisch Hall, Crailsheim
Schwarzwald-Baar-Kreis (LK)	2	Villingen-Schwenningen (Standort Nord), Donaueschingen (Standort Süd)
Sigmaringen (LK)	1	Mengen
Tübingen (LK)	5	Mössingen, Kusterdingen (Außenstelle Härten/Kirchentellinsfurt), Rottenburg, Ammerbuch, Tübingen

Landkreis/Standkreis	Anzahl der Standorte	Orte
Tuttlingen (LK)	1	Tuttlingen
Waldshut (LK)	1	Waldshut-Tiengen
Zollernalbkreis (LK)	3	Albstadt, Balingen, Hechingen
Baden-Baden (SK)	1	Baden-Baden
Freiburg im Breisgau (SK)	1	Freiburg
Heidelberg (SK)	1	Heidelberg
Heilbronn (SK)	1	Heilbronn
Karlsruhe (SK)	1	Karlsruhe
Mannheim (SK)	1	Mannheim
Pforzheim (SK)	1	Pforzheim
Stuttgart (SK)	7	Stuttgart – Eberhardstraße (Mitte, Nord, West, Botnang), Stuttgart – Eberhardstraße (Süd, Ost), Stuttgart – Eberhardstraße (Cannstadt, Mühlhausen, Münster), Stuttgart – Große Falterstraße (Degerloch, Vaihingen), Stuttgart – Filderhauptstraße (Möhringen, Plieningen, Birkach, Sillenbuch), Stuttgart – Strümpfelbacher Straße (Untertürkheim, Ober-türkheim, Hedelfingen, Wangen), Stuttgart - Löwen-Markt (Weilimdorf, Feuerbach, Zuffenhausen, Stammheim)
Ulm (SK)	1	Ulm
Gesamt	126	

Quelle: IGES

Anmerkung: Stand Januar 2024. Kein Anspruch auf Vollständigkeit.

**Der LK Breisgau-Hochschwarzwald verfügte zum Zeitpunkt der Befragung über einen Standort. Zum 01.01.2024 wurden zwei weitere Standorte eröffnet und waren nicht Teil der Befragung.

***Ein Standort des LK Lörrach wurde erst nach den Online-Befragungen bekannt und war nicht Teil der Befragungen.

****Ein Standort des Kreises Ludwigsburg wurde im Zuge der Online-Befragung der Vorgesetzten bekannt und war nicht Teil der Befragung

In der Regel haben die Standorte von Montag bis Freitag geöffnet (n = 65). Der Stundenumfang variiert zwischen den Pflegestützpunkten bzw. Standorten. Keiner der Standorte gab an, regulär am Wochenende geöffnet zu haben. Sofern die Standorte nur an bestimmten Wochentagen regulär geöffnet haben, variiert die Erreichbarkeit zwischen einem und bis zu vier Tagen. Von 28 Standorten liegen hierzu Angaben der Beschäftigten vor:

- ◆ ein Standort hat einen Tag geöffnet,
- ◆ drei Standorte haben zwei Tage geöffnet,
- ◆ neun Standorte haben drei Tage pro Woche geöffnet und
- ◆ 15 Standorte haben vier Tage pro Woche geöffnet.

Zusätzlich zu den offiziellen Öffnungszeiten sind die Pflegestützpunkte in Teilen dennoch telefonisch erreichbar. 33 Kreise bieten an mindestens einem ihrer Standorte Außensprechstunden in unterschiedlichen Stundenumfängen an.

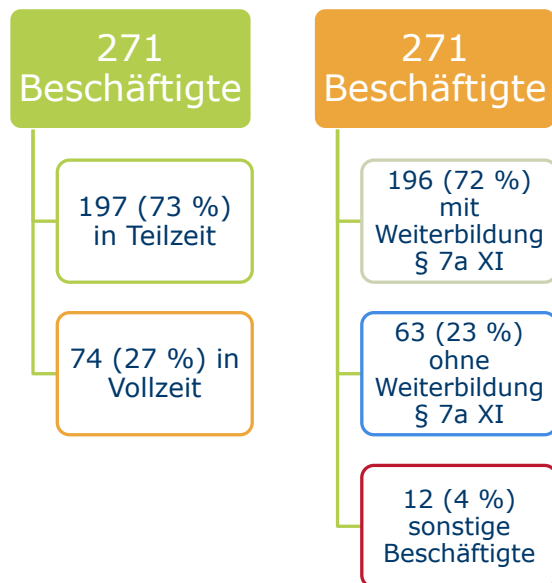
4.2.2 Personalausstattung und -qualifikation

Personalausstattung

Abbildung 5 zeigt die Personalausstattung der PSP in Baden-Württemberg nach Beschäftigungsart und Qualifikation. Zum Zeitpunkt der Befragung gab es 271 Pflegeberaterinnen und -berater, die sich auf die 44 Pflegestützpunkte und 126 Standorte verteilten. Nach Abschluss der Befragung kam es in einem PSP zu einem Personalzuwachs, sodass Stand Januar 2024 insgesamt 278 Beschäftigte in den PSP tätig waren. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die 271 Pflegeberaterinnen und -berater, die es zum Zeitpunkt der Befragung in Baden-Württemberg gab.

Zwei Drittel der Beschäftigten arbeiteten in Teilzeit (n = 197), ein Drittel in Vollzeit (n = 74). Unter den Pflegeberaterinnen und -beratern hatten 72 % eine abgeschlossene Weiterbildung nach §7a SGB XI (n = 196). Knapp 23 % hatten keine abgeschlossene Weiterbildung nach §7a SGB XI (n = 63). Weitere 4 % gaben eine sonstige Beschäftigung an, z. B. im Rahmen einer koordinieren Stelle (n = 12).

Abbildung 5: Beschäftigte in den PSP nach Beschäftigungsart und Qualifikation



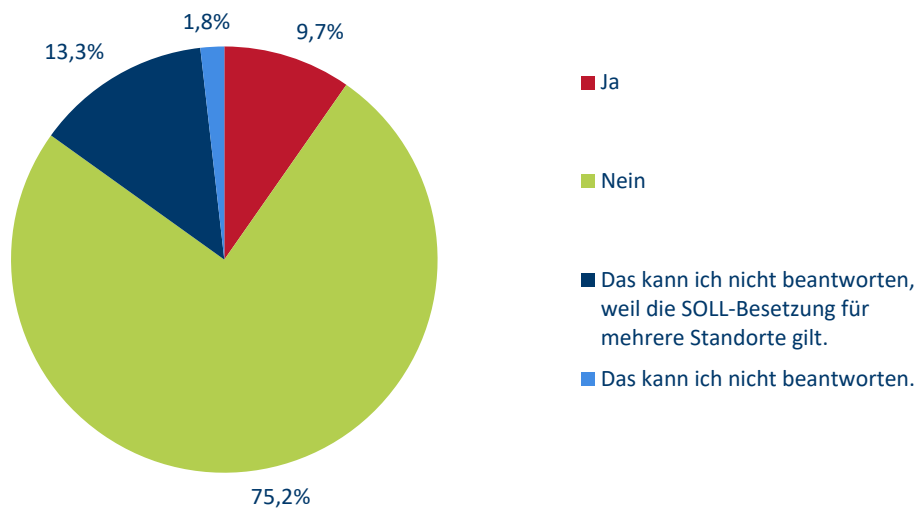
Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

Da zwei PSP zum Stichtag 01.08.2023 noch über weniger Personal verfügten ergab sich die Gesamtsumme von 185,0 VZÄ. Diese wurde als Ausgangswert für die Berechnung der Personalprognosen (siehe Kapitel 5.2) zugrunde gelegt.

SOLL- und IST-Ausstattung der Pflegestützpunkte

Die IST-Besetzung in den einzelnen Standorten der Pflegestützpunkte entspricht zu 75 % (n = 85) der SOLL-Besetzung laut Pflegestützpunktvertrag. Für 13,3 % der Standorte (n = 15) konnte die Frage nicht ganz eindeutig beantwortet werden, da die SOLL-Besetzung für mehrere Standorte des PSP gilt und eine Differenzierung auf einen einzelnen Standort somit nicht möglich war. In knapp jedem zehnten Standort (9,7 %, n = 11) weicht die IST- von der SOLL-Besetzung ab (s. Abbildung 6).

Abbildung 6: Abweichungen der IST- von der SOLL-Besetzung in % (n = 113)

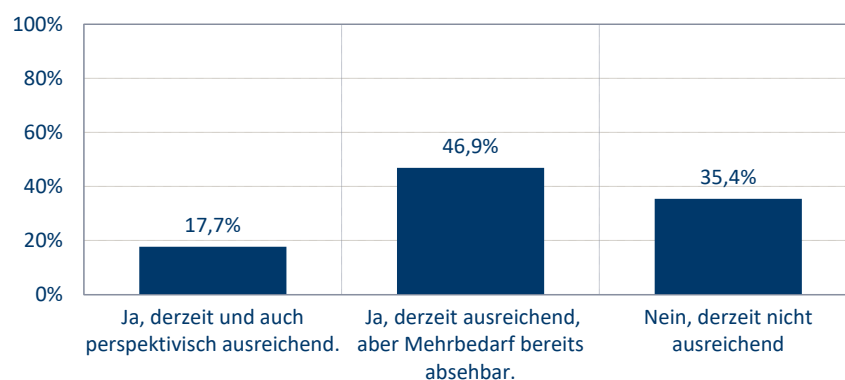


Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung
 Anmerkung: Frage: Weicht die IST- von der SOLL-Besetzung ab?

Einschätzung zur Personalausstattung

Die Personalausstattung wurde durch die Vorgesetzten der Pflegestützpunkte überwiegend als derzeit ausreichend, aber mit einem absehbaren Mehrbedarf bewertet (46,9 %, n = 53). Weniger als jeder fünfte Standort (17,7 %, n = 20) sieht sich auch perspektivisch personell gut aufgestellt. Etwas mehr als ein Drittel (35,4 %, n = 40) der Vorgesetzten schätzten die Personalausstattung mit dem derzeit vorhandenen Personal als bereits jetzt nicht ausreichend ein. Abbildung 7 zeigt die Einschätzung der Vorgesetzten.

Abbildung 7: Einschätzung zur aktuellen Personalausstattung am jeweiligen Standort in % (n = 113)

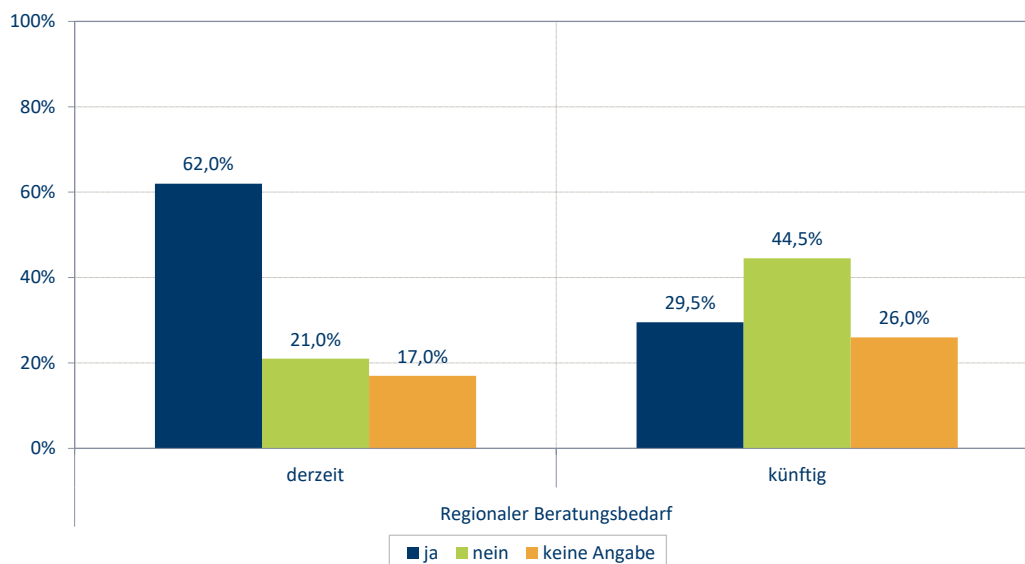


Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

Anmerkung: Frage: Ist die aktuelle Personalausstattung an diesem Standort derzeit Ihrer Einschätzung nach gemessen an der regionalen Nachfrage ausreichend?

Die Einschätzung der Beschäftigten der Pflegestützpunkte ist in Abbildung 8 dargestellt. Die Mehrheit der Beschäftigten (62,0 %, n = 124) gab an, dass die aktuelle Personalbesetzung am Standort ausreichend sei, um den regionalen Beratungsbedarf zu decken. Im Gegensatz dazu bewerteten ein Fünftel der Beschäftigten (n = 42) die derzeitige Personalausstattung als unzureichend. Darüber hinaus erwarten mit 44,5 % (n = 89) etwa die Hälfte der Beschäftigten, dass zukünftig aufgrund einer zu geringen Personalausstattung ein ungedeckter Beratungsbedarf entstehen könnte.

Abbildung 8: Einschätzung zur Abdeckung des regionalen Beratungsbedarf mit der derzeitigen Personalausstattung in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Anmerkung: Frage: Kann der derzeitige bzw. zukünftige regionale Beratungsbedarf mit der derzeitigen Personalausstattung an Ihrem Standort gedeckt werden?

Knappe Personalausstattungen in den Pflegestützpunkten kritisierten auch einzelne Nutzerinnen und Nutzer der Pflegestützpunkte. Die Kritik betraf einerseits die Personalausstattung, andererseits jedoch auch die teils beschränkte Verfügbarkeit der Angebote vor Ort wegen eingeschränkter Öffnungszeiten, wie die nachfolgenden Kommentare zeigen.

„Unbedingte Förderung/Aufstockung des Personals nötig, die MA war super, aber aufgrund Personalsorgen terminlich stark eingeschränkt - das ist nicht ihre Schuld, sorgt aber bei vielen Ratsuchenden (und viele melden sich erst, wenn es schon 5 vor 12 ist) sicher für Frust und Unmut, der sich dann wieder über MA entlädt. Die schwierigen, zeitintensiven Beratungen - gerade von alleinstehenden Personen ohne familiäre Anbindung nehmen zu, dem muss man begegnen!“

„Durch den geringen Stellenanteil ist die MA nur von Di Nachmittags bis Do Vormittags erreichbar. Gut wäre eine noch bessere Verfügbarkeit durch den Ausbau der Stelle.“

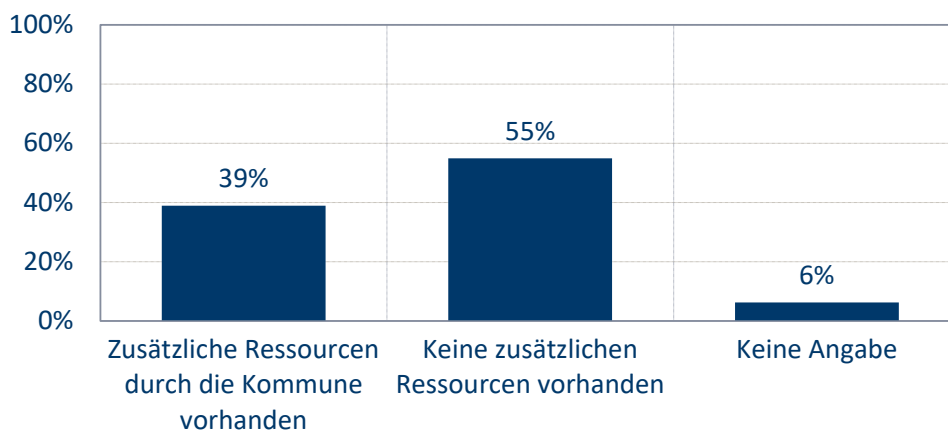
Zusätzliche (Personal-)Ressourcen durch die Kommunen

44 (39 %) von 113 Standorten gaben an, dass die Kommune zusätzliche Ressourcen z. B. für die Beratung, Koordination o. Ä. zur Verfügung stellen (s. Abbildung 9). Die kommunale Unterstützung stellt sich in den Kreisen unterschiedlich dar. Das Vorhandensein bzw. die kommunale Finanzierung anderer spezialisierter Beratungsstellen (Wohnraumberatung, Hilfen im Alter, Demenzzentrum) wurde von den Vorgesetzten der Pflegestützpunkte als zusätzliche Ressource benannt. In einigen Kreisen werden (Personal-)Ressourcen für eine Koordinierungsstelle vorgehalten. Die Aufgaben dieser Stelle können folgende Tätigkeiten umfassen:

- ◆ -Absprachen zur Strukturierung der Arbeit aller Standorte des Pflegestützpunktes,
- ◆ der Geschäftsstelle PSP als Ansprechpartner zur Verfügung stehen,
- ◆ Entwicklung von Verfahrensabläufen,
- ◆ jährliche Berichterstattung an die Kommission Pflegestützpunkte und in den Gremien vor Ort,
- ◆ Dienst- und Fachaufsicht über die Beschäftigten im Pflegestützpunkt.

In anderen Kreisen gibt es eine zusätzliche Sekretariats- oder Verwaltungsstelle. Vereinzelt umfassen diese Aufgaben wiederum auch koordinierende und verwaltende Tätigkeiten, wie die Überarbeitung der Informationsbroschüren oder die Organisation von Veranstaltungen.

Abbildung 9: Zusätzliche durch die Kommune zur Verfügung gestellte Ressourcen in % (n = 113)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

In 18 Pflegestützpunkten gibt es eine koordinierende Stelle, deren Aufgabe z. B. die Koordination und der Austausch unter den Standorten des Pflegestützpunktes ist. Beratungen werden von Personen mit koordinierenden Stellen nicht durchgeführt. Eventuell dort eingehende Anfragen werden an die Beraterinnen und Berater der verschiedenen Standorte der Pflegestützpunkte weitergeleitet. In neun Pflegestützpunkten ist für die koordinierende Stelle ein fester Stellenumfang vorgesehen, der von 0,15 VZÄ bis zu 1,0 VZÄ variiert. In den restlichen acht Pflegestützpunkten ist hingegen kein spezieller Stellenumfang für die koordinierende Stelle eingeplant.

Eine Erstanlaufstelle für Ratsuchende gibt es in zwei Kreisen. Diese informiert Ratsuchende zu Angeboten und Hilfen und verweist weiter an Pflegeberaterinnen bzw. -berater. Ferner unterstützen die Kommunen bspw. durch:

- ◆ spezialisierte Stellen für Demenz mit Fokus auf Angehörigenentlastung und Digitalisierung,
- ◆ gesonderte Stellen für Personalsachbearbeitung/Sachbearbeitung,
- ◆ gesonderte Stellenanteile für Beratung/Öffentlichkeitsarbeit/Netzwerkarbeit,
- ◆ einen Stellenanteil in Altenhilfeplanung und Aufbau sorgender Strukturen im Quartier.

Qualifikation der Beschäftigten

Jeweils ein Drittel der Beschäftigten ist seit drei bis fünf Jahren (28,0 %, n = 56) bzw. mehr als fünf Jahren (33,0 %, n = 66) im Pflegestützpunkt bzw. in der Pflegeberatung tätig. Einen kleineren Anteil bilden die Beschäftigten, die seit ein bis drei

Jahren in der Pflegeberatung beschäftigt sind (23,5 %, n = 47) bzw. seit weniger als einem Jahr (15,5 %, n = 31). Nahezu die Hälfte der Pflegeberaterinnen und -berater hat eine Qualifikation im Bereich Soziales/Sozialpädagogik (45,0 %, n = 90), weitere 39,5 % (n = 79) haben eine Pflegeausbildung. 3 % sind für einen anderen Gesundheitsberuf qualifiziert (n = 6) und 12,0 % (n = 24) haben einen anderen Beruf erlernt. Eine Person hat eine Ausbildung im Bereich Sozialversicherung absolviert.

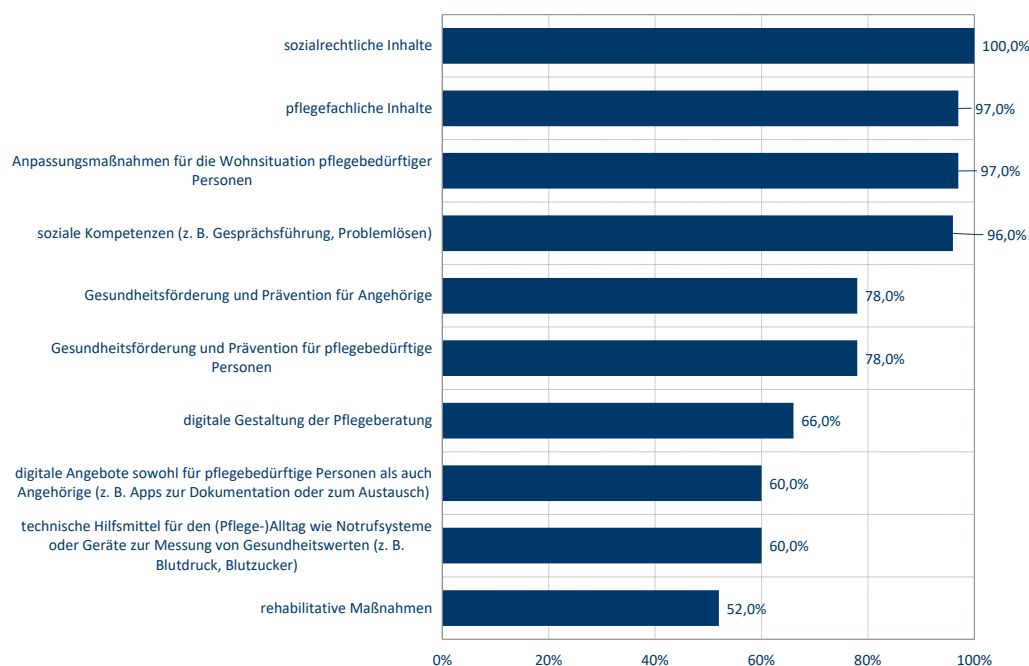
Zum Zeitpunkt der Befragung gibt es 53 Personen in 23 Pflegestützpunkten, die eine Ausbildung zur Case Managerin bzw. zum Case Manager mit einem Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) haben.

Nach Angaben der Vorgesetzten werden den Beschäftigten vorrangig Fort- und Weiterbildungen zu folgenden Aspekten angeboten:

- ◆ sozialrechtliche Inhalte (100,0 %, n = 100),
- ◆ pflegfachliche Inhalte (97,0 %, n = 97)
- ◆ Anpassungsmaßnahmen für die Wohnsituation pflegebedürftiger Personen (97,0 %, n = 97) sowie
- ◆ soziale Kompetenzen (96,0 %, n = 96).

Weitere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind Abbildung 10 zu entnehmen.

Abbildung 10: Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten Beschäftigte in % (n = 100, Mehrfachnennung möglich)



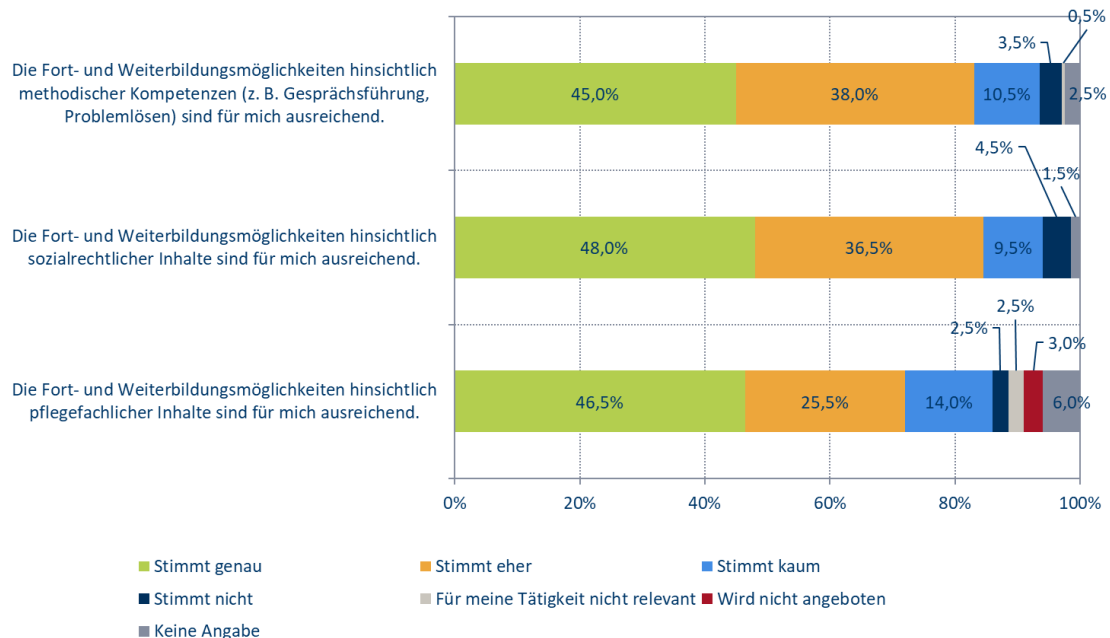
Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

Darüber hinaus gab rund zwei Drittel der Vorgesetzten an, den Beschäftigten noch weitere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten (75,0 %, n = 75). Dazu gehören: Gesundheitsmanagement/Förderung (n = 9), Fortbildung nach Wunsch der Beschäftigten (n = 8), Interne Fortbildungen (n = 7), Kommunikationstraining (n = 6), Softwareschulung (n = 5), Beratungs-/Moderationstechniken (n = 4) sowie Sozial- und Medienkompetenz (n = 4). In 13 PSP werden keine weiteren Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten, 12 Vorgesetzte machten keine Angabe.

Für Beratungsgespräche können die Beschäftigten außerdem in speziellen Techniken geschult werden, um Probleme, Konflikte oder Herausforderungen zu lösen. Hierbei gaben 56,0 % der Vorgesetzten an, dass es Schulungen zu speziellen Problemlösungstechniken für die Beschäftigten gab (n = 56). 36,0 % gaben an, dass es Schulungen zu speziellen Mediationstechniken gab (n = 36). Ein Viertel der Vorgesetzten stellt Leitfäden, Checklisten oder Ähnliches zum Umgang mit Problemen zur Verfügung (n = 25). Sechs Vorgesetzte gaben sonstige Schulungen an (z. B. Innerbetriebliche Angebote zur Sozialkompetenz). Acht Vorgesetzte machten keine Angabe.

Die Mehrheit der Beschäftigten bewertet die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten insgesamt als ausreichend (s. Abbildung 11). Die Mehrheit der Beschäftigten schätzen die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich methodischer Kompetenzen (83,0 %, n = 166) und sozialrechtlicher Inhalte (84,5 %, n = 169) als ausreichend bzw. eher ausreichend ein. In Bezug auf pflegfachliche Inhalte sind knapp drei Viertel der Befragten (72,0 %, n = 144) mit dem Fort- und Weiterbildungsangebot zufrieden.

Abbildung 11: Einschätzung zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in %
(n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

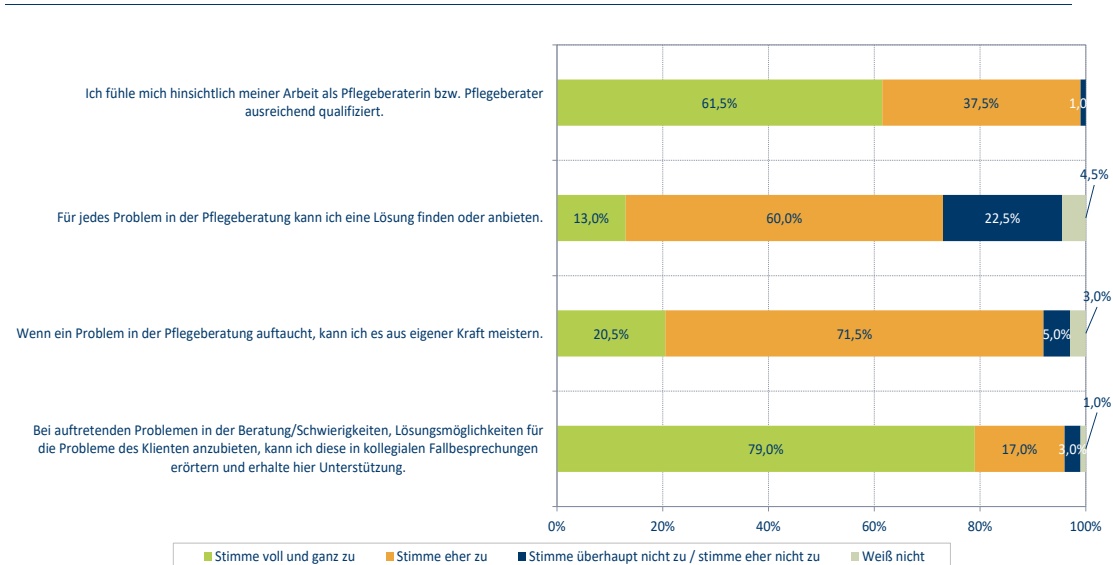
In Bezug auf den Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu anderen Themen zeigt sich keine klare Tendenz: 51,0 % der Beschäftigten (n = 102) wünschen sich ein umfassenderes Angebot, während bei 49,0 % (n = 98) kein zusätzlicher Bedarf besteht.

Unabhängig von den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, bewerten die Beschäftigten ihre persönliche Beratungskompetenz insgesamt positiv, wie aus Abbildung 12 hervorgeht. Es zeigen sich besonders hohe Zustimmungsraten bei folgenden Aspekten der Beratungskompetenz:

- ♦ ausreichende Qualifikation zur Tätigkeit als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater (stimme voll und ganz zu: 61,5 %, n = 123; stimme eher zu: 37,5 %, n = 75) sowie
- ♦ Fähigkeit, Problemlagen der Klientinnen/Klienten innerhalb von kollegialen Fallbesprechungen darzulegen und Lösungsmöglichkeit zu erarbeiten (stimme voll und ganz zu: 79,0 %, n = 158; stimme eher zu: 17,0 %, n = 34).

Im Gegensatz dazu stimmt ein Fünftel der Beschäftigten (22,5 %, n = 45) der Aussage „Für jedes Problem in der Pflegeberatung kann ich eine Lösung finden oder anbieten“. (eher) nicht zu.

Abbildung 12: Einschätzung Beratungskompetenz in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Anmerkung: 0,0 % nicht dargestellt

Erhoben wurde auch der Einsatz von Supervision als Instrument zur Personal- und Organisationsentwicklung. Von den Vorgesetzten gaben 71,0 % an, dass für die Beschäftigten der PSP Supervision angeboten wird (n = 71), 29,0 % bieten keine Supervision an (n = 29).

4.2.3 Tätigkeitsorte und technische Ausstattung

Beratungen werden neben den Räumlichkeiten der Standorte und Außenstellen auch im Rahmen von Hausbesuchen durchgeführt. 98,0 % der Beschäftigten der PSP führen Hausbesuche in unterschiedlicher Häufigkeit durch, wie aus Tabelle 7 ersichtlich wird. 2,0 % der befragten Pflegeberaterinnen und -berater gaben an, niemals Hausbesuche durchzuführen. Die häufigsten Nennungen waren:

- ◆ bis zu fünfmal pro Woche (12,5 %, n = 25),
- ◆ bis zu dreimal in der Woche (45,5 %, n = 91),
- ◆ höchstens einmal in der Woche (13,0 %, n = 26) und
- ◆ seltener als einmal pro Woche, jedoch mind. einmal bis maximal dreimal pro Monat (19,5 %, n = 39).

Tabelle 7: Häufigkeit von Hausbesuchen (n = 200)

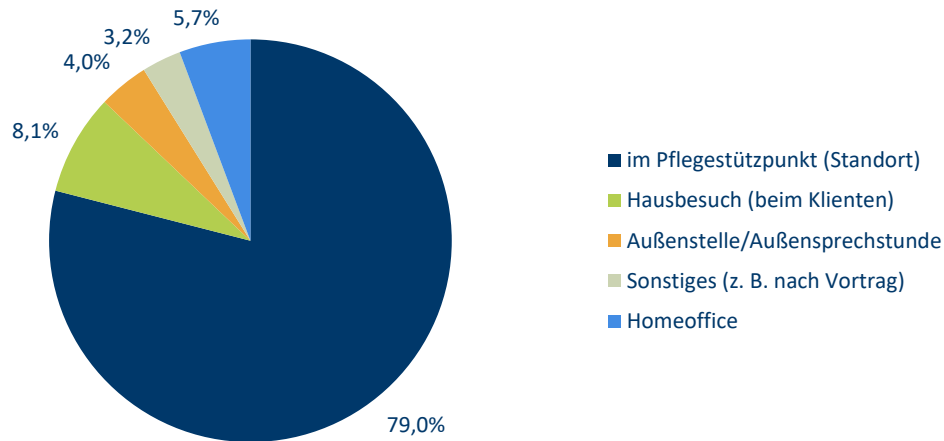
Regelmäßigkeit der Hausbesuche	Häufigkeiten in % (n)
Gar nicht	2,0 % (4)
Höchstens einmal pro Woche	13,0 % (26)
Bis zu dreimal pro Woche	45,5 % (91)
Bis zu fünfmal pro Woche	12,5 % (25)
Bis zu zehnmal pro Woche	1,5 % (3)
Mehr als zehnmal pro Woche	0,5 % (1)
Seltener als einmal pro Woche (max. ein- bis dreimal im Monat)	19,5 % (39)
Anderes*	5,5 % (11)
Gesamt	100 % (200)

Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Anmerkungen: *z. B. einmal in drei Monaten, abhängig vom Bedarf, sechsmal im Jahr

Im Rahmen der 10-tägigen Tätigkeitserfassung dokumentierten die Pflegeberaterinnen und -berater ihren Tätigkeitsort. Abbildung 13 zeigt die Anteile der Beratungsorte gemessen an allen Kontakten zur Klientin bzw. zum Klienten während des Erfassungszeitraumes. Bezogen auf die Gesamtzahl aller in der Tätigkeitserfassung dokumentierten Kontakte fanden 79,0 % der Beratungen im jeweiligen Standort des PSP statt. D. h., dass vier von fünf Beratungen im jeweiligen Standort des Pflegestützpunktes stattfinden – das schließt persönliche, telefonische und Beratungen per E-Mail ein. Bei 8,1 % der Beratungen suchten die Beschäftigten die Klientinnen und Klienten zu Hause auf. 4,0 % der Beratungen fanden in einer Außenstelle bzw. in einer Außensprechstunde statt. Außenstellen sind in der Regel nur zeitweise besetzt und die Beratungen erfolgen nur nach Bedarf/Vereinbarung oder zu festen Sprechzeiten. Bei 5,7 % der Beratungen arbeiteten die Beschäftigten im Homeoffice. Ein kleiner Anteil der Beratungen fand an einem anderen Ort statt, beispielsweise nach einem Vortrag (3,2 %).

Abbildung 13: Anteil der Beratungsorte in %, bezogen auf die Beraterinnen und Berater (n = 4.743 Tätigkeiten)



Quelle: IGES, Tätigkeitserfassung

Über den 10-tägigen Zeitraum der Tätigkeitserfassung dokumentierten die Pflegeberaterinnen und -berater insgesamt Daten für 3.273 Klientinnen und Klienten. Rund jede zehnte Person (9,7 %, n = 317) wurde im Rahmen mind. eines Hausbesuchs beraten. Insgesamt erhielten die 317 Klientinnen und Klienten mit Hausbesuch zusammen 380 Hausbesuche (Min: 1, Max: 4).

Die Pflegeberaterinnen und -berater sind sowohl im jeweiligen Standort des Pflegestützpunktes als auch in zugehörigen Außenstellen tätig, was eine entsprechende technische Infrastruktur und Ausrüstung für die Pflegeberaterinnen und -berater erforderlich macht. Der Rahmenvertrag sieht nach § 5 Abs. 4 vor, dass die Pflegestützpunkte mit einer IT-Infrastruktur ausgestattet sein müssen, die Hard- und Software, einschließlich E-Mail-Software und Internet-Anbindung, umfasst. Darüber hinaus muss ein Telefonanschluss mit Anrufbeantworter vorhanden sein.

Im August 2020 wurde mittels einer Online-Befragung im Rahmen der „Strukturerhebung zur Studie Digitalisierung der PSP“ u. a. eine IST-Analyse zu den technischen Gegebenheiten in den Stadt- und Landkreisen von Baden-Württemberg durchgeführt. Das Ziel war es, eine fundierte Entscheidung zur Vorgehensweise bei der Einführung eines einheitlichen Dokumentationssystems für die Pflegestützpunkte treffen zu können (Hilbert, 2020, S. 4). Zusammenfassend kam der Studienautor zu dem Schluss, dass die Ausstattung der Pflegestützpunkte mit Fachanwendungen uneinheitlich war und Kreise z. T. ohne jegliche Fachanwendung arbeiteten (Hilbert, 2020, S. 9). 2023 wurden der Status-quo der technischen Ausstattung der Pflegestützpunkte und die Nutzung von Softwareanwendungen in einer internen Abfrage durch die Geschäftsstelle Pflegestützpunkte erhoben. Aus der Abfrage geht hervor, dass die technische Ausstattung zwischen den Stadt- und Landkreisen weiterhin variiert. Demnach verfügen 84,1 % der Kreise (n = 37) über

mind. einen Laptop und 47,7 % (n = 21) über mind. ein Smartphone/Handy. 25,0 % der Kreise (n = 11) arbeiten mit Desktop-PCs. Vereinzelt weisen Kreise weitere technische Hardware wie Beamer (4,5 %, n = 2), Tablets (4,5 %, n = 2) oder Hardware zur Internettelefonie auf (2,3 %, n = 1). Nur ein Kreis gab an, über ein Online-Beratungstool mit Kamera sowie eine Möglichkeit zur Online-Terminreservierung zu verfügen.

Rund zwei Drittel der Kreise (65,9 %, n = 29) verfügen laut der internen Abfrage der Geschäftsstelle PSP für die Dokumentation ihrer Beratungen über eine Fachanwendung wie Syncase, Quovero oder CareCM. 27,3 % (n = 12) arbeiten ohne Fachanwendung. Diese Kreise gaben überwiegend an, mit Microsoft Excel und ggf. zusätzlich noch papierbasiert zu arbeiten. Aus 6,8 % (n = 3) der Stadt-/Landkreise lagen keine Daten vor.

Im Rahmen der Online-Befragung der vorgesetzten Stellen der Pflegestützpunkte wurde erfragt, wie die Beratungstätigkeit im PSP dokumentiert wird. Von 100 Standorten liegen hierzu Angaben vor. Im Fokus stand dabei die Art der Dokumentation (elektronisch, papiergestützt), nicht jedoch der Name der Anwendung. Rund zwei Drittel der Standorte (67,0 %, n = 67) dokumentiert elektronisch, mit einer speziellen Dokumentationssoftware. 18,0 % (n = 18) dokumentieren teils elektronisch und teils papiergestützt. 11,0 % (n = 11) dokumentieren zwar elektronisch, nutzen aber keine spezielle Software und 4 % (n = 4) erfassen die Beratungen rein papiergestützt, mit einer standardisierten Vorlage.

4.3 Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegestützpunkte

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der 10-tägigen Tätigkeitserfassung zum Tätigkeitsspektrum der Beschäftigten der Pflegestützpunkte sowie den damit verbundenen Zeitaufwänden dargestellt (Kapitel 4.3.1).

Anschließend werden, auf Basis der Online-Befragungen, die Ergebnisse zu den Beratungsinhalten (Kapitel 4.3.2), den Tätigkeiten im Rahmen der Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit (Kapitel 4.3.3) sowie zur Qualitätssicherung (Kapitel 4.3.4) beschrieben.

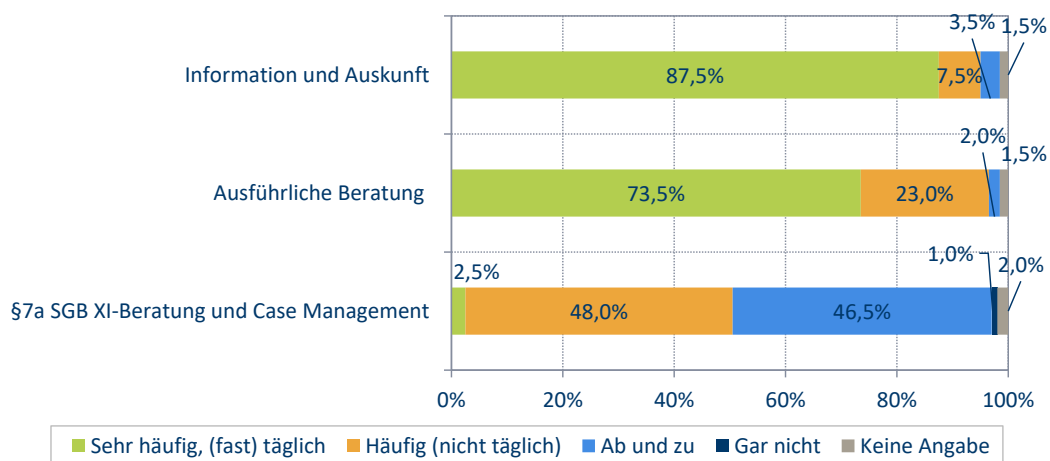
4.3.1 Tätigkeitsspektrum der Beraterinnen und Berater

Zu unterscheiden sind Leistungen, die für bzw. mit Klientinnen und Klienten stattfinden (klientenbezogene Tätigkeiten: Information/Auskunft, (§7a SGB XI-)Beratung, Case Management) und Leistungen, die ohne einen konkreten Bezug zu einer einzelnen Person erfolgen (nicht-klientenbezogene Tätigkeiten, z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltung, Fort- und Weiterbildung). Einleitend werden zunächst allgemeine Erkenntnisse zu den erbrachten klienten- und nicht klientenbezogenen Tätigkeiten der Beraterinnen und Berater beschrieben. Die folgenden Abschnitte thematisieren die jeweiligen Leistungen tiefergehend.

Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zu den Häufigkeiten von klientenbezogenen Tätigkeiten der Beraterinnen und Berater. Information und

Auskunft stellen mit 87,5 % (n = 175) die häufigste Leistung dar. Am zweithäufigsten erfolgt mit 73,5 % (n = 147) eine ausführliche Beratung. Die Tätigkeitskategorien Beratung nach § 7a SGB XI und Case Management werden im Vergleich dazu seltener durchgeführt. Dabei gaben in der Online-Befragung 50,5 % der Befragten (n = 101) an, dass diese Tätigkeiten sehr häufig bis häufig vorkommen, während 46,5 % (n = 95) angaben, dass dies gelegentlich der Fall sei.

Abbildung 14: Häufigkeiten von Tätigkeiten in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

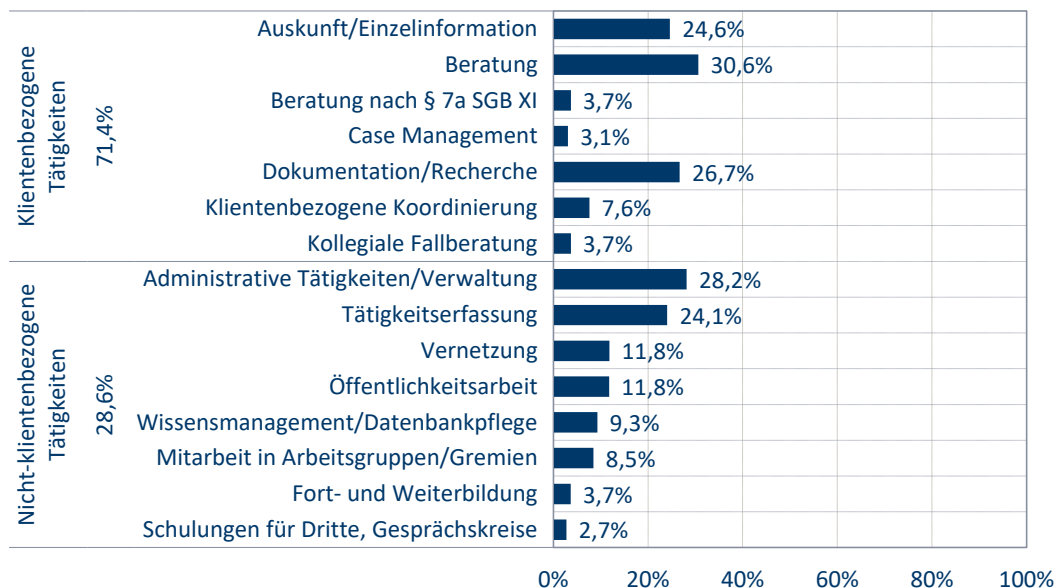
Für einen vertiefenden Einblick in das tatsächliche Leistungsgeschehen in den PSP wurden im Rahmen einer 10-tägigen Tätigkeitserfassung bei den Beschäftigten die kundenbezogenen und nicht-kundenbezogenen Tätigkeiten erfasst. Hierbei wurden sowohl die Art der ausgeführten Tätigkeiten eines Arbeitstages als auch der jeweilige Zeitaufwand von den Beschäftigten dokumentiert.

Insgesamt wurden 10.715 Tätigkeiten erfasst. Die folgende Abbildung 15 gibt einen Überblick über alle während des Erhebungszeitraums dokumentierten Tätigkeitsarten der Beschäftigten in den PSP und ihren Anteilen gemessen an der Anzahl der Tätigkeiten.

Zu den **kundenbezogenen** Tätigkeiten gehören primär die Beratungsgespräche und das komplexere Case Management. Darüber hinaus gibt es im Vorfeld oder im Nachgang der Beratungen noch weitere Tätigkeiten, die für ratsuchende Person ausgeführt werden. Dazu gehören beispielsweise fallbezogene Gespräche (Kontaktaufnahme/Rücksprachen) mit anderen Akteuren, Recherchen und die Dokumentation der jeweiligen Tätigkeiten bzw. der Beratung. Von allen dokumentierten Tätigkeiten fallen 71,4 % auf kundenbezogene Tätigkeiten (7.647 Tätigkeiten). Davon entfallen über die Hälfte der Tätigkeiten auf direkte Kontakte mit den Klientinnen und Klienten in den einzelnen Fallkategorien Auskunft/Einzelinformation (24,6 %), Beratung (30,6 %), Beratung nach § 7a SGB XI (3,7 %) und Case Manage-

ment (3,1 %). Knapp ein Drittel der kundenbezogenen Tätigkeiten umfasst die Dokumentation und Recherche. Einen kleineren Anteil der kundenbezogenen Tätigkeiten umfassen die kundenbezogene Koordination (7,6 %) und die kollegiale Fallberatung (3,7 %).

Abbildung 15: Anteil der Tätigkeitsarten im PSP in % (n = 10.715 Tätigkeiten)*



Quelle: IGES, Tätigkeitserfassung

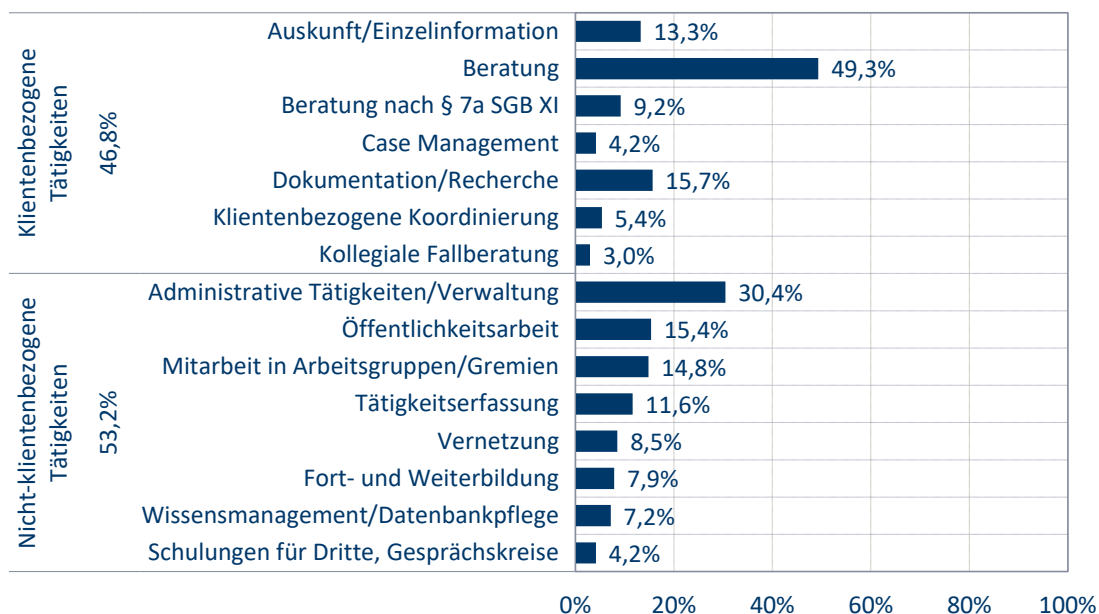
Anmerkung: *Die „Tätigkeitserfassung“ bezieht sich auf die 10-tägige Tätigkeitserfassung für die Evaluation.

Bei 28,6 % aller dokumentierten Tätigkeiten der Beschäftigten in den PSP handelt es sich um **nicht-kundenbezogene** Tätigkeiten. Rund ein Drittel davon waren im Erhebungszeitraum administrative Tätigkeiten bzw. Verwaltungsaufgaben, gefolgt von der Tätigkeitserfassung im Rahmen dieser Evaluation (24,1 %). Jeweils ein kleinerer Anteil der Arbeit der Beschäftigten in den PSP entfiel auf Vernetzung (11,8 %), Öffentlichkeitsarbeit (11,8 %), Wissensmanagement/Datenbankpflege (9,3 %), die Arbeit in Gremien bzw. Arbeitsgruppen (8,5 %), Fort- und Weiterbildung (3,7 %) und Schulungen für Dritte dar (2,7 %).

Betrachtet man die damit verbundenen Zeitaufwände, so nehmen die kundenbezogenen und nicht-kundenbezogenen Tätigkeiten etwa jeweils die Hälfte der im Erhebungszeitraum erfassten Arbeitsstunden ein (vgl. Abbildung 16). Erwartungsgemäß fallen innerhalb der **kundenbezogenen** Tätigkeiten die Hälfte der Arbeitszeit auf die Beratung, gefolgt von Dokumentation/Recherche (15,7 %), Auskunft/Einzelinformation (13,3 %) und Beratung nach § 7 a SGB XI (9,2 %). Insgesamt über alle Tätigkeiten betrachtet ist der zeitliche Anteil des Case Managements verglichen an der Gesamtarbeitszeit gering (4,2 %). Analog zu Abbildung

15 zeigt sich, dass die kundenbezogene Koordinierung (5,4 %) und die (im Rahmen der Evaluation neu eingeführte Kategorie) kollegiale Fallberatung (3,0 %) ebenfalls einen geringen Anteil der Arbeitszeit einnehmen. Der Zeitanteil kundenbezogener Tätigkeiten gemessen an der Gesamtzeit aller Tätigkeiten im PSP lag auf Ebene der Land-/Stadtkreise zwischen 22,5 % und 74,0 %. Hierbei wurden die Reisezeiten der Beschäftigten mitberücksichtigt. Auf die durchschnittlichen zeitlichen Aufwände im Beratungsgeschehen je Klientin bzw. Klienten wird in diesem Kapitel noch näher eingegangen.

Abbildung 16: Anteilige Zeitaufwände der Tätigkeitsarten im PSP in % (n = 10.715 Tätigkeiten)*



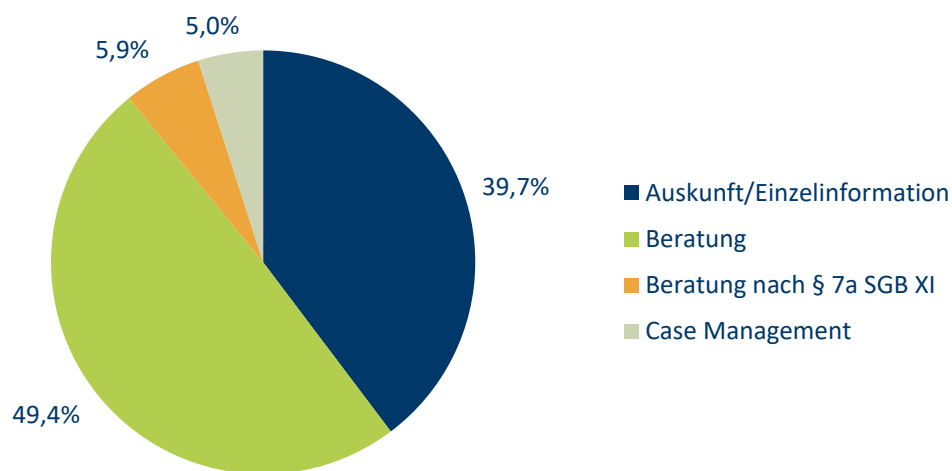
Quelle: IGES, Tätigkeitserfassung

Anmerkung: *Die „Tätigkeitserfassung“ bezieht sich auf die 10-tägige Tätigkeitserfassung für die Evaluation.

Ein Drittel der Arbeitszeit innerhalb aller **nicht-kundenbezogenen** Tätigkeiten nehmen administrative Tätigkeiten sowie Verwaltungsaufgaben in Anspruch. Jeweils 15 % der Gesamtstunden fallen auf Öffentlichkeitsarbeit und Mitarbeit in Arbeitsgruppen und Gremien. Die Tätigkeitserfassung für die Evaluation nahm knapp 12 % der zeitlichen Aufwände der nicht-kundenbezogenen Tätigkeiten ein. Die Tätigkeiten Vernetzung, Fort- und Weiterbildung, Wissensmanagement/Datenbankpflege und Schulungen für Dritte nehmen nur einen vergleichsweise kleinen Anteil der Gesamtarbeitszeit ein. Der Zeitanteil nicht-kundenbezogener Tätigkeiten gemessen an der Gesamtzeit aller Tätigkeiten im PSP lag auf Ebene der Land-/Stadtkreise zwischen 26,0 % und 77,0 %. Hierbei wurden ggf. angegebene Reisezeiten der Beschäftigten (z. B. zu Fortbildungen o. Ä.) ebenfalls mitberücksichtigt.

Wie oben bereits dargestellt, stellen die Kontakte mit den Klientinnen und Klienten den größten Anteil der Tätigkeiten im PSP dar. Die Hälfte aller Kontakte machten Beratungen aus (2.338 Kontakte). Auf knapp 40 % aller Kontakte mit Klientinnen und Klienten entfallen Information und Auskunft (1.874 Kontakte). Rund fünf Prozent der Fälle sind jeweils § 7a SGB XI-Beratungen (282 Kontakte) und Case Management (235 Kontakte). Die Anteile der Fälle je Fallkategorie sind Abbildung 17 zu entnehmen.

Abbildung 17: Häufigkeiten unterschiedlicher Fallkategorien in % (n = 4.743 Tätigkeiten)



Quelle: IGES, Tätigkeitserfassung

Beratungen nach § 7a SGB XI erfordern die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. Die Vorgesetzten der Pflegestützpunkte gaben an, dass insgesamt 66,7 % (n = 74) der Standorte ein standardisiertes Formular für den Versorgungsplan nutzen. 23,4 % (n = 26) können dagegen nicht auf ein standardisiertes Formular zurückgreifen. Aus fünf Kreisen liegen dazu keine Angaben vor.

Anzahl der Kontakte mit Klientinnen und Klienten

Die Tätigkeitserfassung umfasst insgesamt Angaben für 3.273 Klientinnen und Klienten. Im Durchschnitt betreute jede Beraterin bzw. jeder Berater 29 Klientinnen und Klienten (Min.: 3; Max.: 71; zu beachten ist, dass einige Personen ihre Tätigkeiten nur für einzelne Tage dokumentiert haben). Davon waren 2.052 (62,7 %) Erstkontakte und 1.033 (31,6 %) Folgekontakte. Bei 188 Kontakten wurde keine Angabe gemacht (5,7 %).

Mit den Klientinnen und Klienten gab es innerhalb des 10-tägigen Zeitraums der Tätigkeitserfassung insgesamt 4.729 Kontakte (1,4 Kontakte pro Klientin/Klient;

Min: 0;³ Max: 15 Kontakte je Klient). In 959 Fällen (29,3 %) waren für die Klienten Beratungsaufwände angegeben, die vor dem Erfassungszeitraum lagen. Diese lagen bei ca. fünf Stunden pro Klientin bzw. Klient.

802 Fälle (24,5 %) konnten fallabschließend beraten werden, bei 652 Fällen (19,9 %) konnte noch kein Abschluss verzeichnet werden. In 675 Fällen (20,6 %) wurde „noch nicht absehbar“ angegeben. Für 1.144 Fälle wurde keine Angabe gemacht (34,9 %).

Zeitliche Aufwände im Beratungsgeschehen

Im Folgenden werden die zeitlichen Aufwände für die einzelnen Beratungstypen näher erläutert. In Tabelle 8 sind die Inanspruchnahme der Beratungen gemessen an allen Kontakten zu Klientinnen und Klienten mit den jeweiligen Zeitaufwänden abgebildet. Insgesamt haben 3.166 Klientinnen und Klienten eine Beratung in Anspruch genommen. Hierbei wurde jeder Fall (d. h. jede Klientin bzw. jeder Klient) einer Kategorie zugeordnet. Bei den nachfolgend dargestellten Zeitaufwänden handelt es sich um die Gesamtzeitbedarfe innerhalb von zehn Tagen. Die Durchschnitts- und Maximalwerte der Zeitbedarfe nach Fallkategorie werden zur Veranschaulichung in Abbildung 18 dargestellt.

Rund ein Drittel der Klientinnen und Klienten (n = 1.037) haben die PSP für eine einfache Beratung (Information/Auskunft) in Anspruch genommen. Im Durchschnitt gab es in dieser Kategorie 1,15 Kontakte je Fall, variierend zwischen einem und fünf Kontakten im Zeitraum von zehn Tagen. Dabei handelt es sich um eher kürzere Besprechungen mit durchschnittlich 19 Minuten und einem Höchstwert von 226 Minuten (3,8 Stunden) je Fall.

Mit Abstand am häufigsten fallen die Kontakte in die Kategorie „Beratung“. Knapp 57 % der Fälle nahmen eine Beratung in Anspruch (n = 1.796). Durchschnittlich suchte jede Klientin bzw. jeder Klient 1,5-mal eine Beratung auf, der Maximalwert liegt bei 13 Kontakten. Die Beratungen variieren im Zeitaufwand zwischen acht und 572 Minuten (9,5 Stunden) je Fall. Im Mittel dauerte eine Beratung insgesamt 66 Minuten.

³ In einigen Fällen gab es während des Erhebungszeitraums keinen Kontakt zur Klientin bzw. zum Klienten, dennoch wurden klientenbezogene Tätigkeiten erfasst (z. B. im Rahmen einer kollegialen Fallberatung, der Koordinierung oder Dokumentation/Recherche).

Tabelle 8: Inanspruchnahme der Beratungen in den PSP

	Klientinnen/ Klienten		Anzahl Kontakte je Fall			Zeitbedarf je Fall (Mi- nuten)**		
	n	%	Min	Max	MW	Min	Max	MW
Information / Auskunft	1.037	32,8 %	1	5	1,15	8	226	19
Beratung	1.796	56,7 %	1	13	1,5	8	572	66
§ 7a-Beratung	214	6,7 %	1	10	2,1	8	524	126
Case Management	119	3,8 %	1	15	3,0	8	810	156
Gesamt	3.166	100 %						

Quelle: IGES, Tätigkeitserfassung

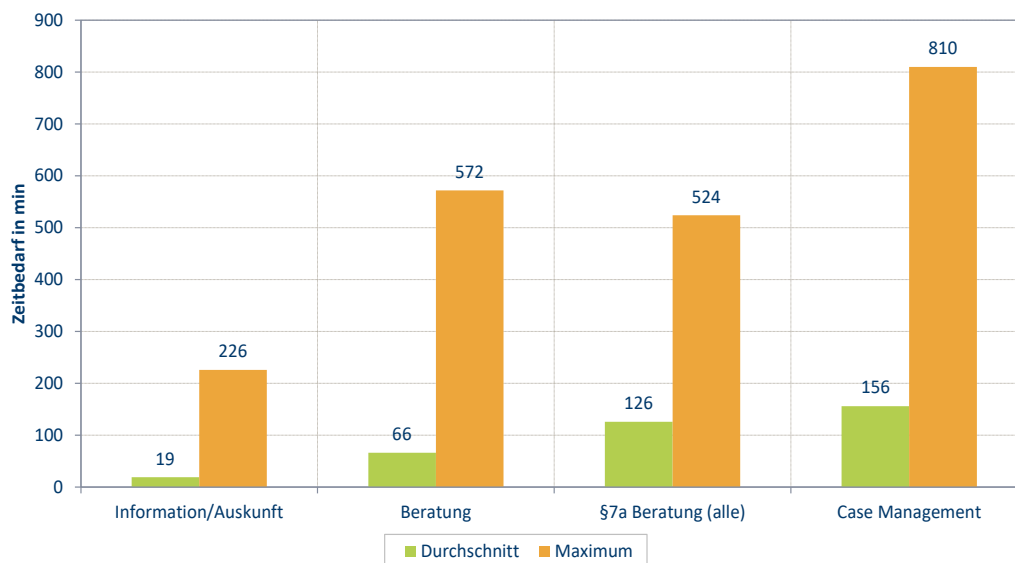
Anmerkung: n = Anzahl; Min = Minimum; Max = Maximum; MW = Mittelwert;
die Angaben zu Kontakten und zum Zeitbedarf je Fall beziehen sich auf die 10-tägige Tätigkeitserfassung; ** inkl. Reisezeit der Beraterinnen und Berater

Die § 7a SGB XI-Beratung sowie das Case Management sind mit höheren Zeitaufwänden verbunden, die sich erwartungsgemäß in der Tätigkeitserfassung widerspiegeln. Knapp 7 % fallen auf umfangreichere Beratungen nach § 7a SGB XI. Im Schnitt gibt es hier zwei Kontakte pro Klientin bzw. Klient. Die Anzahl der Kontakte variieren zwischen einem Kontakt bis maximal zehn Kontakten. Die Zeitaufwände im Rahmen der § 7a-Beratung variieren zwischen acht und 524 Minuten (8,7 Stunden) je Fall. Durchschnittlich dauert die Beratung pro Fall 126 Minuten (2,1 Stunden).

Knapp 4 % der Beratungstätigkeiten der Beschäftigten in den PSP sind Case Management-Fälle. Im Durchschnitt umfasst ein Case Management-Fall drei Kontakte. Die Fälle variieren zwischen einem Kontakt bis hin zu 15 Kontakten je Fall. Ein typischer Case-Management-Fall hat einen Zeitaufwand von 156 Minuten (2,6 Stunden). Der Minimalwert liegt bei acht Minuten und der Maximalwert bei 810 Minuten (13,5 Stunden) innerhalb von zehn Tagen.

Die durchschnittlichen und maximalen Zeitbedarfe für die vier Fallkategorien (Information/Auskunft, Beratung, § 7a-Beratung und Case Management) sind in der folgenden Abbildung 18 grafisch dargestellt.

Abbildung 18: Zeitbedarfe nach Fallkategorie in Minuten (pro Klientin/Klient)



Quelle: IGES, Tätigkeitserfassung

Anmerkung: Der Zeitbedarf errechnet sich aus der Summe aller Zeitaufwände je Klienten/Klient innerhalb von zehn Tagen und inkl. Reisezeiten der Beraterinnen und Berater (Hausbesuche, Beratung in Außensprechstunden).

4.3.2 Zielgruppen und Beratungsleistungen

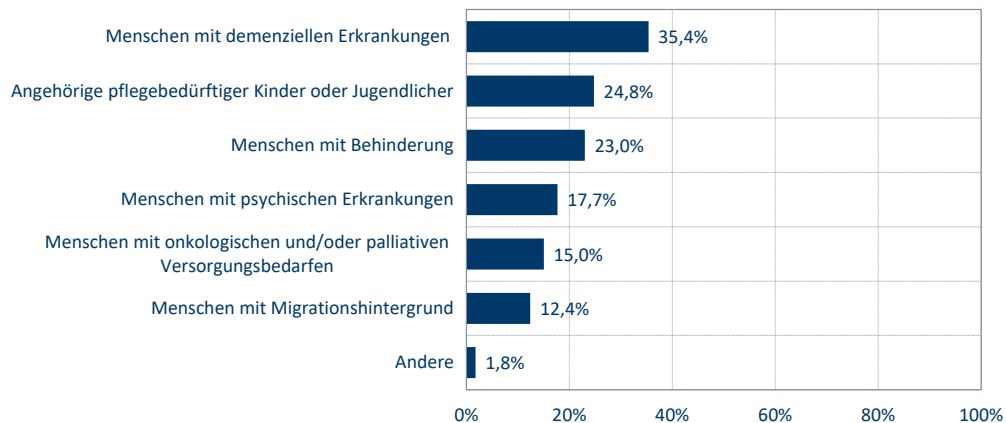
Das Beratungsangebot der PSP richtet sich grundsätzlich an alle pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen, deren Angehörige und interessierte Personen. Von einigen PSP wird auch spezialisierte Beratung für Personen aus speziellen Zielgruppen angeboten (z. B. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, psychischen Erkrankungen, Kinder- und Jugendliche). Insgesamt gab ein Drittel der Vorgesetzten (36,3 %, n = 41) an, dass derzeit am Standort des PSP eine Beratung für spezielle Zielgruppen angeboten wird, während 63,7 % (n = 72) dies verneinten. Die Pflegeberaterinnen und -berater haben am häufigsten Fort- und Weiterbildungen für folgende Zielgruppen absolviert (s. Abbildung 19):

- ◆ Menschen mit demenziellen Erkrankungen (35,4 %, n = 40).
- ◆ Angehörige pflegebedürftiger Kinder oder Jugendlicher (24,8 %, n = 28),
- ◆ Menschen mit Behinderungen (23 %, n = 26) sowie
- ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen (17,7 %, n = 20).

Seltener haben Beschäftigte eine spezielle Qualifizierung für Menschen mit onkologischen und/oder palliativen Versorgungsbedarfen (15 %, n = 17) als auch Menschen mit Migrationshintergrund (12,4 %, n = 14). Knapp 2 % (n = 2) gaben andere Fort- und Weiterbildungen für spezielle Zielgruppen an. Genannt wurde zudem,

dass Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die zertifizierte Wohnraumberatung bestehen und dass die Beschäftigten ihren Fort- und Weiterbildungsbedarf selbst einschätzen und die entsprechenden Fortbildungen i.d.R. bewilligt werden.

Abbildung 19: Anteil der Beschäftigten mit Fort- und Weiterbildungen für spezifische Zielgruppen in % (n=113, Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

Beratungsleistungen

In der Tätigkeitserfassung zeigte sich, dass insgesamt knapp 60 % aller kundenbezogenen Tätigkeiten auf Beratungen, § 7a-Beratungen und Case Management entfallen (s. Abbildung 17, S. 73). Eingeschlossen sind dabei im weiteren Sinne auch Unterstützungsleistungen, z. B. bei der Stellung von Anträgen bei den Pflegekassen. Erfasst wurde im Rahmen der Tätigkeitserfassung nicht, welche Beratungs- und/oder Unterstützungsleistung konkret erbracht wurde. Anhaltspunkte dafür liefert die Beschäftigtenbefragung, in der die Beraterinnen und Berater eingeschätzt haben, wie häufig sie Leistungen zu den folgenden Inhalten erbringen (vgl. Tabelle 9):

- ◆ Unterstützung und Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung
- ◆ Vermittlung und Unterstützung in der Organisation von Leistungen durch Dienstleister/Leistungserbringer sowie
- ◆ Reflexion der Versorgung und kollegiale Beratung.

In Bezug auf die Tätigkeitskategorie „Unterstützung und Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung“ zeigt sich, dass sehr häufig bzw. fast täglich eine persönliche Erläuterung zu Leistungsansprüchen, Auswahlkriterien und Kombinationsmöglichkeiten (83,0 %) erfolgt, gefolgt von der Bereitstellung von Informationsbroschüren zu Sozialversicherungsleistungen (52,0 %). Etwa zwei Drittel der Mitarbeitenden geben an, dass sie häufig (60,5 %) oder sogar sehr häufig

(31,5 %) aktiv bei der Antragsstellung und -begründung unterstützen. Seltener erfolgt eine Unterstützung der Klientinnen und Klienten bei Konflikten mit den Leistungserbringern oder Kostenträgern oder bei der Formulierung von Widersprüchen: 70,0 % gaben an eher selten bei Konflikten mit Leistungserbringern und Kostenträgern zu unterstützen, 57,0 % unterstützen eher selten bei der Formulierung von Widersprüchen.

Im Rahmen der Beratungsleistung zur Vermittlung und Unterstützung in der Organisation von Leistungen durch Dienstleister bzw. Leistungserbringer findet am häufigsten eine Übergabe von Adresslisten der regionalen Dienstleister an die ratsuchenden Personen statt (sehr häufig: 84,5 %; häufig: 14,0 %), gefolgt von der Weitergabe von Kontaktdaten der zuständigen Stellen oder Ansprechpartner (sehr häufig: 65,0 %; häufig: 29,0 %). Eher selten bis nie erfolgt eine Kontaktaufnahme zum Hausarzt (eher selten: 91,0 %), Koordination von Einsätzen unterschiedlicher Dienstleister (eher selten: 81,0 %) oder die Unterstützung der Klienten bei Konflikten mit den Leistungserbringern bzw. den Kostenträgern (eher selten: 81,0 %).

Tabelle 9: Häufigkeiten Beratungsleistungen für die Gesamtstichprobe in Prozent (n), (n = 200)

Leistungen	Sehr häufig (fast) täglich	Häufig (nicht täglich)	Eher selten (ab und zu)	Nie	Keine Angabe
Unterstützung und Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung					
Aktive Unterstützung bei der Antragstellung und -begründung	31,5 % (63)	60,5 % (121)	6,5 % (13)	0,5 % (1)	1,0 % (2)
Begleitung der Klienten bei der Begutachtung durch den MD/Careproof (wenn gewünscht)	0,0 % (0)	8,5 % (17)	51,0 % (102)	34,0 % (68)	6,5 % (13)
Unterstützung bei der Formulierung von Widersprüchen	1,0 % (2)	30,0 % (60)	57,0 % (114)	8,5 % (17)	3,5 % (7)
Unterstützung der Klienten bei Konflikten mit den Leistungserbringern bzw. den Kostenträgern	1,5 % (3)	22,5 % (45)	70,0 % (140)	4,0 % (8)	2,0 % (4)
Übergabe von Informationsbroschüren zu Leistungen der Sozialversicherung	52,0 % (104)	39,0 % (78)	8,0 % (16)	0,0 % (0)	1,0 % (2)
Persönliche Erläuterung zu Leistungsansprüchen, deren Auswahl und Kombinationsmöglichkeiten	83,0 % (166)	14,5 % (29)	1,5 % (3)	0,0 % (0)	1,0 % (2)

Leistungen	Sehr häufig (fast) täglich	Häufig (nicht täglich)	Eher selten (ab und zu)	Nie	Keine Angabe
Vermittlung und Unterstützung in der Organisation von Leistungen durch Dienstleister/Leistungserbringer					
Weitergabe von Kontaktdaten der jeweils zuständigen Stelle/des Ansprechpartners an die Klienten	65,0 % (130)	29,0 % (58)	2,5 % (5)	0,5 % (1)	3,0 % (6)
Initiierung einer Fallbesprechung mit der jeweils zuständigen Stelle	0,5 % (1)	15,5 % (31)	71,5 % (143)	8,5 % (17)	4,0 % (8)
Kontaktaufnahme zum Hausarzt	0,0 % (0)	7,5 % (15)	83,0 % (166)	8,0 % (16)	1,5 % (3)
Kontaktaufnahme zu Pflegedienstleistern	5,5 % (11)	55,0 % (110)	37,5 % (75)	0,5 % (1)	1,5 % (3)
Übergabe von Adresslisten der regionalen Dienstleister	84,5 % (169)	14,0 % (28)	0,5 % (1)	0,0 % (0)	1,0 % (2)
Erläuterung zu wichtigen Auswahlkriterien bzw. Qualitätsmerkmalen für verschiedene Dienstleistungen	21,0 % (42)	42,0 % (84)	20,5 % (41)	6,5 % (13)	10,0 % (20)
Koordination des Einsatzes unterschiedlicher Dienstleister	0,5 % (1)	15,0 % (30)	71,0 % (142)	10,0 % (20)	3,5 % (7)
Reflexion der Versorgung und kollegiale Beratung					
Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsplans	2,0 % (4)	26,0 % (52)	46,5 % (93)	9,0 % (18)	16,5 % (33)
Überprüfung, ob die gewählte Versorgung zur Erreichung der vereinbarten Ziele geeignet ist	2,0 % (4)	32,0 % (64)	47,5 % (95)	7,5 % (15)	11,0 % (22)
psychosoziale Reflexion mit Pflegebedürftigen/ Angehörigen (z. B. darüber, ob die gewählte Versorgungsform die Richtige ist)	6,0 % (12)	37,5 % (75)	38,0 % (76)	10,0 % (20)	8,5 % (17)
Kollegiale Beratung (fallbezogen)	25,0 % (50)	50,0 % (100)	21,5 % (43)	1,0 % (2)	2,5 % (5)

Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Im Bereich Reflexion der Versorgung und kollegiale Beratung werden am häufigsten folgende Beratungsleistungen erbracht: kollegiale Beratung (fallbezogen) (sehr häufig: 25,0 %; häufig: 50,0 %) sowie psychosoziale Reflexion mit Pflegebedürftigen/Angehörigen (sehr häufig: 6,0 %; häufig: 37,5 %). Die Ergebnisse der Beschäf-

tigtenbefragung deuten darauf hin, dass die Beratungstätigkeit Reflexion der Versorgung und kollegiale Beratung im Vergleich insgesamt weniger häufig durchgeführt wird.

Wie Abbildung 20 zeigt, wird im Rahmen der Beratung auf unterschiedliches Informationsmaterial zurückgegriffen. Am häufigsten wird von den Mitarbeitenden mit folgendem Informationsmaterial beraten:

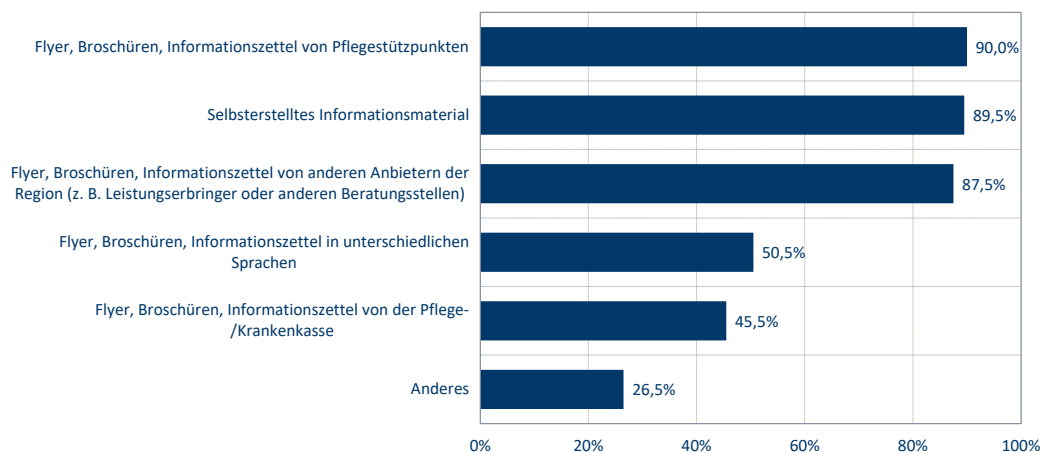
- ◆ Flyer, Broschüren, Informationszettel vom PSP (90,0 %, n = 180),
- ◆ selbsterstelltes Informationsmaterial (89,5 %, n = 179) sowie
- ◆ Flyer, Broschüren, Informationszettel von anderen Anbietern in der Region (87,5 %, n = 175).

Jeweils die Hälfte der befragten Beschäftigten verwendet Informationsmaterial in unterschiedlichen Sprachen (50,5 %, n = 101) oder von der Pflege-/Krankenkasse (45,5 %, n = 91) sowie anderes Informationsmaterial (26,5 %, n = 53). Als anderes Informationsmaterial wurden bspw. Broschüren

- ◆ der Alzheimer Gesellschaft,
- ◆ des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und
- ◆ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

genannt. Zusätzlich wurden in der Beschäftigtenbefragung weitere Aspekte der Beratungsdurchführung erhoben, um ein umfassenderes Bild zu erhalten. Die überwiegende Mehrheit der Mitarbeitenden (89,5 %) gab an, zur Strukturierung von Beratungsgesprächen Hilfsmittel wie Leitfäden, Checklisten oder spezielle Techniken immer (31,0 %, n = 31) oder gelegentlich (58,5 %, n = 117) zu nutzen. Lediglich 10,5 % der Beschäftigten (n = 21) nutzen keine solcher Hilfsmittel oder Techniken. Des Weiteren verwendet die Hälfte der befragten Mitarbeitenden (53,0 %, n = 106) standardisierte Vorgaben zur Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs, bspw. durch Erhebungsbögen, während 47,0 % (n = 94) dies verneinen.

Abbildung 20: Einsatz von schriftlichem Material im Rahmen der Beratungsgespräche zur Unterstützung der Informationsvermittlung in % (Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Insgesamt geben 56,5 % der befragten Beschäftigten an, dass sie i. d. R. ausreichend Zeit haben, sich auf geplante Beratungsgespräche vorzubereiten. Bei einem Drittel (37,5 %, n = 75) trifft dies nur teilweise zu. 2,0 % (n = 4) machten keine Angabe zur Vorbereitungszeit von Beratungsgesprächen. Des Weiteren berichtet die Mehrheit der Befragten (64,0 %, n = 128), dass sie genug Zeit haben, um die Ergebnisse des Beratungsgesprächs zu dokumentieren. Im Gegensatz dazu gaben 4,0 % der Beschäftigten (n = 8) an, dass sie nicht genügend Zeit für die Vorbereitung von Beratungsgesprächen haben, während 36,0 % (n = 72) nicht ausreichend Zeit für die Nachbereitung angeben. Ein statistischer Zusammenhang zwischen der Einschätzung zur Nachbearbeitungszeit von Beratungsgesprächen und der angegebenen allgemeinen Arbeitsbelastung konnte nicht nachgewiesen werden.

Exkurs: Arbeitsbelastung

Insgesamt nehmen die Pflegeberaterinnen und -berater ihre Arbeitsbelastung als mittel bis (sehr) hoch wahr. Etwas mehr als jeder dritte Beschäftigte (36,0 %, n = 72) gab eine mittlere Arbeitsbelastung an. Etwas mehr als jeder zweite (51,5 %, n = 103) bewertet die Arbeitsbelastung als hoch und ein kleinerer Teil als sehr hoch (6,5 %, n = 13). 1,5 % (n = 3) geben dagegen eine niedrige Arbeitsbelastung an. 4,5 % (n = 9) machten keine Angabe.

4.3.3 Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit

Im folgenden Kapitel sind zentrale Ergebnisse der Befragung der Beschäftigten und Vorgesetzten zu Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit dargestellt.⁴

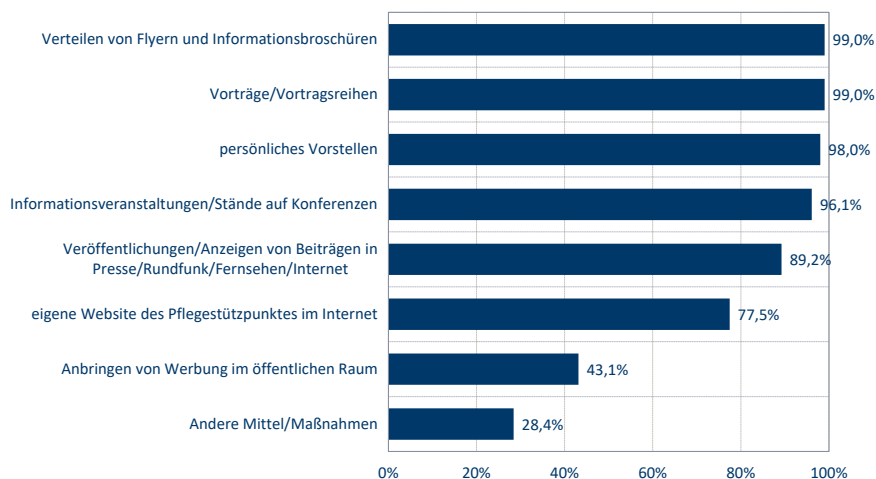
Mittel der Öffentlichkeitsarbeit

Um das Angebot der PSP in der Region bekannt zu machen, werden verschiedene Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt (Abbildung 21):

- ♦ Flyer und Informationsbroschüren verteilen (99,0 %, n = 101),
- ♦ Vorträge/Vortragsreihen (99,0 %, n = 101) sowie
- ♦ persönliche Vorstellung, z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten (98,0 %, n = 100).

Weniger häufig wurden Werbemaßnahmen im öffentlichen Raum, wie Plakate oder Werbung in öffentlichen Verkehrsmitteln, (43,1 %, n = 44) oder andere Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Unter der Kategorie „Andere Mittel/Maßnahmen“ fanden sich u. a. folgende Nennungen: Netzwerkarbeit (n = 5), Hinweis auf der Homepage des Landratsamts (n = 2), Mitarbeit in Arbeitsgruppen (n = 2) sowie Fortbildungen und Praktika (n = 2).

Abbildung 21: Am Standort genutzte Mittel der Öffentlichkeitsarbeit in % (n = 102)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

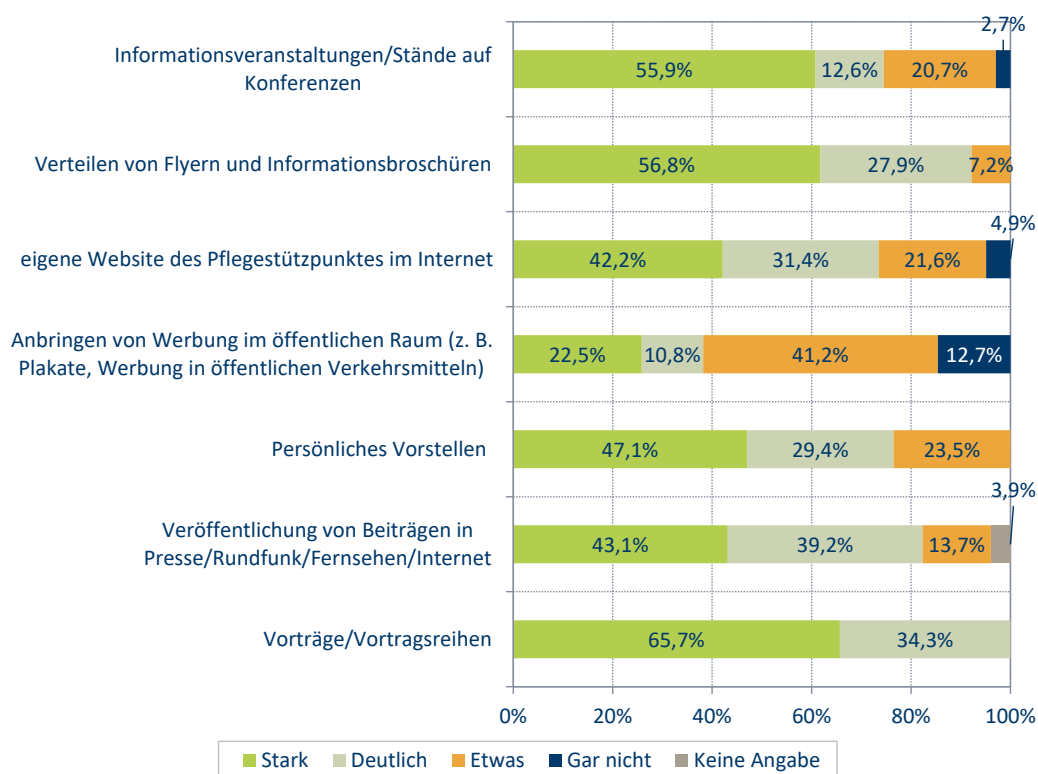
⁴ Nicht dargestellte Prozentangaben entfielen auf die Antwortkategorie „Keine Angabe“.

Aus Sicht der Vorgesetzten sind folgende Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit besonders effektiv, die Bekanntheit des Beratungsangebots der PSP zu erhöhen (Abbildung 22):

- ♦ Vorträge/Vortragsreihen (stark: 65,7 %, n = 67; deutlich: 34,3 %, n = 35),
- ♦ Verteilung von Flyern und Informationsbroschüren (stark: 56,8 %, n = 63; deutlich: 27,9 %, n = 31) sowie
- ♦ Veröffentlichung von Beiträgen in Presse/Rundfunk/Fernsehen/Internet (stark: 43,1 %, n = 44; deutlich: 34,3 %, n = 40).

Weniger effektiv zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades sei dagegen das Anbringen von Werbung im öffentlichen Raum (stark/deutlich: 33,3 %, n = 34; etwas/gar nicht: 53,9 %, n = 55).

Abbildung 22: Einschätzung zur Erhöhung der Bekanntheit des Beratungsangebots durch Mittel der Öffentlichkeitsarbeit in % (n = 102)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

Anmerkung: 0,0 % nicht dargestellt. Frage: Bitte schätzen Sie ein, wie wirksam folgende Mittel der Öffentlichkeitsarbeit Ihrer Meinung nach die Bekanntheit des Beratungsangebots erhöhen.

Netzwerkarbeit

Die Beschäftigten führen hinsichtlich der Netzwerkarbeit am häufigsten folgende (persönliche) Tätigkeiten durch:

- ♦ fallunabhängige Recherchen zu regionalen Angebotsstrukturen (sehr häufig/wöchentlich: 17,5 %, n = 35; häufig/monatlich: 47,0 %, n = 94; nicht so häufig: 27,0 %, n = 54; nie: 1,5 %, n = 3),
- ♦ Mitarbeit in externen Gremien, Beiräten und Arbeitskreisen/-gruppen (sehr häufig/wöchentlich: 12,0 %, n = 6; häufig/monatlich: 35,5 %, n = 71; nicht so häufig: 50,0 %, n = 100; nie: 2,5 %, n = 5) sowie
- ♦ Vorstellung des PSP bei potenziellen Netzwerkpartnern (sehr häufig/wöchentlich: 4,0 %, n = 8; häufig/monatlich: 38,5 %, n = 99; nicht so häufig: 49,5 %, n = 99; nie: 0,5 %, n = 1).

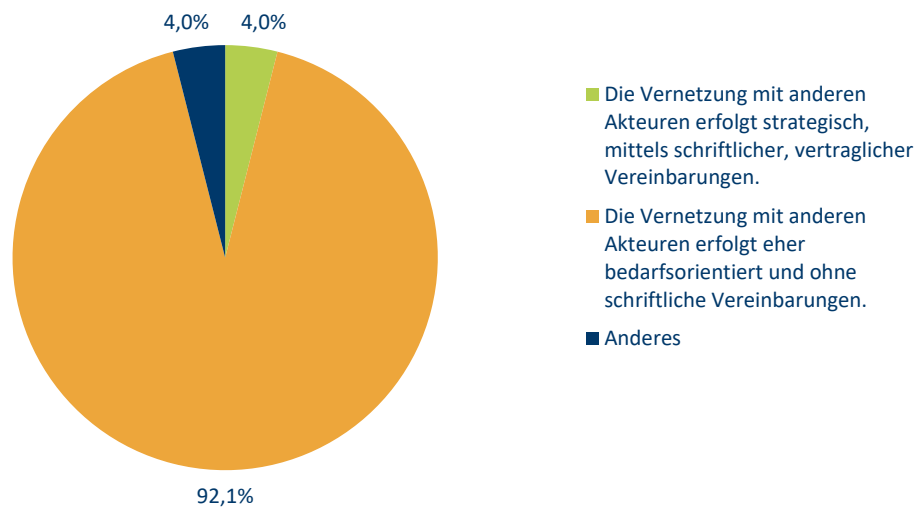
Hingegen beinhalten (persönliche) Vernetzungstätigkeiten selten bis nie die Teilnahme an Fachveranstaltungen (81,5 %, n = 163), die Durchführungen von Vorträgen auf externen Veranstaltungen (72,5 %, n = 145) oder von Veranstaltungen (68,0 %, n = 136).

Insgesamt gibt ein Drittel der Beschäftigten (30,0 %, n = 60) an, dass sie weitere Vernetzungstätigkeiten persönlich (sehr) häufig durchzuführen, während 70 % (n = 140) dies verneinen. Weiterhin stimmt mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden (56,0 %, n = 110) eher bis vollständig zu, dass die Vernetzungstätigkeiten durch einen gemeinsamen Fachtag für alle PSP verbessert werden könnten. Demgegenüber stimmen 26,5 % der befragten Beschäftigten (n = 53) dieser Aussage (eher) nicht zu, während 17,5 % (n = 35) „Weiß ich nicht“ angaben.

Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Akteuren

Weiterhin wurden die Formen der Zusammenarbeit und Vernetzung der PSP mit anderen Akteuren erfragt. Wie aus der Abbildung 23 hervorgeht, gab die überwiegende Mehrheit der befragten Vorgesetzten (92,1 %, n = 93) an, dass die Vernetzung mit anderen Akteuren eher bedarfsorientiert und ohne schriftliche Vereinbarungen erfolgt, während 4,0 % (n = 4) von einer strategischen Vernetzung, mittels schriftlicher vertraglicher Vereinbarungen berichten. Im Freitext zur Erläuterung der Kategorie „Andere“ wurden folgende Angaben gemacht: beides zutreffend (n = 2) sowie im Rahmen der Netzwerkstruktur der kommunalen Altenhilfe sowie der Pflegekonferenz, sonst nach Bedarf bzw. Anlässen (n = 1).

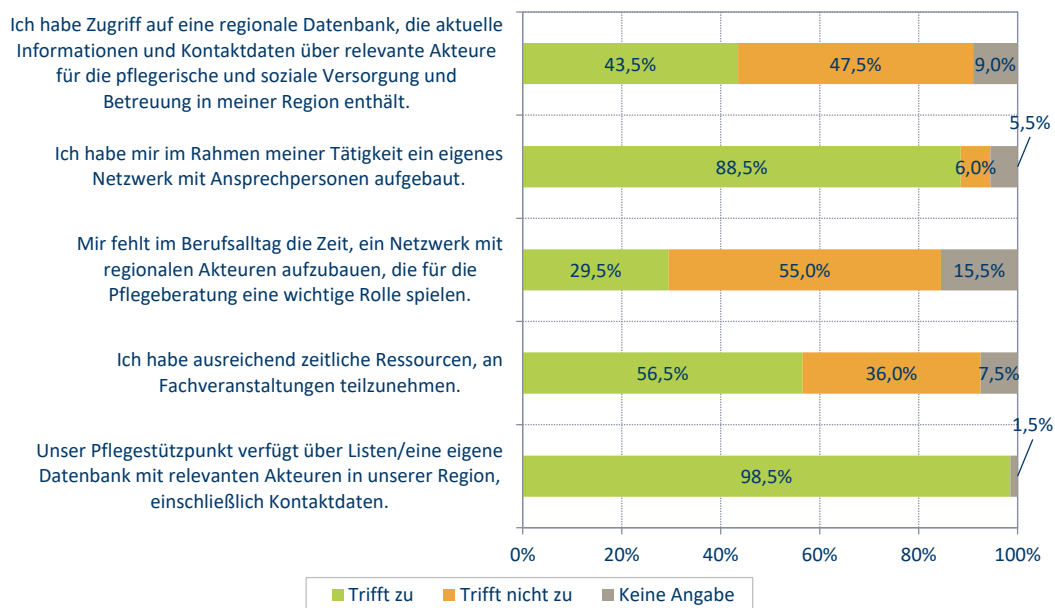
Abbildung 23: Art der Vernetzung mit anderen Akteuren in % (n = 101)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

Neben der Einschätzung der Vorgesetzten, wurden die Mitarbeitenden zu verschiedenen Aspekten der Netzwerkarbeit befragt (Abbildung 24). Nahezu alle der befragten Beschäftigten (98,5 %, n = 197) geben an, dass in dem PSP eine Liste bzw. eigene Datenbank mit relevanten regionalen Akteuren einschl. Kontaktdaten vorhanden ist. Nur 43,5 % der Befragten (n = 87) gab jedoch an, Zugriff auf eine regionale Datenbank mit aktuellen Informationen und Kontaktdaten über regionale Akteure für die pflegerische und soziale Versorgung und Betreuung zu haben. Zudem hat die Mehrheit der Befragten (88,5 %, n = 177) während ihrer Tätigkeit ein eigenes Netzwerk an Ansprechpersonen aufgebaut. Die Hälfte der Mitarbeitenden gibt an, dass ausreichend zeitliche Ressourcen vorhanden sind, um an Fachveranstaltungen teilzunehmen (56,5 %, n = 113) sowie ein regionales Netzwerk mit relevanten Akteuren aufzubauen (55,0 %, n = 110).

Abbildung 24: Aussagen zur Vernetzung I in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Erwartungsgemäß variiert die Regelmäßigkeit, in der die Pflegeberaterinnen und -berater mit anderen Akteursgruppen/Netzwerkpartnern zusammenarbeiten. Insgesamt wird die Qualität der Zusammenarbeit überwiegend als sehr gut/gut bewertet, wobei sich Unterschiede zwischen den Akteursgruppen feststellen lassen. Detaillierte Angaben sind Tabelle 10 zu entnehmen.

Die häufigsten Akteure, mit denen die Pflegeberaterinnen und -berater häufig zusammenarbeiten, sind:

- ◆ Ambulante Pflegedienste (42,5 %, n = 85),
- ◆ Kostenträger der Hilfe zur Pflege (41,5 %, n = 83),
- ◆ Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement) (41,0 %, n = 82),
- ◆ Betreuungsbehörden (33,0 %, n = 66),
- ◆ Pflegekassen (27,5 %, n = 55),
- ◆ Wohnraumberatungsstellen (21,5 %, n = 43),
- ◆ Rechtliche Betreuer/innen, Betreuungsvereine (20,0 %, n = 40),
- ◆ Anbieter der Altenhilfe (19,0 %, n = 38),
- ◆ Sozialpsychiatrischer Dienst (18,5 %, n = 37) sowie
- ◆ (Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen (15,5 %, n = 31).

Am seltensten arbeiten die Beraterinnen und Berater mit Heilmittelerbringern wie Physio- oder Ergotherapie (71,5 %, n = 143), Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (63,5 %, n = 127), Leistungserbringern der Eingliederungshilfe (7,0 %, n = 14), selbstständig arbeitenden Pflegeberaterinnen/-beratern (62,5 %, n = 125), dem Medizinischen Dienst (MD, SMD) (47,0 %, n = 94) und Selbsthilfegruppen (36,5 %, n = 73) zusammen. Diese Angaben beziehen sich auf die Aussage der PSP, dass in der Regel keine Zusammenarbeit stattfindet. Alle Angaben sind in Tabelle 10 dargestellt.

Darüber hinaus finden auch fallübergreifende Zusammenarbeiten mit verschiedenen Akteuren statt. Am häufigsten arbeiten die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mit folgenden Akteuren fallübergreifend zusammen:

- ◆ Anbieter der Altenhilfe (41,5 %, n = 83),
- ◆ (Andere) Pflegestützpunkte/ Standorte (36,0 %, n = 72),
- ◆ Ambulante Pflegedienste (24,5 %, n = 49),
- ◆ Andere kommunale Beratungsstellen (23,5 %, n = 47),
- ◆ Pflegekassen (22,0 %, n = 44),
- ◆ Selbsthilfegruppen/-vereine (21,0 %, n = 42),
- ◆ Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement) (20,5 %, n = 41),
- ◆ Kostenträger der Hilfe zur Pflege (20,5 %, n = 41),
- ◆ Betreuungsbehörden (19,5 %, n = 39),
- ◆ Wohnraumberatungsstellen (17,0 %, n = 34) sowie
- ◆ Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (17,0 %, n = 34).

Alle Angaben sind in Tabelle 10 einzusehen.

Tabelle 10: Regelmäßigkeit und Qualität der Zusammenarbeit mit Akteursgruppen (n = 200, Mehrfachnennung möglich)

Akteur	Zusammenarbeit mit Akteur					Qualität der Zusammenarbeit			
	Fallüber- greifend	Häufig	Gelegent- lich	In der Re- gel keine	Kein Ak- teur	Sehr gut/ gut	Weniger gut	Schwierig	Keine An- gabe
Pflegekassen	22,0% (44)	27,5% (55)	59,0% (118)	6,0% (12)	0,0% (0)	81,4% (153)	6,4% (12)	2,1% (4)	10,1% (19)
Krankenkassen	7,0% (14)	8,0% (16)	72,0% (144)	18,0% (36)	0,0% (0)	76,2% (125)	8,5% (14)	2,4% (4)	12,8% (21)
Medizinischer Dienst (MD, SMD)	7,0% (14)	4,5% (9)	43,5% (87)	47,0% (94)	0,0% (0)	74,5% (79)	10,4% (11)	5,7% (6)	9,4% (10)
(Andere) Pflegestützpunkte/ Standorte	36,0% (72)	14,5% (29)	52,0% (104)	7,5% (15)	0,5% (1)	97,3% (179)	0,0% (0)	0,0% (0)	2,7% (5)
Ambulante Pflegedienste	24,5% (49)	42,5% (85)	45,5% (91)	2,0% (4)	0,0% (0)	93,9% (184)	2,0% (4)	0,0% (0)	4,1% (8)
(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen	15,0% (30)	15,5% (31)	63,5% (127)	14,0% (28)	0,0% (0)	93,6% (161)	0,0% (0)	0,0% (0)	6,4% (11)
Selbstständige Pflegeberater	3,5% (7)	0,0% (0)	5,0% (10)	62,5% (125)	29,5% (59)	37,5% (6)	12,5% (2)	0,0% (0)	50,0% (8)
Anbieter von Alltagsunterstützung	17,0% (34)	35,5% (71)	54,0% (108)	2,0% (4)	0,0% (0)	94,9% (186)	0,5% (1)	0,0% (0)	4,6% (9)
Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozial- dienste/Entlassmanagement)	20,5% (41)	41,0% (82)	46,0% (92)	2,5% (5)	0,0% (0)	61,0% (119)	18,5% (36)	9,7% (19)	10,8% (21)
Rehabilitationseinrichtungen	8,0% (16)	11,0% (22)	67,0% (134)	14,0% (28)	1,0% (2)	78,8% (134)	7,6% (13)	1,8% (3)	11,8% (20)
Haus- und Fachärztinnen/-ärzte	3,0% (6)	8,0% (16)	70,5% (141)	20,5% (41)	0,0% (0)	64,8% (103)	16,4% (26)	5,7% (9)	13,2% (21)
Heilmittelbringer (z. B. Physio- und Ergotherapie)	0,5% (1)	1,0% (2)	27,0% (54)	71,5% (143)	0,0% (0)	59,6% (34)	8,8% (5)	0,0% (0)	31,6% (18)
Leistungserbringer Eingliederungshilfe	2,5% (5)	4,5% (9)	66,5% (133)	28,0% (56)	0,0% (0)	61,1% (88)	3,5% (5)	2,1% (3)	33,3% (48)

Akteur	Zusammenarbeit mit Akteur					Qualität der Zusammenarbeit			
	Fallüber- greifend	Häufig	Gelegent- lich	In der Re- gel keine	Kein Ak- teur	Sehr gut/ gut	Weniger gut	Schwierig	Keine An- gabe
Kostenträger Eingliederungshilfe	4,5% (9)	6,5% (13)	64,0% (128)	26,5% (53)	0,0% (0)	66,0% (97)	7,5% (11)	2,7% (4)	23,8% (35)
ergänzende unabhängige Teilhabebera- tung (EUTB)	16,0% (32)	13,5% (27)	64,0% (128)	14,5% (29)	1,0% (2)	84,0% (142)	3,0% (5)	0,6% (1)	12,4% (21)
Betreuungsbehörden	19,5% (39)	33,0% (66)	59,5% (119)	1,0% (2)	0,0% (0)	95,5% (189)	1,0% (2)	0,5% (1)	3,0% (6)
Rechtliche Betreuer/innen, Betreuungs- verein	6,5% (13)	20,0% (40)	76,0% (152)	4,0% (8)	0,0% (0)	81,8% (157)	4,7% (9)	1,0% (2)	12,5% (24)
Kostenträger der Hilfe zur Pflege	20,5% (41)	41,5% (83)	48,5% (97)	2,0% (4)	0,0% (0)	87,8% (172)	4,1% (8)	1,5% (3)	6,6% (13)
Einrichtungen der Kinder- und Jugend- hilfe	4,5% (9)	0,5% (1)	35,0% (70)	63,5% (127)	0,5% (1)	43,1% (31)	11,1% (8)	0,0% (0)	45,8% (33)
Sozialpsychiatrischer Dienst	12,5% (25)	18,5% (37)	73,5% (147)	5,5% (11)	0,0% (0)	80,4% (152)	3,2% (6)	0,0% (0)	16,4% (31)
Anbieter der Altenhilfe	41,5% (83)	19,0% (38)	45,5% (91)	7,0% (14)	6,0% (12)	93,1% (162)	0,6% (1)	0,6% (1)	5,7% (10)
Selbsthilfegruppen/ -vereine	21,0% (42)	4,5% (9)	42,5% (85)	36,5% (73)	0,5% (1)	78,6% (99)	1,6% (2)	0,8% (1)	19,0% (24)
Beratung/Organisationen für Men- schen mit Migrationshintergrund	11,0% (22)	2,0% (4)	56,5% (113)	35,5% (71)	1,0% (2)	70,1% (89)	5,5% (7)	1,6% (2)	22,8% (29)
Wohnraumberatungsstellen	17,0% (34)	21,5% (43)	42,0% (84)	16,0% (32)	12,0% (24)	91,0% (131)	1,4% (2)	0,7% (1)	6,9% (10)
Andere kommunale Beratungsstellen	23,5% (47)	12,0% (24)	61,5% (123)	10,5% (21)	5,0% (10)	87,0% (147)	0,6% (1)	0,6% (1)	11,8% (20)

Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

4.3.4 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

In dem folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Online-Befragungen hinsichtlich des Qualitätsmanagements (QM) und der Qualitätssicherung (QS) in den PSP beschrieben.

Mehrheitlich ist die Leitung des PSP auf Kreisebene für das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung verantwortlich (73,5 %, n = 72), während die Leitung des Standortes (1,0 %, n = 1) diese Verantwortung eher selten trägt. 13,3 % (n = 13) der Vorgesetzten gaben an, dass keine explizit benannte Person für QM/QS zuständig ist, während 12,2 % die Antwortkategorie „Andere“ auswählten. Darunter wurden bspw., dass Pflegeberaterinnen/-berater des PSP, für QM/QS verantwortlich sind.

Regelungen zum QM/zur QS finden sich überwiegend in den PSP-Verträgen: In 41,4 % (n = 46) zu beiden Aspekten und in 31,5 % (n = 35) zur Qualitätssicherung. 16,2 % (n = 18) der Vorgesetzten der PSP gaben an, dass dazu keine Regelungen im PSP-Vertrag zu finden sind und 10 % (n = 11) konnten dazu keine Aussage treffen). Aus sechs Kreisen gibt es keine Angaben.

Im Pflegestützpunktvertrag/-konzept vereinbarte bzw. umgesetzte Maßnahmen

Die Pflegestützpunktverträge des jeweiligen Stadt-/Landkreises enthalten in Teilen auch vereinbarte Inhalte zur:

- ◆ Vorgaben zur Dokumentation der Beratungstätigkeit (47,7 %, n = 21),
- ◆ Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten (40,9 %, n = 18),
- ◆ Externe fachliche Unterstützung (z. B. Fachbeirat o. Ä.) (31,8 %, n = 14),
- ◆ Team- und Fallbesprechungen (25,0 %, n = 11) sowie
- ◆ Evaluation der Beratung (22,7 %, n = 10),
- ◆ Erarbeitung eines Beratungskonzeptes (20,5 %, n = 9),
- ◆ Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs (6,8 %, n = 3) sowie
- ◆ Durchführung von Qualitätszirkeln (6,8 %, n = 3).

Darüber hinaus gaben vier Kreise an (9,1 %), dass im PSP-Vertrag noch andere Inhalte bzw. Maßnahmen geregelt sind. Genannt wurde hierbei u. a. „Konzeption Demenz“ und „Beiratssitzungen des PSP“ (nicht näher beschrieben).

4.4 Bekanntheit, Inanspruchnahme, Qualität und Wirksamkeit der Beratungen

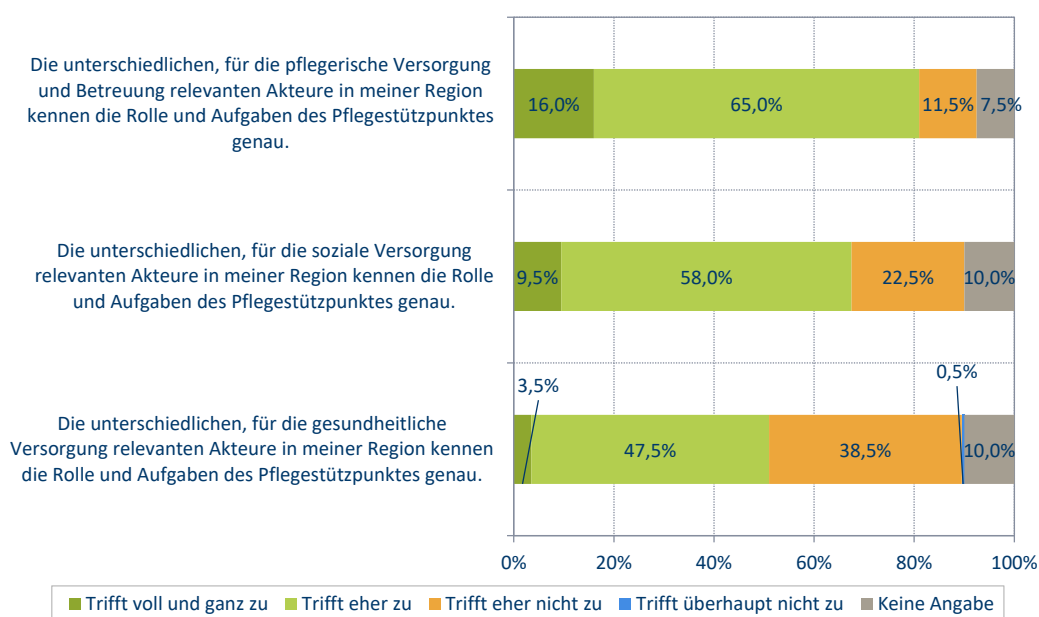
Dieser Abschnitt enthält die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung sowie der Befragung der Nutzerinnen und Nutzer zur Bekanntheit der Pflegestützpunkte sowie des Beratungsangebotes. Darüber hinaus werden die Inanspruchnahmegründe

der Nutzerinnen und Nutzer sowie die Qualität und Wirkung der Beratung aufzeigt.

4.4.1 Bekanntheit der Pflegestützpunkte aus Sicht der Beschäftigten

Die Bekanntheit der PSP ist ein wichtiger Faktor, der die Erfüllung des Beratungsbedarfs zum Thema Pflege determiniert. Die folgende Abbildung 25 zeigt den von den Beraterinnen und Beratern eingeschätzten Bekanntheitsgrad des PSP. Etwa drei Viertel der Beschäftigten stimmen (eher) zu, dass die relevanten Akteure für die pflegerische Versorgung und Betreuung (81,0 %, n = 162) sowie für die soziale Versorgung (67,5 %, n = 135) die Rolle und Aufgaben des PSP kennen. Wie aus der Abbildung hervorgeht, zeigt sich das größte Potential für eine höhere Bekanntheit des PSP bei den regionalen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung.

Abbildung 25: Bekanntheit Rolle und Aufgaben des PSP in % (n = 200)



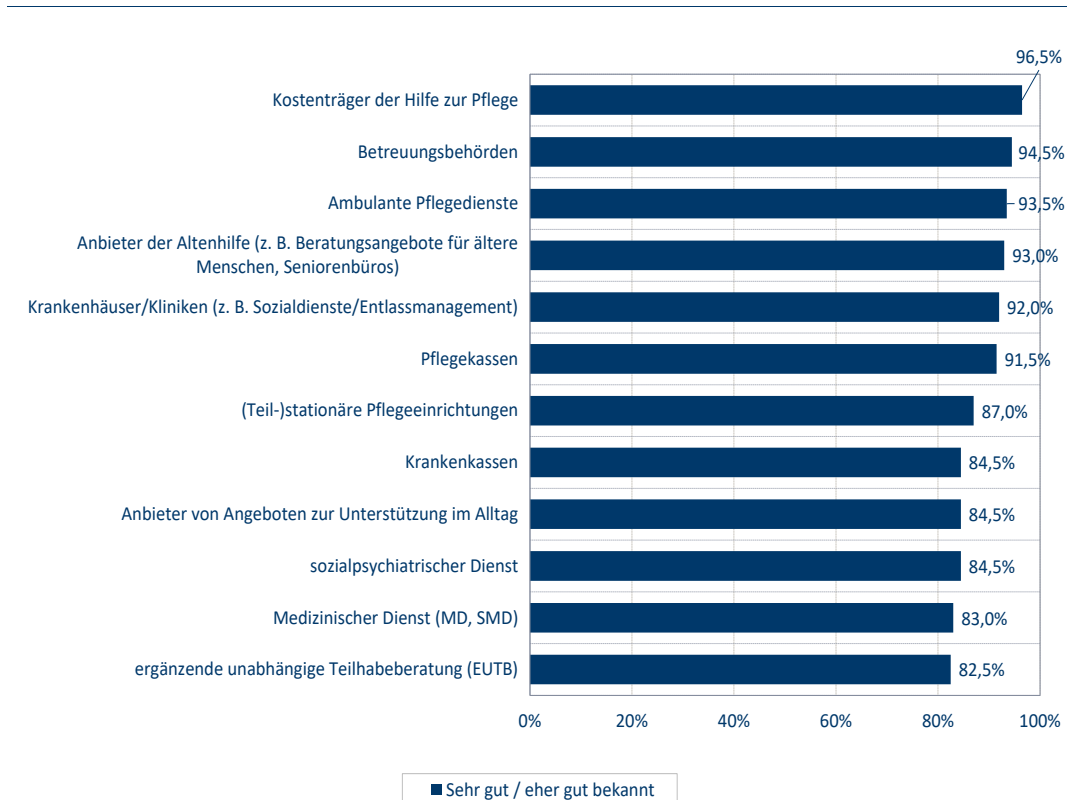
Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Die Beschäftigten wurden gebeten, die Bekanntheit des Beratungsangebots der PSP bei einzelnen, relevanten Akteuren einzuschätzen (Abbildung 26 und Abbildung 27). Dabei zeigt sich, dass die PSP besonders bei folgenden Akteursgruppen eine eher bis sehr gute Bekanntheit aufzuweisen scheinen:

- ◆ Kostenträger der Hilfe zur Pflege (96,5 %, n = 193),
- ◆ Betreuungsbehörden (94,5 %, n = 189),
- ◆ Ambulante Pflegedienste (93,5 %, n = 187) sowie
- ◆ Anbieter der Altenhilfe, wie Seniorenbüros (93,0 %, n = 186).

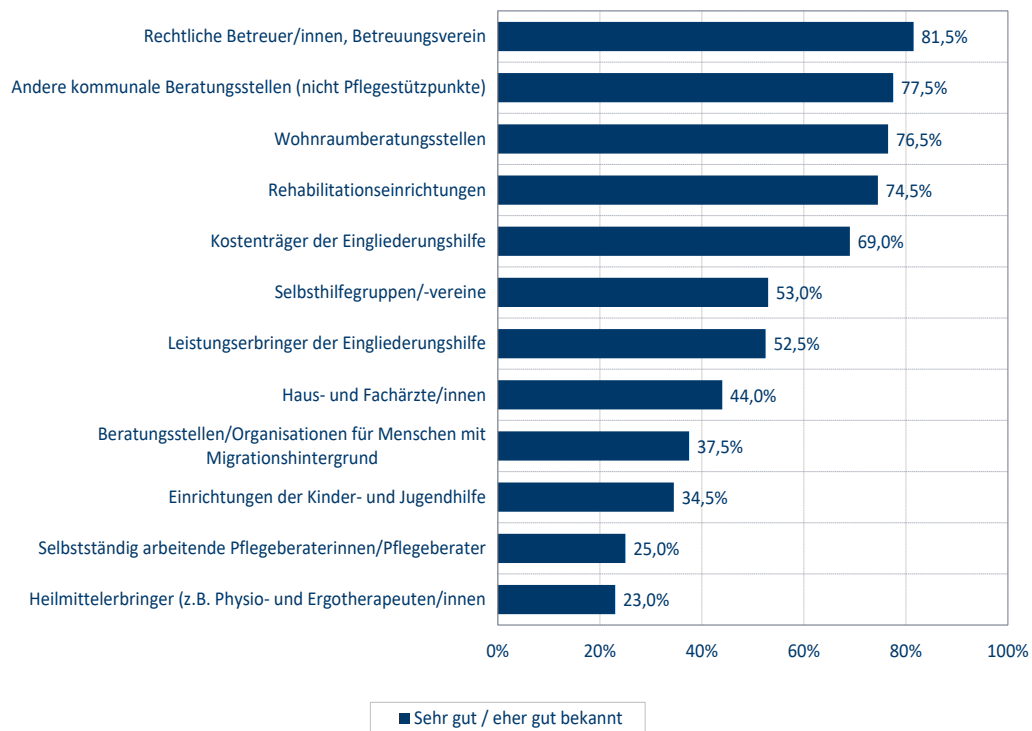
Hingegen besteht bei einigen anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren noch Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Bekanntheit des Beratungsangebotes der PSP: Heilmittelerbringer wie Physiotherapeutinnen/-therapeuten (23,0 %, n = 46), selbstständig arbeitende Pflegeberaterinnen/-berater (25,0 %, n = 50) sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (34,5 %, n = 69).

Abbildung 26: Bekanntheit des Angebotes bei Akteursgruppen I in % (Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Abbildung 27: Bekanntheit des Angebotes bei Akteursgruppen II in % (Mehrfachnennung möglich)

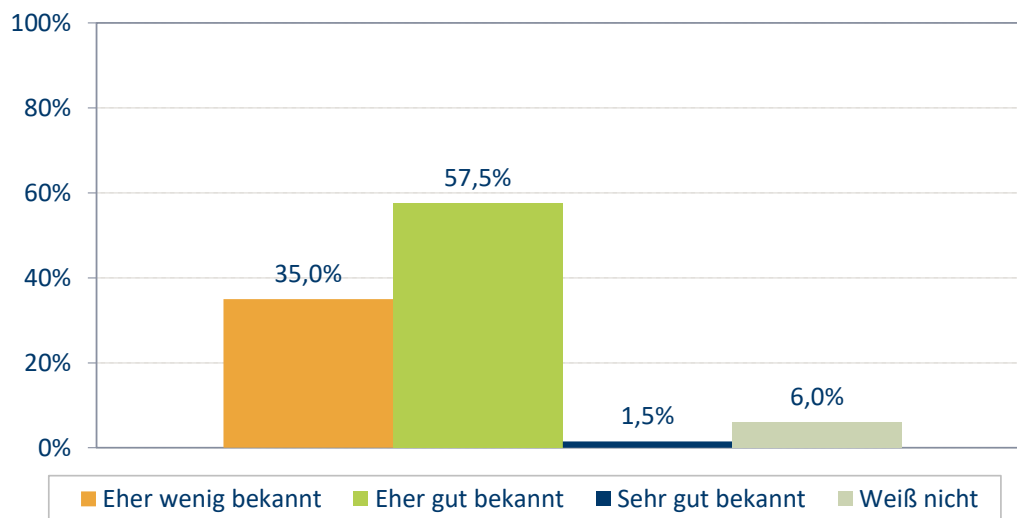


Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Darüber hinaus beurteilen 59,0 % der Beschäftigten (n = 118) die Bekanntheit der PSP in der Bevölkerung als „eher gut“ bis „sehr gut“, während 35,0 % (n = 82) von einer eher geringen Bekanntheit ausgehen (siehe Abbildung 28).

Hinsichtlich der Bekanntheit stimmten zudem nahezu alle der befragten Beschäftigten (94,5 %, n = 189) eher bis voll und ganz zu, dass eine einheitliche Außenwirkung der PSP vorteilhaft ist. Lediglich 1,0 % der Mitarbeitenden (n = 2) verneinen dies und 4,5 % (n = 9) machten dazu keine Angabe.

Abbildung 28: Bekanntheit des Angebotes in der Bevölkerung in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Ergänzend wurde in der Beschäftigtenbefragung untersucht, ob und welche anderen Akteure in der Region mögliche Aufgabenbereiche von PSP abdecken. Von den befragten Beschäftigten gaben insgesamt 62,5 % (n = 125) an, dass dies der Fall ist, während 25,5 % (n = 51) dies verneinten. Bei 12,0 % (n = 24) der Befragten wurde keine Angabe gemacht. Wie aus Abbildung 29 hervorgeht, schätzen die Befragten die Überschneidungen in Bezug auf die Aufgabenbereiche bei folgenden Akteuren am höchsten ein: Pflegekassen (85,6 %, n = 107), ambulante Pflegedienste (69,6 %, n = 87) sowie Krankenhäuser (58,4 %, n = 73).

Abbildung 29: Welche Akteure decken mögliche Aufgabenbereiche von Pflegestützpunkten? (in %, Mehrfachnennung möglich)

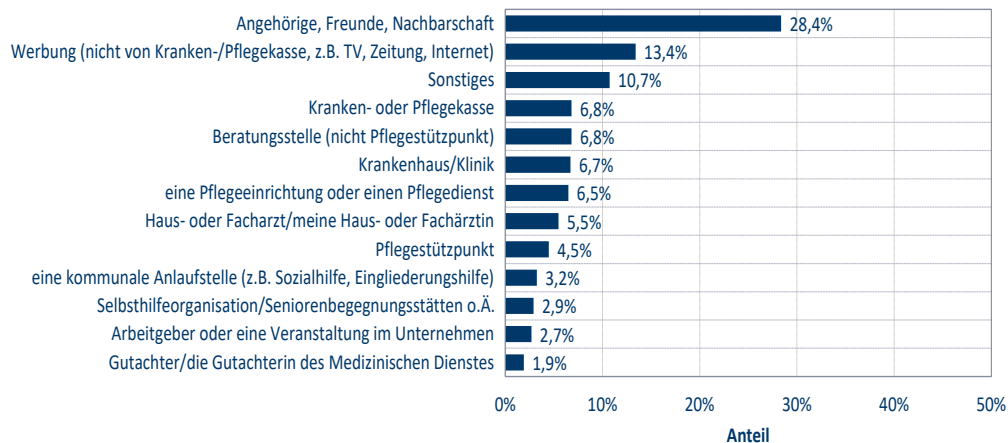


Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

4.4.2 Bekanntheit der Pflegestützpunkte und des Beratungsangebotes aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer

Die Nutzerinnen und Nutzer der Pflegestützpunkte erfahren über verschiedene Kanäle vom Angebot der Pflegeberatung. Die fünf häufigsten Informationsquellen, dass es in Pflegestützpunkten Beratungsangebote zum Thema Pflege gibt, sind Angehörige, Freunde oder die Nachbarschaft (28,4 %, n= 254), Werbung (nicht von Kranken-/Pflegekasse) z.B. TV, Zeitung, Internet (13,4 %, n = 120), sonstige Informationsquellen (10,7 %, n = 96), die Kranken- oder Pflegekasse (6,8 %, n = 61) sowie eine andere Beratungsstelle (nicht Pflegestützpunkt; 6,8 %, n = 61). Weitere Informationsquellen können Abbildung 30 entnommen werden. Als sonstige Quelle wurden z. B. Informationsveranstaltungen, Internetrecherchen oder auch Zeitungsberichte (keine Werbung) genannt.

Abbildung 30: Informationsquellen zur Existenz von Beratungsmöglichkeiten in Pflegestützpunkten in % (Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

4.4.3 Gründe für die Inanspruchnahme aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer

Die Gründe für die Inanspruchnahme der Pflegeberatung sind vielfältig, wie die Befragung der Nutzerinnen und Nutzer zeigt. Insgesamt machten die Befragten 4.403 Angaben zum Inanspruchnahmegrund. Es gab auch die Möglichkeit in Form von Freitexten weitere Gründe zu nennen. Hierbei fiel auf, dass es den Befragten schwer viel zwischen den bereits aufgeführten Kategorien zu unterscheiden. Vielfach wurden die Freitexte auch für Erklärungen der ausgewählten Kategorien genutzt.

Diejenigen, die Angaben machten, gaben im Mittel 6,7 unterschiedliche Gründe an. Es ließen sich in absteigender Reihenfolge vier Themenfelder identifizieren, die zur Inanspruchnahme führten:

- ◆ Informationswunsch zur Pflege, Unterstützungsmöglichkeiten und Organisation der Versorgung (n = 1.744),
- ◆ Informationswunsch zu (gesetzlichen) Leistungen zur Pflege (n = 1.153),
- ◆ Eintreten/Veränderung der Pflegesituation (n = 846) sowie
- ◆ Unterstützung bei Anträgen (n = 660).

In der nachfolgenden Tabelle 11 sind die Gründe für die Inanspruchnahme je Themenfeld aufgeführt. Personen mit Informationswunsch zur Pflege, Unterstützungsmöglichkeiten und Organisation der Versorgung hatten am häufigsten allgemeine Fragen zur Pflegesituation (24,9%, n = 434), zur Organisation/Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern (19,8 %, n = 346) sowie zur Hilfe bei der Suche nach einem

Pflegedienst oder stationären Pflegeplatz (14,5 %, n = 253). Hinsichtlich des Informationswunsches zu Leistungen zur Pflege waren die drei häufigsten Aspekte, zu denen die Nutzerinnen und Nutzer der Pflegebefragung Fragen hatten, konkrete Fragen zu Leistungen der Pflegekasse (48,0 %, n = 554), Fragen zu rechtlichen Aspekten (15,2 %, n = 175) sowie zu Leistungen der Sozialhilfe (11,7 %, n = 135).

Bezüglich der Pflegesituation gaben mehr als ein Drittel (36,3 %, n = 307) der Nutzerinnen und Nutzer, die hierzu Angaben machten, an, dass es eine Verschlechterung gegeben hätte. 29,8 % (n = 252) wollten sich vorsorglich zur Pflegesituation beraten lassen. Bei weiteren 21,4 % (n = 181) trat eine plötzliche Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit ein. 8,9 % (n = 75) gaben an, dass eine Entlassung aus dem Krankenhaus bevorstand oder gerade stattfand. Ferner nannten 3,7 % (n = 31) einen anderen Grund, z. B. Abwesenheit/Ausfall der Pflegeperson, Unterstützung bei der Vermittlung von Kurzzeit- und 24-Stunden-Pflege. Wurde Unterstützung bei Anträgen benötigt, so handelte es sich am häufigsten (48,0 %, n = 317) um Ausfüllhilfe für Formulare bzw. Anträge der Pflegekassen.

Tabelle 11: Gründe für die Inanspruchnahme der Beratung (n = 4.403, Mehrfachnennung möglich)

Grund für Inanspruchnahme der Beratung	Häufigkeiten in % (n)
Informationswunsch zur Pflege, Unterstützungsmöglichkeiten und Organisation der Versorgung (n = 1.744)	
allgemeine Fragen zur Pflegesituation	24,9 % (434)
Fragen zur Organisation/Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern (z. B. ambulante Pflegedienste, Tagespflege, Betreuungsdienste und -angebote, Hauswirtschaftsdienste)	19,8 % (346)
Hilfe bei der Suche nach einem Pflegedienst/einem Pflegeheimplatz	14,5 % (253)
Fragen zur Organisation der Kurzzeit-/Verhinderungspflege	12,5 % (218)
Unterstützung für die angehörige Person, die die Pflege übernimmt	8,6 % (151)
Fragen zur Organisation der Pflege für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz)	8,3 % (145)
Hilfe bei der Auswahl von Hilfsmitteln (z. B. Rollator)	7,8 % (137)
Fragen zur Organisation der Pflege für Menschen mit psychischen Erkrankungen	3,0 % (52)
Fragen zur Organisation der Pflege für pflegebedürftige Kinder	0,4 % (8)
Informationswunsch zu (gesetzlichen) Leistungen zur Pflege (n = 1.153)	
Fragen zu den Leistungen der Pflegekasse	48,0 % (554)
Beratung zu rechtlichen Fragestellungen	15,2 % (175)
Fragen zu Leistungen der Sozialhilfe	11,7 % (135)

Grund für Inanspruchnahme der Beratung	Häufigkeiten in % (n)
Fragen zur Schwerbehinderung/zum Schwerbehindertenausweis	11,3 % (130)
Fragen zu Leistungen zum Thema Wohnen (z. B. Wohnberechtigungs-schein, Umzug)	10,1 % (116)
Fragen zu anderen Leistungen*	3,7 % (43)
Eintreten/Veränderung der Pflegesituation (n = 846)	
Die Pflegesituation hat sich verschlechtert	36,3 % (307)
Vorsorgliche Beratung zur Pflegesituation	29,8 % (252)
Es trat eine plötzliche Erkrankung/Pflegebedürftigkeit ein.	21,4 % (181)
Die Entlassung aus dem Krankenhaus stand bevor/fand gerade statt.	8,9 % (75)
anderer Grund	3,7 % (31)
Unterstützung bei Anträgen (n = 660)	
Hilfe bei Formularen/Anträgen der Pflegekassen	48,0 % (317)
Fragen zum Pflegegrad-Bescheid (inkl. Ablehnung oder Widerspruch)	32,9 % (217)
Hilfe bei Formularen/Anträgen anderer Institutionen	19,1 % (126)

Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer
 Anmerkung: Prozentangaben beziehen sich auf den jeweiligen Themenblock.
 *z. B. Fragen zur Tages-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege (nicht spezifiziert, ob es sich um leistungsrechtliche oder organisatorische Fragen handelte), zu konkreten Unterstützungs- und Hilfsangeboten (nicht spezifiziert, ob es sich um leistungsrechtliche oder organisatorische Fragen handelte), zur Finanzierung (nicht spezifiziert aus was sich die Fragen konkret bezogen), 24-Stunden-Pflege, Leistungen der Krankenkasse, Reha/Kur

4.4.4 Qualität und Wirkung der Beratung

Insgesamt zeigt sich eine überwiegend positive Bewertung der Beratungsqualität und -wirkung durch die Beschäftigten. Besonders positiv bewertet werden folgende Aspekte der Qualität und Wirkung der Pflegeberatung:

- ♦ Ratsuchende werden über die Beantragung von Leistungsansprüchen und die Organisation der Versorgung informiert (96,5 %, n = 193),
- ♦ Ratsuchende werden über ihre bestehenden Leistungsansprüche informiert (96,0 %, n = 192),
- ♦ Berücksichtigung von biografischen und kulturellen Besonderheiten in der Beratung der Ratsuchenden (88,0 %, n = 176) sowie
- ♦ Unterstützung der Ratsuchenden bei der Suche nach geeigneten Leistungsanbietern (86,0 %, n = 172).

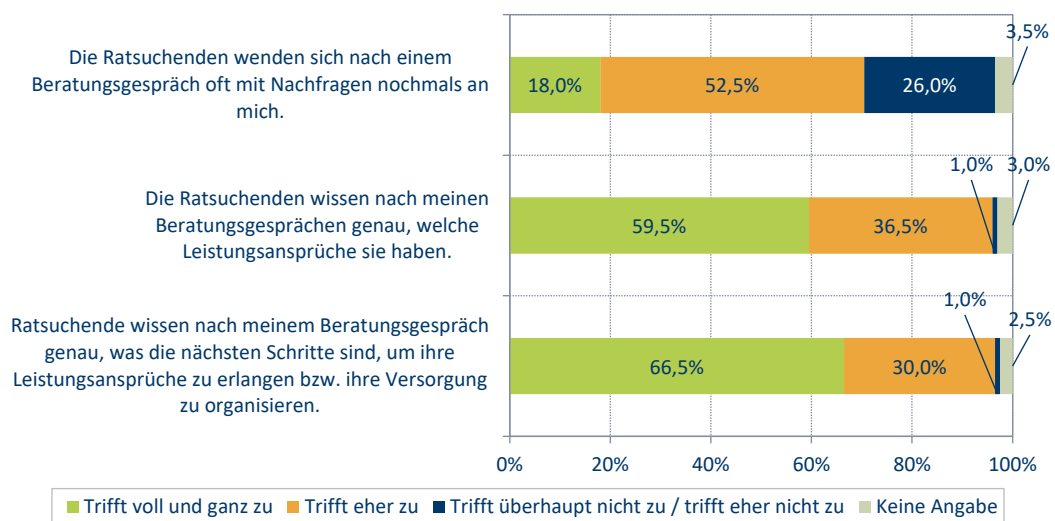
Darüber hinaus gibt die Mehrheit der Beschäftigten (70,5 %, n = 141) an, dass sich die Ratsuchenden nach einem Beratungsgespräch erneut an die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wenden.

Hingegen zeigen sich insbesondere in den folgenden Bereichen Optimierungspotenziale:

- ◆ Know-how von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern bzgl. digitaler Angebote zur Unterstützung der Pflegesituation (40,5 %, n = 81),
- ◆ Überprüfung der Umsetzung und ggf. Anpassung des Versorgungsplans (17,0 %, n = 34) und
- ◆ Gemeinsame Erarbeitung des Versorgungsplans mit den Ratsuchenden (15,5 %, n = 31).

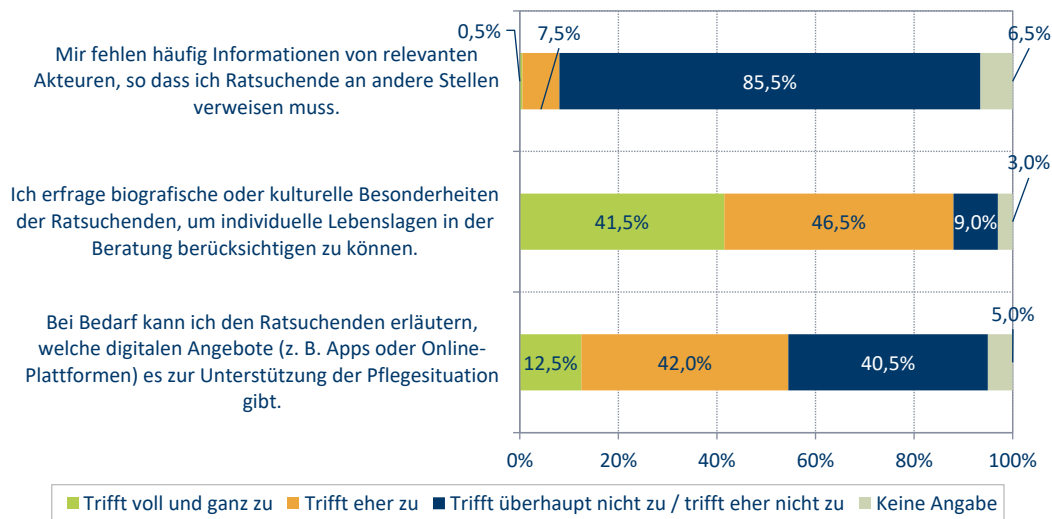
Die nachfolgenden Abbildungen veranschaulichen die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zur Bewertung der Qualität und Effektivität der Beratung aus Sicht der Beschäftigten.

Abbildung 31: Einschätzung Wirkung Pflegeberatung I in % (n = 200)



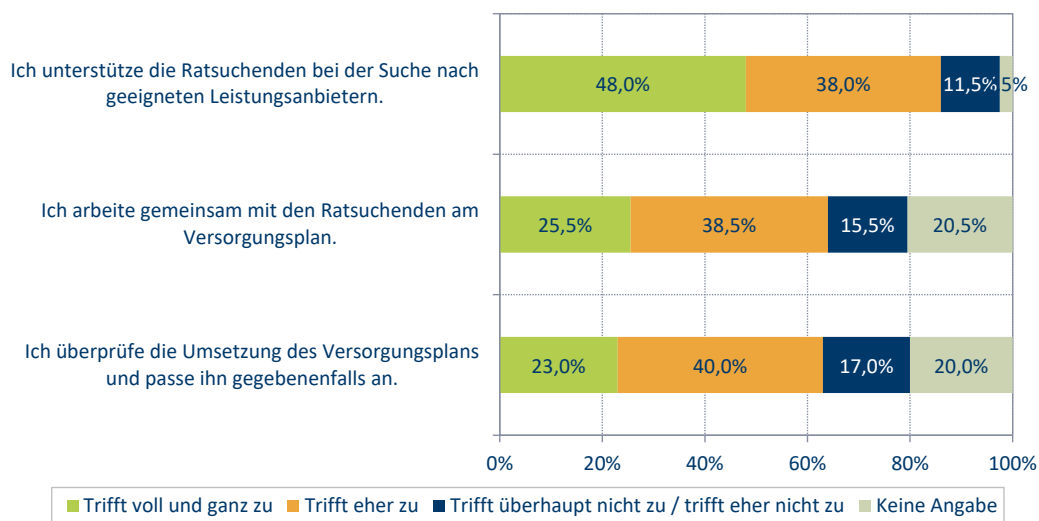
Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Abbildung 32: Einschätzung Wirkung Pflegeberatung II in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Abbildung 33: Einschätzung Wirkung Pflegeberatung III in % (n = 200)

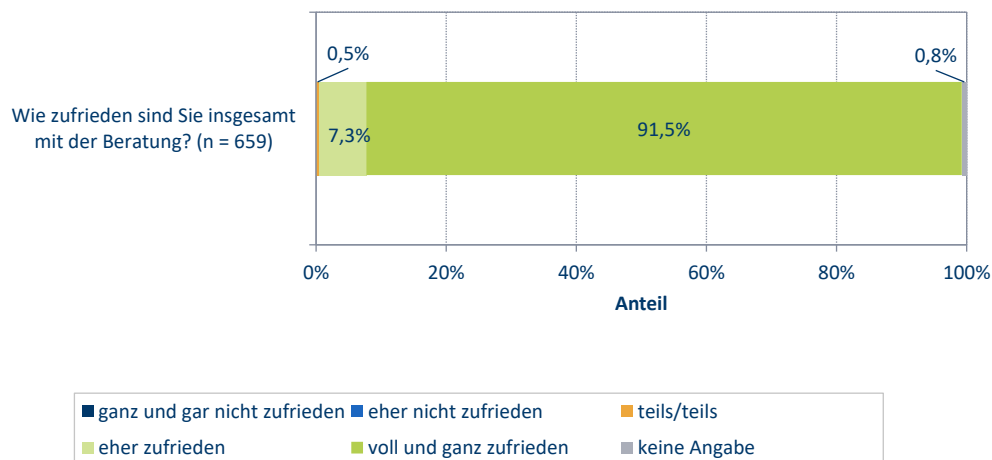


Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Qualität und Wirkung der Beratung aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer

Die Befragung der Nutzerinnen und Nutzer belegt, dass die pflegebedürftigen Personen beziehungsweise ihre Angehörigen mit der Beratung im Pflegestützpunkt (sehr) zufrieden sind. 7,3 % (n = 43) gaben an eher zufrieden und 91,5 % (n = 603) voll und ganz zufrieden zu sein. Unzufriedene Nutzerinnen und Nutzer gab es mit 0,0 % nicht. 0,5 % (n = 3) wählten teils/teils und 0,8 % (n = 5) machten keine Angabe (s. Abbildung 34).

Abbildung 34: Zufriedenheit mit der Beratung in % (n = 659)



Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Anmerkung: ganz und gar nicht zufrieden und eher nicht zufrieden mit jeweils 0,0 % nicht dargestellt

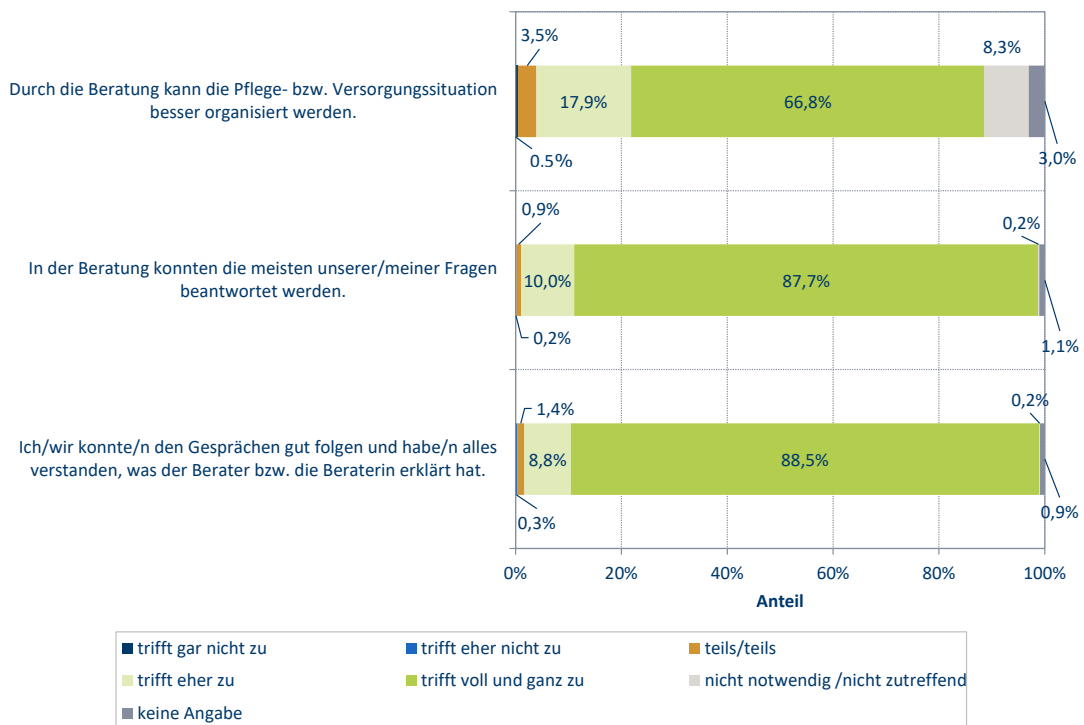
Die hohe allgemeine Zufriedenheit mit der Beratung spiegelt sich auch in verschiedenen Einzelaspekten zur Qualität und Wirksamkeit der Beratung. Die einzelnen Aspekte und Einschätzungen der Nutzerinnen und Nutzer sind in Abbildung 35, Abbildung 36 und Abbildung 37 dargestellt.

Insgesamt gaben 84,7 % (n = 558) der Nutzerinnen und Nutzer an, dass infolge der Beratung die Pflege- bzw. Versorgungssituation besser organisiert werden konnte (trifft eher zu 17,9 %, n = 118; trifft voll und ganz zu 66,8 %, n = 440). Für 97,7 % (n = 644) konnten die meisten Fragen in der Beratung beantwortet werden (trifft eher zu 10,0 %, n = 66; trifft voll und ganz zu 87,7 %, n = 578). Den Gesprächen gut folgen und alles verstehen, was der Berater bzw. die Beraterin erklärt hat konnten insgesamt 97,3 % (n = 647) (trifft eher zu 8,8 %, n = 58; trifft voll und ganz zu 88,5 %, n = 583). Genügend Zeit für die Beratung stand aus Sicht fast aller Befragter (98,2 %, n = 647) zur Verfügung (trifft eher zu 4,6 %, n = 30; trifft voll und ganz zu 93,6 %, n = 617).

9 von 10 Nutzerinnen und Nutzern (91,5 %, n = 603) erkannten eine Verbesserung ihres Wissens über Leistungen der Pflegekasse und sonstige Unterstützungsmöglichkeiten infolge der Beratung (trifft eher zu 15,6 %, n = 103; trifft voll und ganz zu 75,9 %, n = 500). Die Beraterin bzw. der Berater konnten aus Sicht der Befragten, sofern nötig, an die richtigen Anlaufstellen für die jeweiligen Anliegen vermitteln (91,5 %, n = 603) (trifft eher zu 8,0 %, n = 53; trifft voll und ganz zu 83,5 %, n = 550). 94,7 % (n = 624) wussten nach dem Beratungsgespräch welche Schritte sie als Nächstes einleiten mussten (trifft eher zu 15,5 %, n = 102; trifft voll und ganz zu 79,2 %, n = 522).

Fast alle Nutzerinnen und Nutzer (98,6 %, n = 650) gaben an, dass die Beraterin bzw. der Berater auf alle Fragen und Wünsche eingegangen ist (trifft eher zu 4,1 %, n = 27; trifft voll und ganz zu 94,5 %, n = 623).

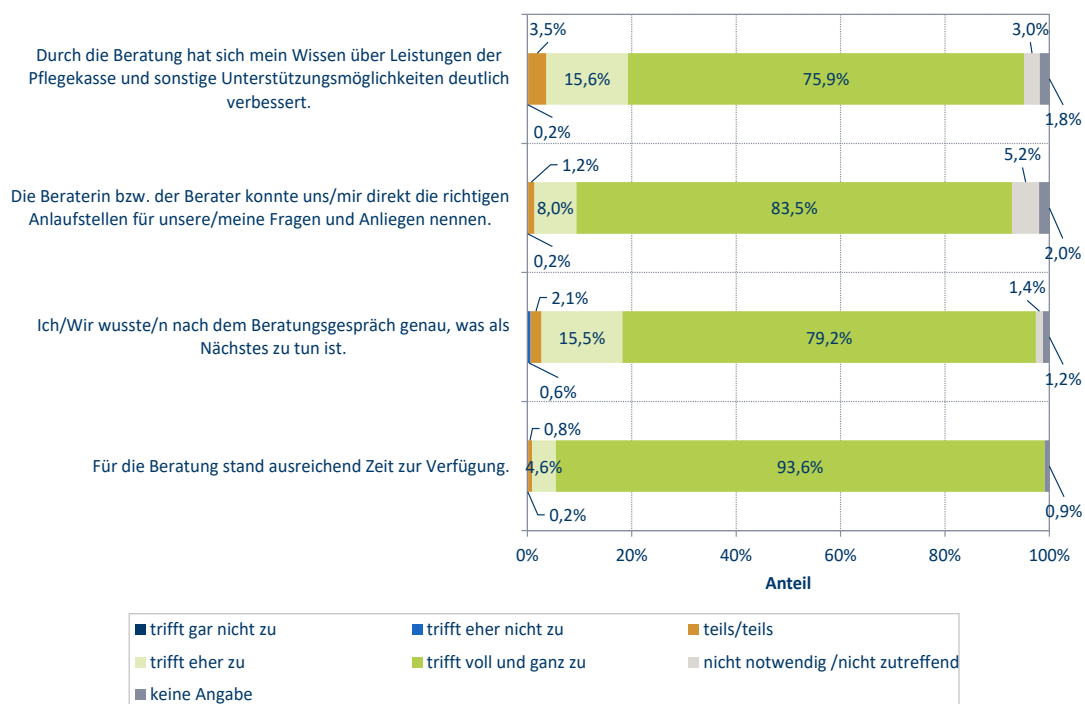
Abbildung 35: Einschätzung zur Beratung I in % (n = 659)



Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Anmerkung: 0,0 % nicht dargestellt

Abbildung 36: Einschätzung zur Beratung II in % (n = 659)



Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

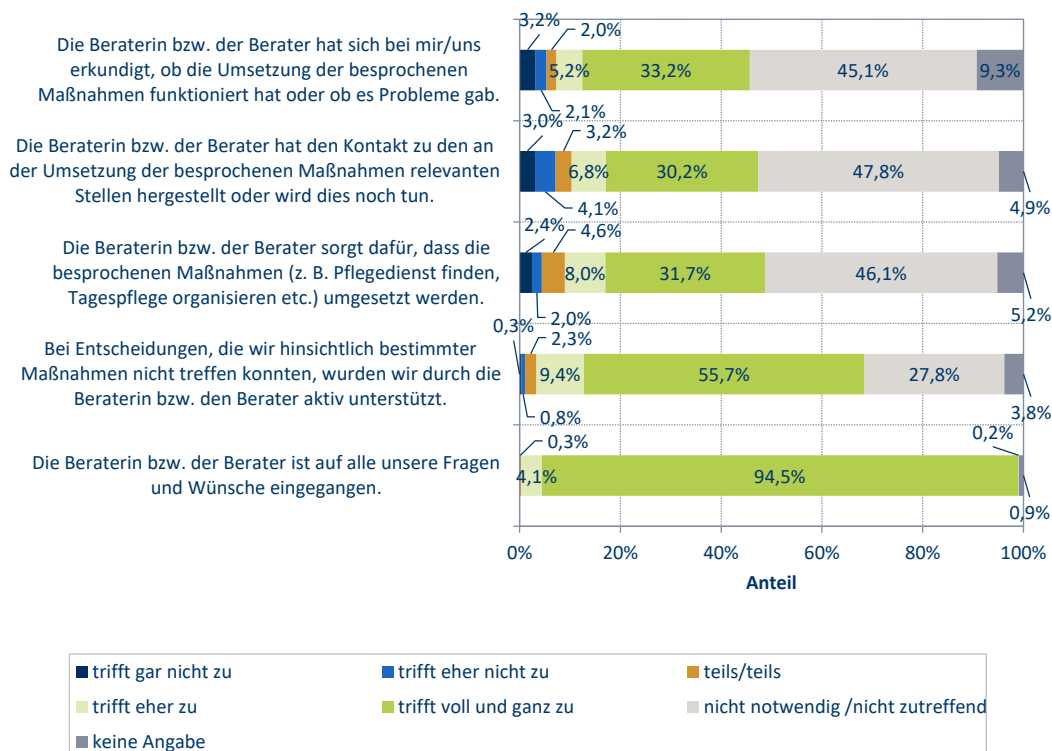
Anmerkung: 0,0 % nicht dargestellt

Zusammenfassend lässt sich anhand der Daten feststellen, dass:

- ♦ die Beratungen in einer für die Nutzerinnen und Nutzer verständlichen Form stattfindet und der zeitliche Umfang ausreichend ist,
- ♦ pflegebedürftige Personen oder ihre Angehörigen ihre Anliegen und Fragen in der Beratung klären können und sie wissen welche Schritte als nächstes einzuleiten sind,
- ♦ sofern erforderlich an die richtigen Anlaufstellen weitervermittelt wird,
- ♦ die Beratung zur Verbesserung der Organisation der Versorgung beiträgt und
- ♦ das Wissen zu Leistungen der Pflegekasse und sonstigen Unterstützungsmöglichkeiten gesteigert werden konnte.

Bei Entscheidungen, die hinsichtlich bestimmter Maßnahmen nicht durch die pflegebedürftige Person oder ihre Angehörigen getroffen werden konnten, erfolgte in zwei von drei Fällen (65,1 %, n = 429) eine aktive Unterstützung durch die Pflegeberaterinnen bzw. -Berater (trifft gar nicht zu 0,3 %, n = 2; trifft eher nicht zu 0,8 %, n = 5; teils/teils 2,3 %, n = 15; trifft eher zu 9,4 %, n = 62; trifft voll und ganz zu 55,7 %, n = 367; nicht notwendig/nicht zutreffend 27,8 %, n = 183; fehlend/keine Angabe 3,8 %, n = 25). Abbildung 37 enthält eine grafische Darstellung.

Abbildung 37: Einschätzung zur Beratung III in % (n = 659)



Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Anmerkung: 0,0 % nicht dargestellt

Organisatorische Aufwendungen, die über die reine Beratung hinausgingen, waren in vielen Fällen nicht nötig bzw. sind nicht erfolgt, wie in Abbildung 37 zu erkennen ist. Zu den erfolgten Aufwänden gehörten die Erkundigung, ob die Umsetzung der besprochenen Maßnahmen funktioniert hat (38,4 %, n = 253), die Herstellung eines Kontaktes zu den für die Umsetzung relevanten Stellen (37,0 %, n = 244) sowie die Umsetzung der Maßnahmen durch die Beraterin bzw. den Berater (z. B. Pflegedienst suchen) (39,8 %, n = 262).

Exkurs: Danksagung der Nutzerinnen und Nutzer für die erhaltene Beratung

Die Nutzerinnen und Nutzer der Pflegestützpunkte nutzen die Befragung vielfach, um sich für die Beratung zu bedanken und ihre positiven Eindrücke zu schildern. Teilweise hoben sie einzelne Beraterinnen und Berater oder Pflegestützpunkte namentlich gesondert hervor. Aus den Rückmeldungen wird ersichtlich, dass die Pflegestützpunkte für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen eine wichtige und geschätzte Anlaufstelle darstellen. Sie äußerten Zufriedenheit mit der Beratung, lobten die Kompetenz der Beraterinnen und Berater, die empathische und zugewandte Haltung und den zwischenmenschlichen Umgang. Nachfolgend ist eine Auswahl der Rückmeldungen aufgeführt.

„Da bei Pflegebedürftigkeit ein großer allgemeiner bürokratischer Verwaltungsaufwand besteht, wollten wir schon aufgeben, weil uns die Kraft fehlt, alles durchzusthlen und durchzuarbeiten. Hier hat und der Pflegestützpunkt ermuntert, nicht aufzugeben. Wir haben viel Zuversicht und Herzenswärme erhalten, Vielen Dank.“

„Unsere Beraterin vermittelt Sicherheit in einer Zeit, in der alles durcheinander geworfen wird... Wir fühlen uns ernst genommen mit unseren Sorgen und erhalten konstruktive Hilfe.“

„Ich bin sehr dankbar für die kompetente Unterstützung durch den Pflegestützpunkt. Absolut wichtig und gut diese Institution. Ganz besonders meine Beraterin die ein umfangreiches Wissen und eine tolle emphatische Art mitgebracht hat. Vielen Dank.“

„Es wurden für mich Kontakte hergestellt zu Seniorenleistungen vor Ort, Empfehlungen wo ich Hilfsmittel und dazugehörige Beratung finden kann. Ich bin dankbar für die umfängliche Hilfe, die ich erhalten habe und die emphatische Haltung.“

„Die Beratung des Pflegestützpunktes ist für mich existenziell wichtig! Zur Sicherung der Lebensqualität und des Wohnens zu Hause. Die Sicherheit, bei Veränderung der Lebenssituation einen fachlich kompetenten Ansprechpartner zu haben. Emotionale Unterstützung u. Rückversicherung im Alltagsleben.“

„Mit sehr viel Empathie und Geduld wurde ich umfassend für die aktuelle Situation beraten. Ich weiß ich kann wiederkommen, wenn Änderungen der Situation es verlangen.“

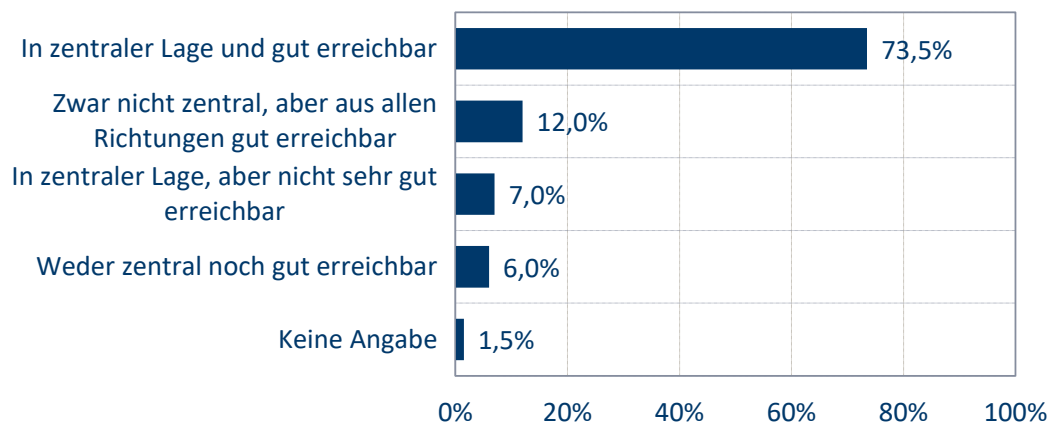
4.5 Bedarfsgerechtigkeit und Wohnortnähe

Um bewerten zu können, inwieweit das aktuelle Beratungsangebot der PSP in Baden-Württemberg als bedarfsgerecht und wohnortnah eingeschätzt werden kann, wurden sowohl Vorgesetzte als auch Beraterinnen und Berater sowie Nutzerinnen und Nutzer, u. a. nach ihren Einschätzungen zur Lage und Erreichbarkeit und zur Zufriedenheit mit der Beratung, befragt. Darüber hinaus geben Angaben der Nutzerinnen und Nutzer zu Fahrzeiten zu Beratungsstellen aus der Tätigkeitserfassung Hinweise zur Wohnortnähe.

4.5.1 Lage und Entfernung zu anderen Akteuren

In Abbildung 38 wird die Bewertung der Beschäftigten bzgl. der Lage und Erreichbarkeit der PSP dargestellt. 73,5 % der Befragten (n = 147) bewerten beide Aspekte positiv, während 6,0 % (n = 12) weder eine zentrale Lage noch gute Erreichbarkeit angeben.

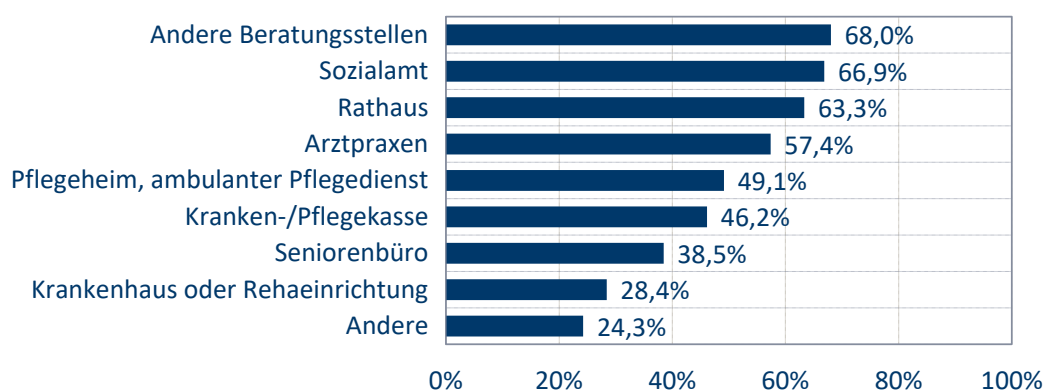
Abbildung 38: Lage und Erreichbarkeit der Pflegestützpunkte in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Zusätzlich wurde in der Beschäftigtenbefragung die räumliche Nähe zu anderen Einrichtungen erfragt (siehe Abbildung 39). Es zeigt sich eine hohe geografische Nähe zu folgenden Institutionen: andere Beratungsstellen (68,0 %, n = 115), Sozialamt (66,9 %, n = 113) sowie Rathaus (63,3 %, n = 107). Im Gegensatz dazu ist die räumliche Nähe zu Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen (28,4 %, n = 48) sowie zu anderen Akteuren geringer ausgeprägt. Unter der Kategorie „Andere“ fand sich eine Vielzahl anderer Institutionen bzw. Einrichtungen. Am häufigsten wurden Apotheken (n = 10), Betreuungsbehörden (n = 7), Unterstützungsangebote (n = 5) und das Landratsamt (n = 5) genannt.

Abbildung 39: Räumliche Nähe zu anderen Einrichtungen in % (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Anmerkung: Angaben der Beschäftigten, die angeben, dass sich der Standort in räumlicher Nähe zu anderen Einrichtungen befindet.

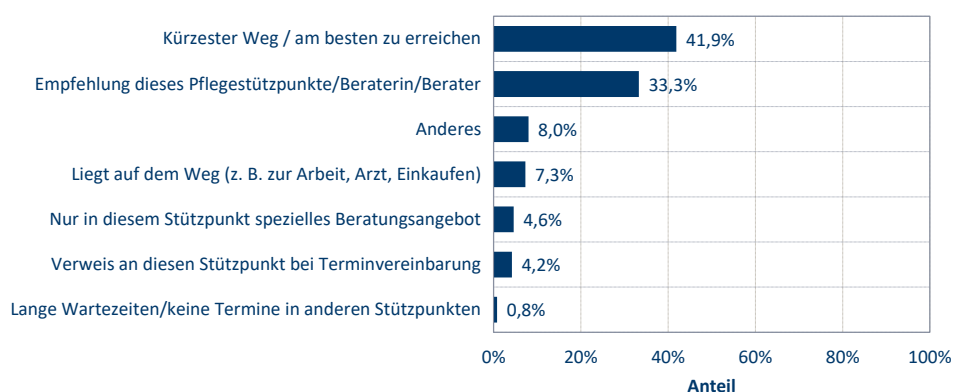
4.5.2 Erreichbarkeit und infrastrukturelle Anbindung der Pflegestützpunkte

Die Nutzerinnen und Nutzer suchten für die Pflegeberatung mit 41,9 % (n = 363) am häufigsten den Pflegestützpunkt bzw. Standort des Pflegestützpunkts auf, der am besten zu erreichen war oder zu dem der Weg am kürzesten war. 33,3 % (n = 289) gaben an, dass ihnen genau der Stützpunkt oder eine spezielle Beraterin bzw. ein spezieller Berater empfohlen wurde (s. Abbildung 40). Am dritthäufigsten gaben die Befragten mit 8,0 % (n = 69) andere Gründe an. Darunter u. a.:

- ♦ dass der Stützpunkt bzw. Standort aufgrund von Werbung ausgesucht wurde,
- ♦ dieser Stützpunkt bzw. Standort in der Recherche nach Beratungsmöglichkeiten angezeigt wurde,
- ♦ positive Vorerfahrungen mit Beraterinnen und Beratern des Stützpunktes vorlagen sowie
- ♦ es keine andere Beratungsmöglichkeit geben würde.

Ferner gaben 7,3 % (n = 63) an, dass der Stützpunkt bzw. Standort auf dem Weg zu z. B. Ärzten, Einkaufsmöglichkeiten oder der Arbeit liegt und weitere 4,6 % (n = 40), dass der Pflegestützpunkt oder Standort ein spezielles Beratungsangebot vorhält, dass es woanders nicht geben würde. 4,2 % (n = 36) wurden bei der Terminvereinbarung an den Pflegestützpunkt bzw. Standort verwiesen, als sie für einen anderen Ort einen Beratungstermin vereinbaren wollten. Lange Wartezeiten oder keine verfügbaren Termine in anderen Stützpunkten bzw. Standorten waren für 0,8 % (n = 7) der ausschlaggebende Grund für die Wahl des Beratungsortes.

Abbildung 40: Gründe für die Auswahl des Pflegestützpunktes bzw. Standortes in % (Mehrfachnennung möglich)

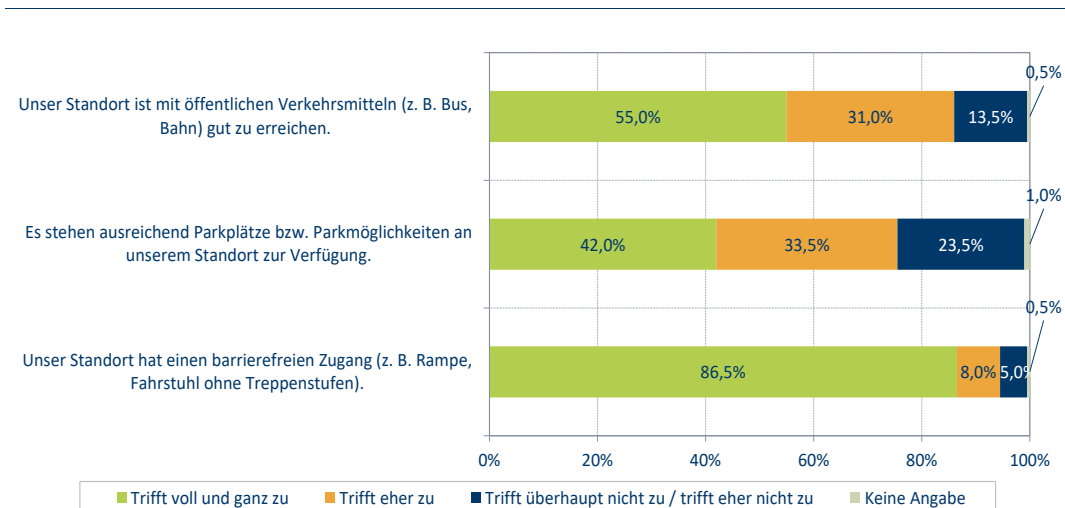


Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Die Terminvereinbarung war nach Einschätzung der Nutzerinnen und Nutzer einfach. Die Aussage „Es war ganz einfach, einen Termin für die Beratung auszumachen.“ traf nach Ansicht der Befragten für 88,8 % (n = 585) voll und ganz und für 6,8 % (n = 45) eher zu. 2,1 % (n = 14) gaben teils/teils und 0,6 % (n = 4) trifft eher nicht zu an. Keiner der Befragten bewertete die Aussage als gar nicht zutreffend. 0,9 % (n = 6) gaben an, dass eine Terminvereinbarung nicht notwendig gewesen sei und weitere 0,8 % (n = 5) konnten oder wollten die Frage nicht beantworten.

Die Beschäftigten wurden hinsichtlich der Erreichbarkeit des Standorts befragt, unter Berücksichtigung der Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, der Parkmöglichkeiten sowie der Barrierefreiheit (siehe Abbildung 41). 86,0 % der Beschäftigten (n = 172) stimmten (eher) zu, dass der Standort gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist, während 75,5 % (n = 151) angaben, dass ausreichend Parkmöglichkeiten vorhanden sind. Nahezu alle Beschäftigten (94,5 %, n = 189) bestätigten vollständig oder eher, dass der Standort einen barrierefreien Zugang bietet, bspw. über eine Rampe oder Fahrstuhl ohne Treppenstufen.

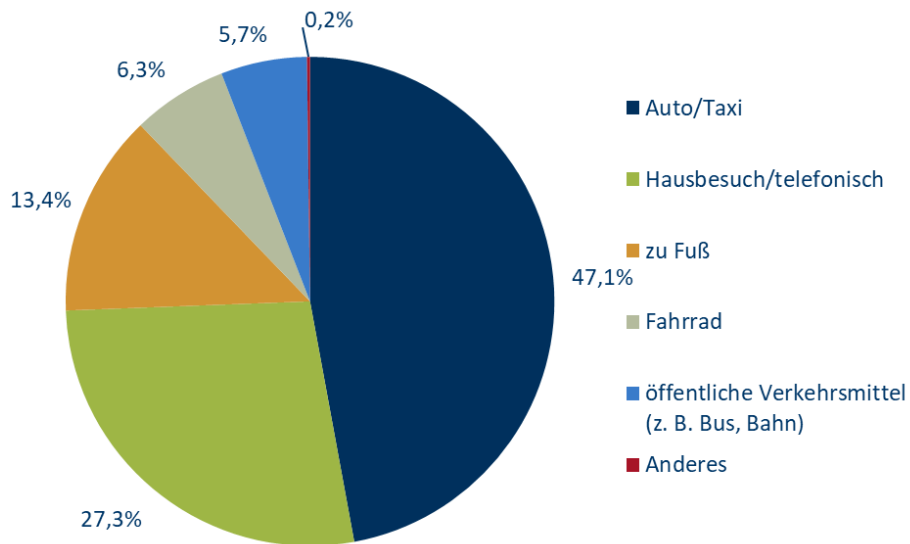
Abbildung 41: Erreichbarkeit des Standorts in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Abbildung 42 zeigt, dass von den Nutzerinnen und Nutzern mit 47,1 % (n = 313) als häufigstes Transportmittel das Auto bzw. Taxi für die Anreise zur Beratung gewählt wurde. 27,3 % (n = 181) erhielten einen Hausbesuch oder wurden telefonisch beraten, sodass kein Anreiseweg anfiel. 13,4 % (n = 89) suchten den Pflegestützpunkt bzw. Standort zu Fuß auf. Weitere 6,3 % (n = 42) nutzten das Fahrrad, 5,7 % (n = 38) öffentliche Verkehrsmittel wie Bus oder Bahn, um den Pflegestützpunkt zu erreichen. Eine Person (0,2 %) erhielt die Beratung in einer Pflegeeinrichtung.

Abbildung 42: Anreise zum Pflegestützpunkt bzw. Standort in % (Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

460 Personen machten Angaben zur Dauer des Anreiseweges. Die Anreisezeit lag im Mittel bei 16,5 Minuten (Min: 00:02:00, Max: 01:30:00, SD 00:10:37, Median 00:15:00). In Tabelle 12 ist die Verteilung über die Zeitintervalle dargestellt. Für 86,3 % (n = 397) der Nutzerinnen und Nutzer war der Pflegestützpunkt innerhalb von 0 bis max. 29 Minuten zu erreichen. Etwas mehr als jede zweite Nutzerin bzw. jeder zweite Nutzer (54,8 %, n = 252) brauchte zwischen 10 und 20 Minuten für die Anreise.

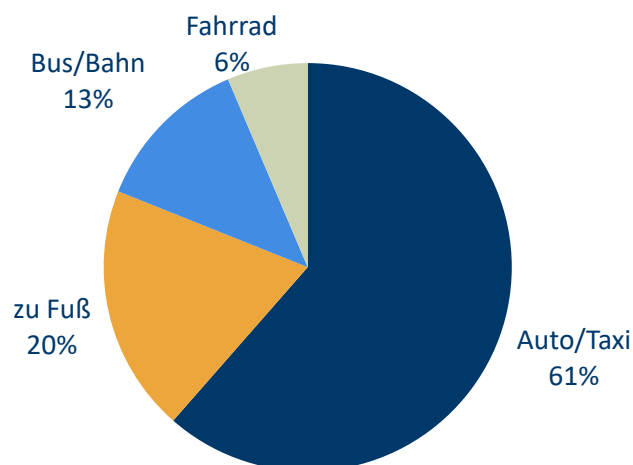
Tabelle 12: Anreisezeit in den Pflegestützpunkt bzw. Standort (n = 460)

Anreisedauer in Minuten	Häufigkeiten in % (n)
0-9 Minuten	11,5% (53)
10-19 Minuten	54,8% (252)
20-29 Minuten	20,0% (92)
30-39 Minuten	10,7% (49)
40-49 Minuten	1,5% (7)
50-59 Minuten	0,4% (2)
60-69 Minuten	0,4% (2)
70-79 Minuten	0,0% (0)
80-89 Minuten	0,0% (0)
90 Minuten oder mehr	0,7% (3)

Quelle: IGES, Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Auch aus der Tätigkeitserfassung liegen Angaben zu Wegezeiten der Klientinnen und Klienten sowie zu den genutzten Verkehrsmitteln vor. Diese decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der Nutzerbefragung. Zu berücksichtigen ist, dass in der folgenden Abbildung 43 nur Personen einbezogen wurden, die zur Beratungsstelle gekommen sind (d. h. keine Personen mit Hausbesuch und telefonischer Beratung, wie in der vorherigen Abbildung).

Abbildung 43: Für die Anreise zum PSP/zur Außenstelle genutzte Verkehrsmittel der Klientinnen und Klienten in % (n = 454)



Quelle: IGES, Tätigkeitserfassung

Am häufigsten wurde das Auto/Taxi genutzt (61 %), ein Fünftel kam zu Fuß zur Beratung. Am seltensten wurde das Fahrrad genannt (6 %).

Die durchschnittliche Wegezeit der im Rahmen der Tätigkeitserfassung registrierten Klientinnen und Klienten lag bei 19 Minuten (Median bei 23 Minuten, n = 558) – die Spannbreite reichte von 4 Minuten bis 195 Minuten. Nur 22 Personen (4 %) benötigten mehr als 45 Minuten für die Anreise – sie kamen mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit dem Auto/Taxi.

4.5.3 Bedarfsgerechtigkeit und Ausschöpfung des Orientierungswertes

Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zur Einschätzung der Pflegeberatung sind in den folgenden Abbildungen dargestellt und zeigen Herausforderungen sowie Potenziale in Bezug auf die Pflegeberatung auf. Besonders deutlich wurde die Zustimmung der Beschäftigten zu folgenden Aspekten (siehe Abbildung 44 und Abbildung 45):

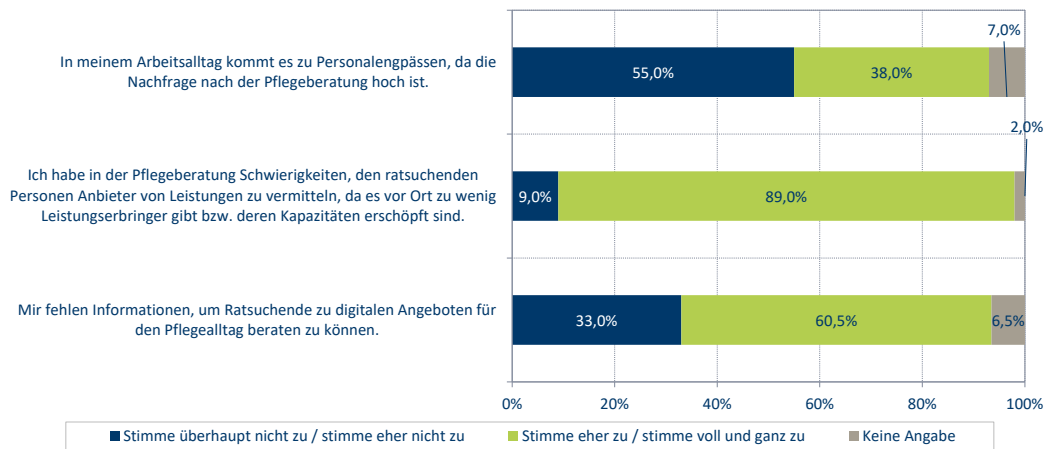
- ◆ Herausforderungen bei der Vermittlung von Dienstleistern aufgrund begrenzter Verfügbarkeit oder zu geringen Kapazitäten (89,0 %, n = 178),
- ◆ datenschutzrechtliche Erschwernisse (69,0 %, n = 138) sowie
- ◆ mangelnde Kenntnisse über digitale Angebote im Pflegealltag (60,5 %, n = 121).

Im Gegensatz dazu wurden insbesondere folgende Aussagen nicht bzw. eher nicht von den Beschäftigten bestätigt (Abbildung 46 und Abbildung 45):

- ◆ Angebot telefonischer Beratung statt persönlicher Beratung aufgrund langer Anfahrtswege oder erhöhter Wartezeiten (88,5 %, n = 177),
- ◆ mangelnde Kenntnisse über vorhandene lokale Strukturen aufgrund eines großen Einzugsgebiets (76,0 %, n = 152) sowie
- ◆ unzureichende Berücksichtigung individueller und biografischer Besonderheiten aufgrund von Zeitmangel in der Pflegeberatung (74,0 %, n = 148).

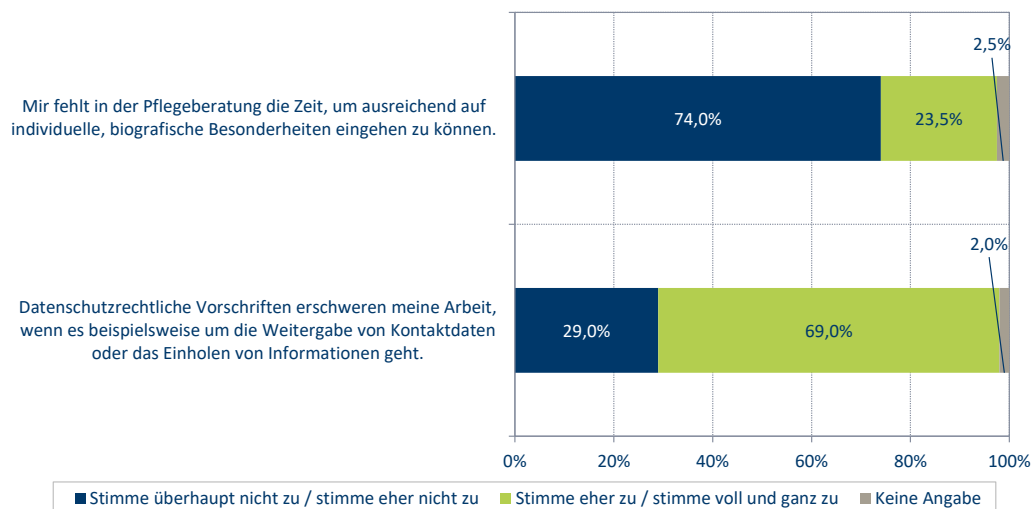
Insgesamt bieten die Ergebnisse wertvolle Einblicke für die Weiterentwicklung der Pflegeberatung und zeigen gleichzeitig bestehende Stärken auf.

Abbildung 44: Bewertung Aussagen regionales Beratungsangebot I in % (n = 200)



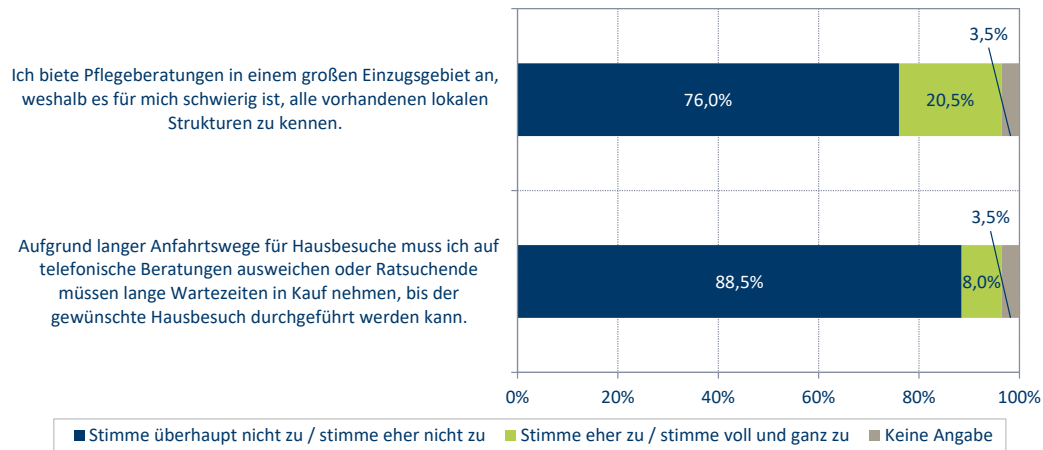
Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Abbildung 45: Bewertung Aussagen regionales Beratungsangebot II in % (n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

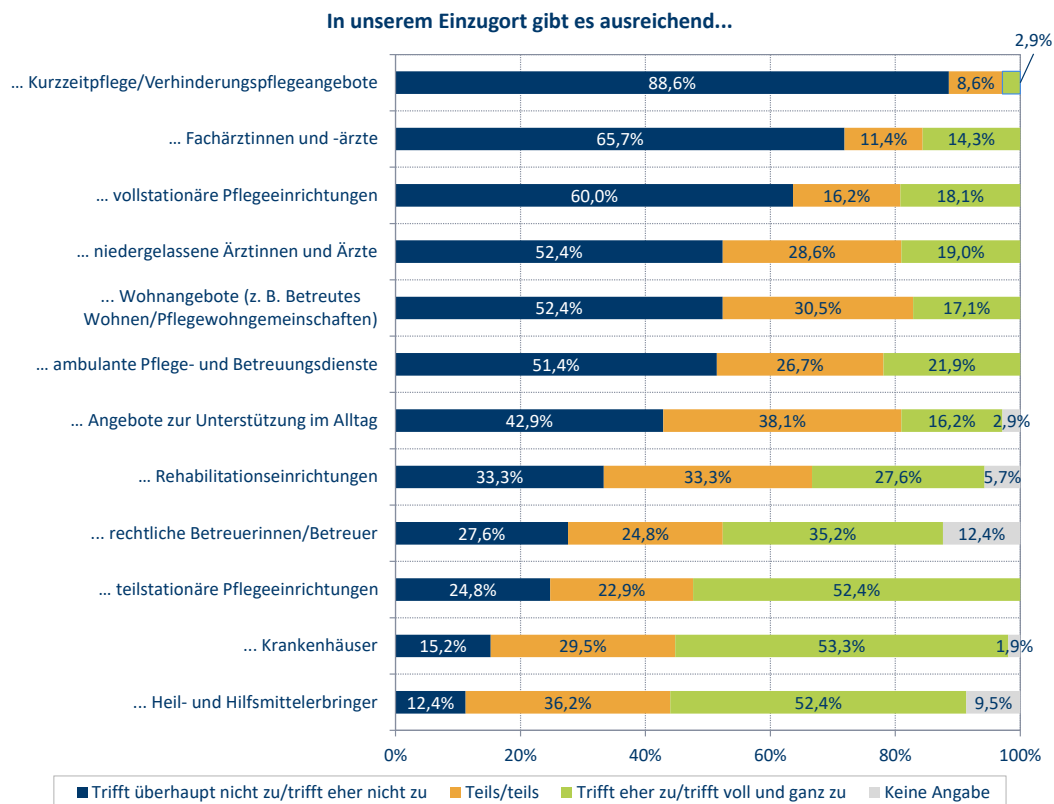
Abbildung 46: Bewertung Aussagen regionales Beratungsangebot III in %
(n = 200)



Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Nach Einschätzung der Vorgesetzten (n = 105) gibt es im jeweiligen Einzugsgebiet der PSP bzw. der Standorte am häufigsten Engpässe bei Angeboten der Kurzzeit- und Verhinderungspflege (88,6 %), gefolgt von Fachärztinnen bzw. Fachärzten (65,7 %) und vollstationären Pflegeplätzen (60 %) (vgl. Abbildung 47). Eher selten mangelt es an Heil- und Hilfsmittelerbringern (12,4 %), Krankenhauskapazitäten (15,2 %) und teilstationären Pflegeplätzen (Tages-/Nachtpflege, 24,8 %).

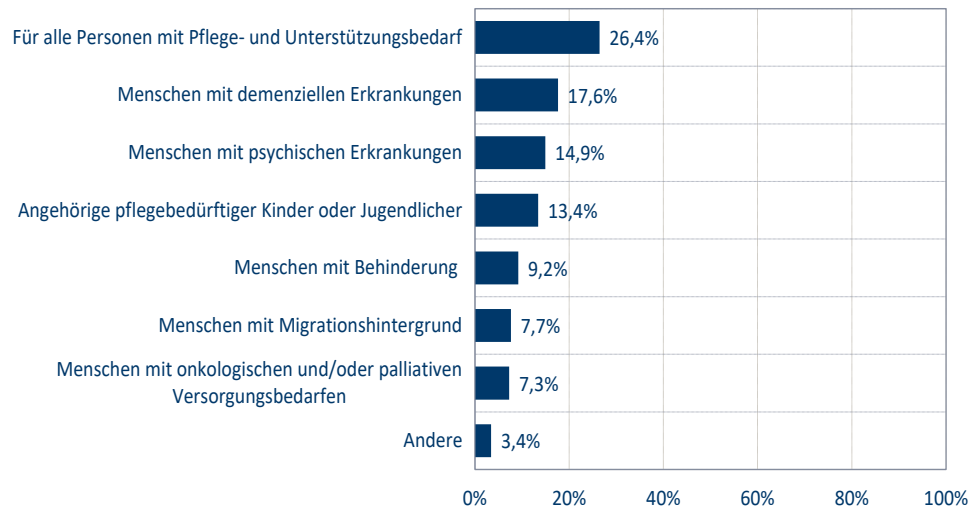
Abbildung 47: Einschätzung Versorgungssituation im Einzugsgebiet in % (n = 105)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

90 % (n = 95) der Vorgesetzten gaben an, dass es im Einzugsgebiet des PSP bzw. der Standorte Versorgungslücken gibt. Aus der folgenden Abbildung 48 geht hervor, für welche Zielgruppen diese Versorgungslücken nach Ansicht der Vorgesetzten bestehen – am häufigsten (26,4 %) wurden „alle Personen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf“ genannt, gefolgt von Menschen mit Demenz (17,6 %).

Abbildung 48: Personengruppen mit bestehenden Versorgungslücken in %
(Mehrfachnennung möglich)

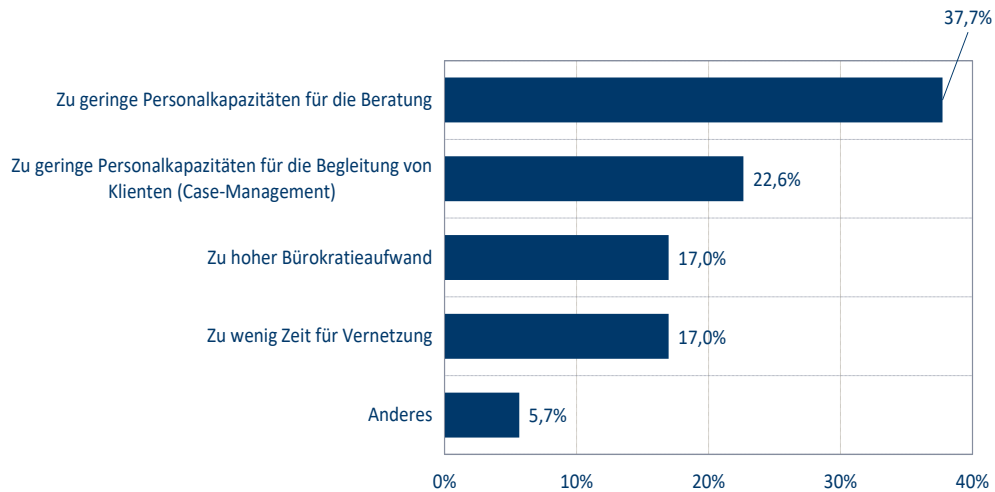


Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

Der Aussage, dass der Pflegestützpunkt/Standort ein ausreichendes Beratungsangebot für die Bevölkerung des Einzugsgebietes vorhält, stimmten die Vorgesetzten in 17 Kreisen voll und ganz/eher zu. In 10 Kreisen wurde der Aussage nicht/eher nicht zugestimmt.

Als Grund für ein nicht ausreichendes Beratungsangebot durch die PSP wurde am häufigsten eine zu geringe Personalausstattung genannt (37,7 %; siehe Abbildung 49). Dass diese vor allem nicht für eine umfassende Begleitung der Klientinnen und Klienten in Form eines Case Managements ausreichen, wurde an zweiter Stelle genannt (22,6 %), gefolgt von dem Verweis auf einen zu hohen bürokratischen Aufwand (17 %).

Abbildung 49: Gründe für nicht ausreichendes Beratungsangebot durch die PSP in % (Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

15,4 % gaben an, dass es in ihrem Einzugsgebiet weitere Beratungsstellen gibt, an die Ratsuchende verwiesen werden können (n = 4). Am häufigsten wurden hierbei genannt:

- ◆ Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) (n = 3),
- ◆ andere kommunale Beratungsstellen vor Ort (n = 3) sowie
- ◆ andere Akteurinnen und Akteure (n = 3).

Seltener wurde auf folgende Beratungsstellen verwiesen:

- ◆ Anbieter der Altenhilfe (z. B. Beratungsangebote für ältere Menschen, Seniorenbüros) (n = 2),
- ◆ ambulante Pflegedienste/Sozialstationen (n = 2) und
- ◆ andere Pflegestützpunkte (außerhalb des Landkreises/Stadtkreises).

30,8 % der Vorgesetzten (n = 8) gab an, dass es in ihrem Einzugsgebiet keine weiteren Beratungsstellen gibt, an die Ratsuchende verwiesen werden können. Aus ihrer Sicht ist das Beratungsangebot insgesamt nur unzureichend vorhanden. Sieben Personen gaben an, dass das Beratungsangebot für alle Personen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf nicht ausreichend sei. Eine Person wies darauf hin, dass insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen Beratungsangebote fehlten.

Ausschöpfung des Orientierungswertes für die Personalausstattung

Aus 101 Standorten in 38 Stadt- und Landkreisen liegt eine Einschätzung der Vorgesetzten der Pflegestützpunkte zur Angemessenheit des Orientierungswertes

von 1:60.000 vor (eine Pflegeberaterin bzw. ein Pflegeberater (Vollzeitstelle) auf 60.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner) sowie aus 96 Standorten in 38 Kreisen Angaben zur Ausschöpfung des Orientierungswertes. Da die Befragung je Standort auszufüllen war und die Befragten damit für die Standorte eines Pflegestützpunktes unterschiedlich antworten konnten, liegen pro Kreis teils gegensätzliche Antworten vor.

70,8 % (n = 68) der Standorte schöpften den Orientierungswert von 1:60.000 zum Zeitpunkt der Befragung voll aus. 25,0 % (n = 24) schöpften ihn nicht vollständig aus und 4,2 % (n = 4) machten keine Angabe. Pflegestützpunkte, die den Orientierungswert nicht vollständig ausschöpfen gaben u. a. an:

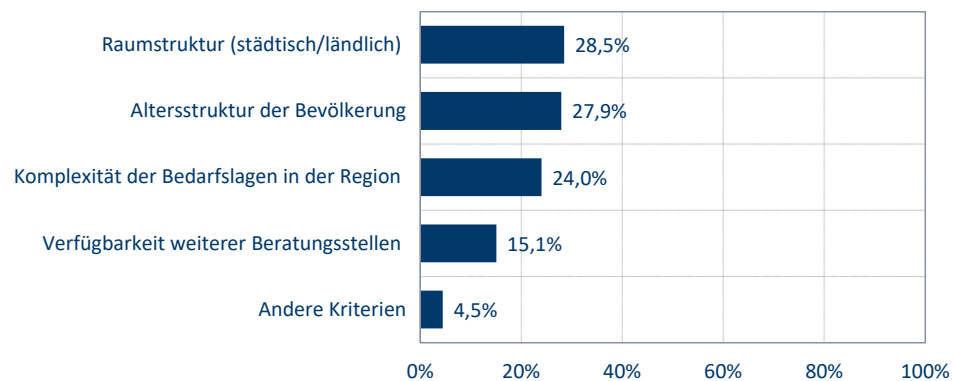
- ◆ Mitarbeiterinnen in Elternzeit zu haben,
- ◆ dass nur eine geringe Differenz bis zur maximalen Ausschöpfung des Orientierungswertes bestehe,
- ◆ eine Erhöhung der Personalausstattung bereits geplant, aber noch nicht umgesetzt sei,
- ◆ noch in 2023 einen Antrag auf Aufstockung gestellt wird bzw. sich in Bearbeitung befindet,
- ◆ Stellen ausgeschrieben werden und noch nicht besetzt sind sowie
- ◆ die weitere Finanzierung nicht geklärt sei.

Der Orientierungswert wird mehrheitlich als nicht angemessen bewertet: 23,8 % (n = 24) gaben an, dass mehr als eine Vollzeitstelle für 60.000 Einwohnerinnen und Einwohner benötigt würde, und 51,5 % (n = 52) sind der Auffassung, dass über die Bevölkerungsgröße hinaus weitere Kriterien für die Personalbemessung berücksichtigt werden sollten (z. B. Altersstruktur der Bevölkerung, Komplexität der Bedarfslagen in der Region). 15,8 % (n = 16) dagegen gaben an, dass der derzeitige Orientierungswert angemessen sei. 8,9 % (n = 9) machten dazu keine Angabe.

Sofern die Vorgesetzten der Auffassung waren, dass zusätzlich zur Bevölkerungszahl weitere Kriterien gelten sollten, nannten sie hauptsächlich die Raumstruktur (28,5 %, n = 51), die Altersstruktur der Bevölkerung (27,9 %, n = 50) und die Komplexität der Bedarfslagen in der Region (24,0 %, n = 43). Unter „Andere Kriterien“ nannten die Befragten:

- ◆ Versorgungs- und Beratungsstrukturen vor Ort,
- ◆ die Pflegequote,
- ◆ weitere, zusätzlich durch den Landkreis oder Kommune finanzierte Angebote sowie
- ◆ die Anzahl und Qualität von Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkaktivitäten und den Anteil von aufsuchenden Strukturen.

Abbildung 50: Weitere Kriterien neben der Bevölkerungsanzahl in % (n = 53, Mehrfachnennung möglich)



Quelle: IGES, Vorgesetztenbefragung

4.6 Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte

Zur Ermittlung von Weiterentwicklungspotentialen bzgl. der Arbeit der Pflegestützpunkte wurden sowohl die Nutzerinnen und Nutzern als auch die Beraterinnen und Beratern befragt. Die Wünsche und Anregungen zur Weiterentwicklung der Beratung in Baden-Württemberg werden nachfolgend dargestellt.

4.6.1 Weiterentwicklungspotenziale aus Nutzersicht

Aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer betreffen Weiterentwicklungspotenziale vor allem die Bekanntheit des Angebotes und die Erreichbarkeit, in Teilen jedoch auch Beratungsinhalte und Qualifikation der Beraterinnen und Berater. Insgesamt machten die Nutzerinnen und Nutzer 1.124 Nennungen (Mehrfachnennungen möglich). Im Mittel nannte jede Person 1,7 Optimierungsvorschläge. Es gab auch die Möglichkeit in Form von Freitexten Verbesserungsvorschläge zu nennen. Dabei zeigte sich, dass es den Befragten schwer fiel zwischen den einzelnen Antwortkategorien und Möglichkeiten zu differenzieren. Tabelle 13 zeigt die Verbesserungsmöglichkeiten je Themenfeld in absteigender Reihenfolge.

Tabelle 13: Optimierungspotenziale (n = 1.124, Mehrfachnennung möglich)

Maßnahme zur Optimierung	Häufigkeiten in % (n)
Kenntnis und Erreichbarkeit (n = 485)	
Mehr Information oder Werbung, für das Angebot der Pflegeberatung	47,2 % (229)
Es sollte immer derselbe/dieselbe Berater/Beraterin für mich zuständig sein.	27,8 % (135)
Es sollten mehr Hausbesuche angeboten werden.	10,7 % (52)
Bessere Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes (z. B. telefonisch)	7,4 % (36)
Bessere Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes (z. B. Anbindung mit ÖPNV, Parkplätze, Barrierefreiheit)	6,8 % (33)
Beratungsinhalte und Qualifikation der Beraterinnen bzw. Berater (n = 43)	
Ausbau der Angebote zu weiteren Beratungsthemen*	62,8 % (27)
Der/die Berater/Beraterin sollte besser über lokale Angebote informiert sein (z. B. Angebote für pflegende Angehörige, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Anlaufstellen für spezielle Gruppen (z. B. pflegebedürftige Kinder, Demenz))	37,2 % (16)
Kommunikation im Beratungsgespräch (n = 596)	
Es muss nichts verbessert werden.	87,6 % (522)
Etwas Anderes sollte verbessert werden.**	4,2 % (25)
Verständlichere Erklärungen im Beratungsgespräch (z. B. verständlichere Sprache)	3,9 % (23)
Klarere Strukturierung des Beratungsgesprächs, z. B. Benennung von Verantwortlichkeiten (Wer macht was?) und Prioritäten (Was muss zuerst gemacht werden?)	3,5 % (21)
Bessere Kommunikation mit dem/der Berater/Beraterin (z. B. mehr auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen, eine angenehmere Atmosphäre schaffen, sich mehr Zeit nehmen)	0,8 % (5)
Quelle:	IGES; Befragung der Nutzerinnen und Nutzer
Anmerkungen:	Prozentangaben beziehen sich auf den jeweiligen Themenblock. *u. a. Vermittlung an weitere Anlaufstellen, mehr Unterstützung bei Bürokratiebewältigung, Aktualität des Informationsmaterials **u. a. Informationen verständlicher gestalten (nicht spezifiziert), Gestaltung der Räumlichkeiten, mehr Unterstützung bei bürokratischen Schritten

Hinsichtlich der Kenntnis und Erreichbarkeit entfiel mit 47,2 % (n = 229) der Großteil der Nennungen auf mehr Informationen oder Werbung für das Angebot der Pflegeberatung. Am zweit- und dritthäufigsten wurde der Wunsch geäußert, dass immer dieselbe Beraterin bzw. derselbe Berater zuständig sein sollte

(27,8 %, n = 135) und dass mehr Hausbesuche angeboten werden sollten (10,7 %, n = 52).

43 Nennungen erfolgten in Bezug auf Beratungsinhalte und Qualifikation der Beraterinnen und Berater. Davon entfielen 62,8 % (n = 27) auf den Ausbau der Angebote zur weiteren Beratungsthemen (z. B. Vermittlung an weitere Anlaufstellen, mehr Unterstützung bei Bürokratiebewältigung, Aktualität des Informationsmaterials). 37,2 % (n = 16) wünschten sich, dass die Pflegeberaterin bzw. der -berater besser über lokale Angebote informiert ist (z. B. Angebote für pflegende Angehörige Anlaufstellen für spezielle Zielgruppen Pflegeeinrichtungen und -dienste). Auch globale Kritik, die außerhalb der Einflussmöglichkeiten des Pflegestützpunktes liegt, wurde geäußert. So merkte bspw. eine Nutzerin bzw. ein Nutzer an, dass zwar Hinweise auf Angebote (nicht spezifiziert) erfolgt sind, diese aber keine freien Kapazitäten mehr gehabt hätten.

An der Kommunikation im Beratungsgespräch muss aus Sicht von 87,6 (n = 522) nichts verbessert werden. Gaben die Befragten Verbesserungsvorschläge an, so wünschten sie sich vor allem verständlichere Erklärungen im Gespräch (3,9 %, n = 23) und eine klarere Strukturierung der Gespräche (3,5 %, n = 21). 4,2 % der Nennungen entfielen auf Freitextangaben. Darunter u. a., dass die Räumlichkeiten/Ausstattung verbessert oder, dass Informationen (nicht zwingend im Rahmen eines Gesprächs) verständlicher gestaltet werden könnten. Hierbei ließ sich anhand der Eintragungen jedoch kein Rückschluss darauf ziehen, was genau gemeint war.

In der Freitextmöglichkeit am Ende der Befragung wurden einige Punkte nochmals explizit durch einige wenige Nutzerinnen und Nutzer aufgegriffen. Im Wesentlichen wurde dabei genannt, dass eine engere und weiterführende Betreuung durch den Pflegestützpunkt wünschenswert wäre und das Angebot des Pflegestützpunktes ausgebaut werden sollte.

„Sehr gutes Beratungsgespräch; eventuell kann die Berater/in sich aktiv in die Suche mit einschalten! Sich schon im Vorfeld mit den Diensten in Verbindung setzen?“

„Als langjährig betroffene pflegende Angehörige spüre ich die zunehmende Verschlechterung der Erkrankung meines Partners in Kombination mit den rarer werdenden Angeboten an Betreuung etc. bei den Anbietern sehr stark. Der Pflegestützpunkt kann eine Vielzahl von Adressen übergeben. Die Suche nach Hilfe bleibt an mir hängen.“

4.6.2 Wünsche zur Weiterentwicklung aus Sicht der Beschäftigten

Am Ende der Beschäftigtenbefragung wurde den Pflegeberaterinnen und -beratern die Möglichkeit geboten, Wünsche und Anregungen zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte zu nennen. Diese Freitextoption wurde rege genutzt: 115 Personen äußerten insgesamt 204 Wünsche zu unterschiedlichen Themen. Die Themen und jeweiligen prozentualen Verteilungen sind in Tabelle 14 einzusehen.

Mit Abstand am häufigsten äußerten die Befragten (23,2 %, n = 47) den Bedarf an einem einheitlichen, nutzerfreundlichen und einfach zu handhabenden Dokumentationssystem und diesbezüglichen Standards für alle PSP.

„Für mich und meine Arbeit im Pflegestützpunkt wäre es hilfreich und wünschenswert, wenn im Rahmen der anstehenden Aufrüstung in der Digitalisierung ein anwenderfreundliches und gleichzeitig den Anforderungen des GKV entsprechendes Dokumentationssystem gefunden und implementiert wird, mit dem sich möglichst einheitlich und effizient die geleistete Beratungsarbeit dokumentieren ließe. Dies würde bei der zunehmenden Verdichtung der Beratungsarbeit sowohl der Qualitätssicherung dienen als auch zeitliche Ressourcen einsparen, die dann wieder in die Beratungsarbeit und andere wichtige Aufgaben fließen könnte.“

„Einheitliches Dokumentationssystem und Definition von Begrifflichkeiten und Inhalten (Was beinhaltet eine §7a Beratung? Was ist Casemanagement? [...])“

Am zweit- und dritthäufigsten wurden ein Personalausbau für die Stützpunkte (9,9 %, n = 20) sowie eine Optimierung und Vereinheitlichung der Öffentlichkeitsarbeit gewünscht (9,4 %, n = 19).

„Durch weitere MitarbeiterInnen und einen deutlichen Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit, mehr Präsenz in Medien, auch digital, muss der Bekanntheitsgrad der PSPs unbedingt ausgeweitet werden. [...])“

„Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit auch z.B. über Soziale Medien (könnte zentral über PSP BW erfolgen), das Angebot und das Logo müssen regelmäßig in der Öffentlichkeit bekanntgemacht werden. Mit dem Thema Pflege beschäftigen sich die Menschen (i.d.R.) erst wenn sie selbst oder ein Angehöriger betroffen ist, deshalb muss das Angebot regelmäßig geteilt werden.“

Die viert- und fünfhäufigsten Nennungen entfielen auf mehr (bedarfsgerechte) Fort- und Weiterbildungen/Vorgaben der Kommission (6,4 %, n = 13) sowie einen gemeinsamen Fachtag für alle Beschäftigten der PSP und einen regelmäßigen Austausch (5,9 %, n = 12). Weitere Wünsche sind in Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14: Wünsche der Beschäftigten zur Weiterentwicklung der PSP in % (n = 115)

Thema	Häufigkeiten in % (n)
einheitliches Dokumentationssystem, einheitliche Standards für alle PSP	23,2 % (47)
mehr Personal, insb. im ländlichen Raum	9,9 % (20)
verbesserte, einheitliche Öffentlichkeitsarbeit	9,4 % (19)
mehr/bedarfsgerechtere Fort-/Weiterbildungen, Vorgaben der Kommission	6,4 % (13)
Fachtag für alle PSP-Beschäftigten; regelmäßiger Austausch	5,9 % (12)

Thema	Häufigkeiten in % (n)
Verschlinkung der Dokumentation/Statistik	5,4 % (11)
mehr Zeit für Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit	3,4 % (7)
Klärung der Aufgaben/Prioritäten von PSP (Mangelverwaltung!)	3,4 % (7)
Info/Schulung zu Digitalisierung	3,0 % (6)
einheitliche Standards für §7a SGB XI-Beratung	2,5 % (5)
Echtzeitsystem für freie Plätze (digitale Plattform)	2,5 % (5)
Transparenz/Austausch Land – Kommunen	2,5 % (5)
bessere Zusammenarbeit mit Kranken-/Pflegekassen und MD ("Schweigepflichtentbindung")	2,0 % (4)
§ 7a-Beratungen sind überbewertet, bürokratisch	2,0 % (4)
Arbeitshilfe Umgang mit Datenschutz	1,5 % (3)
technische Ausstattung (auch für Hausbesuche) vereinheitlichen und verbessern	1,5 % (3)
einheitliche Aufbereitung von Fachthemen	1,5 % (3)
Bereitstellung digitaler Hilfen für PSP (Filme, Schaubilder, Tutorials)	1,0 % (2)
Optimierung der (hausärztlichen) Versorgung - multidisziplinäres Team	1,0 % (2)
Aufbau/Begleitung Angehörigengruppen	1,0 % (2)
anderer Name ("PSP")	1,0 % (2)
Weiterentwicklung Beratung zu medizinischen Fragen (insb. gerontopsychiatrische Erkrankungen)	1,0 % (2)
Mitarbeiter des PSP führen § 37 (3) XI-Beratung durch	1,0 % (2)
Supervision für MA (Umgang mit schwierigen Kunden)	1,0 % (2)
regelmäßige Eva PSP (z. B. alle 3-5 Jahre)	1,0 % (2)
Vernetzung/Anbindung Sozialplanung	1,0 % (2)
Mehr Info, Transparenz seitens der Kommission (nicht spezifiziert)	1,0 % (2)

Quelle: IGES, Beschäftigtenbefragung

Anmerkungen: Einzelnennungen zu je 0,5 % nicht dargestellt

5. Prognose zur Entwicklung des Pflegeberatungs- und Personalbedarfs in Baden-Württemberg bis 2028

Kapitel 5 enthält zum einen die Bevölkerungs- und Pflegevorausberechnung bis zum Jahr 2030 sowie die Prognose des zukünftigen Beratungs- und Personalbedarfs im Land Baden-Württemberg bis 2028.

5.1 Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung in Baden-Württemberg

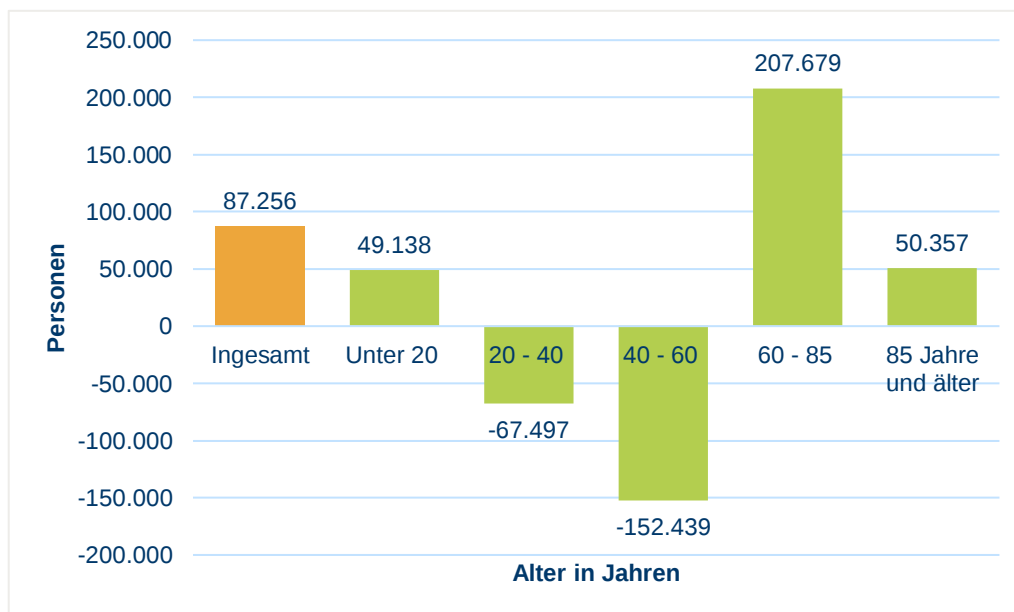
Bis zum Jahr 2028 ist in Baden-Württemberg über alle Altersgruppen betrachtet mit einem Bevölkerungswachstum von +0,78 % zu rechnen (s. Tabelle 15). Die durch den demographischen Wandel bedingte Alterung der Bevölkerung zeigt sich auch in Baden-Württemberg deutlich. Während in der Altersgruppe der 0 - 19-Jährigen bis 2028 verglichen mit 2023 ein Zuwachs um +2,29 % zu verzeichnen ist, wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 - 40 Jahren und 40 - 60 Jahren abnehmen (-2,42 bzw. -5,07 %). Einen deutlichen Zuwachs wird es dagegen bei den 60 - 85-Jährigen mit +7,32 % und hochaltrigen Personen (85 Jahre und älter) mit +13,60 % geben (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020). Die Abbildung 51 zeigt die nominalen Veränderungen je Altersgruppe.

Tabelle 15: Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung Baden-Württembergs 2023 bis 2028 (Stichtag 31. Dezember)

Jahr	Bevölkerung (absolut) nach Alter in Jahren					
	Insgesamt	Unter 20	20 - 40	40 - 60	60 - 85	85 und älter
2023	11.139.394	2.141.976	2.785.138	3.005.223	2.836.680	370.377
2024	11.154.055	2.152.147	2.771.698	2.964.458	2.873.945	391.807
2025	11.170.102	2.162.485	2.759.342	2.928.416	2.908.798	411.061
2026	11.187.603	2.173.573	2.744.058	2.897.007	2.948.832	424.133
2027	11.206.723	2.182.644	2.731.884	2.870.921	2.998.571	422.703
2028	11.226.650	2.191.114	2.717.641	2.852.784	3.044.377	420.734
Veränderung 2023 - 2028	+ 87.256	+ 49.138	- 67.497	- 152.439	+ 207.679	+ 50.357
Veränderung 2023 - 2028 in %	+0,78	+2,29	-2,42	-5,07	+7,32	+13,60

Quelle: IGES, Berechnung auf Grundlage (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2020)

Abbildung 51: Veränderungen der Bevölkerung in Baden-Württemberg 2023 bis 2028 nach Altersgruppe (Anzahl)



Quelle: IGES

Auf Grundlage der amtlichen Pflegestatistik 2021 hat das Statistische Landesamt Baden-Württemberg unter der Annahme, dass die Pflegehäufigkeiten aus dem zugrundeliegenden Basisjahr 2021 konstant bleiben, vorausberechnet, wie sich die zu erwartende Alterung der Bevölkerung auf die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 niederschlagen wird. Mit der oberen Variante der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes liegen auch regionalisierte Ergebnisse der Pflegevorausberechnung bis 2040 vor (Kaiser, 2024, S. 5).

2021 gab es in Baden-Württemberg 540.000 Personen mit Pflegebedarf. Bis 2060 ist mit einem Anstieg auf 801.000 Pflegebedürftige zu rechnen (Kaiser, 2024, S. 6), was einem Zuwachs von rund 260.000 Personen (48 %) entspricht. Bis zum Jahr 2035 geht das Statistische Landesamt von einem moderaten Wachstum mit einer Wachstumsstärke von etwa +1,0 % jährlich aus. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich voraussichtlich um 16 % auf 625.000 Personen erhöhen (Kaiser, 2024, S. 6).

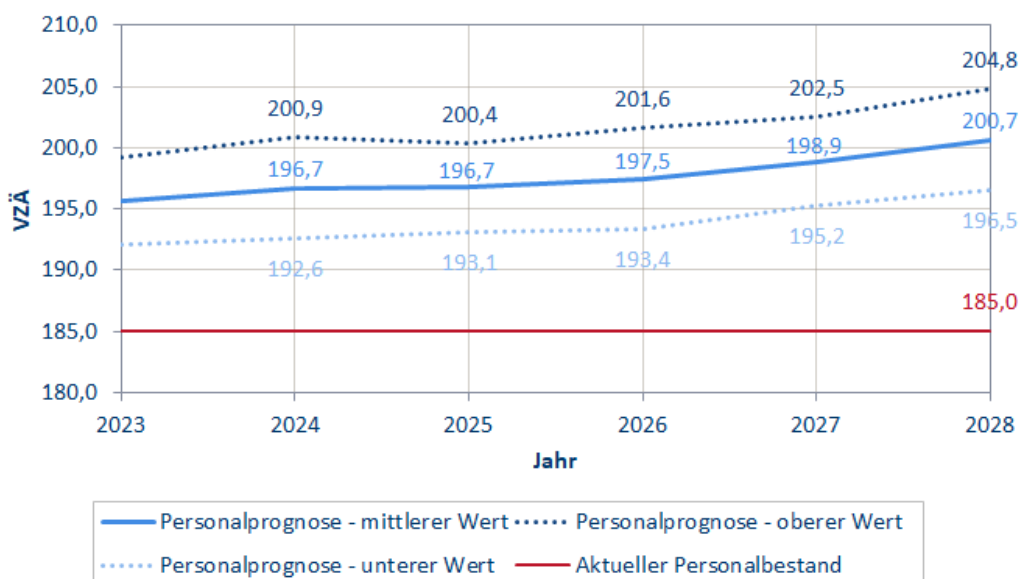
Landesweit geht die Pflegevorausberechnung von einem Zuwachs an Pflegebedürftigen im Zeitraum 2021 bis 2040 um +25 % aus. In den Stadt- und Landkreisen ist flächendeckend mit einer steigenden Zahl an Pflegebedürftigen zu rechnen, wobei sich zwischen den Kreisen Unterschiede zeigen und diese zwischen +9 % bis zu +37 % liegen (Kaiser, 2024, S. 10).

5.2 Prognose des zukünftigen Beratungs- und Personalbedarfs in Baden-Württemberg

IGES hat anhand der in den PSP von den Beschäftigten und Vorgesetzten erhobenen Daten ein Personalbedarfsmodell entwickelt, das regionale Unterschiede im Beratungsgeschehen, u. a. Anzahl und Dauer von Beratungen, Altersgruppen der Klientinnen und Klienten, Häufigkeit von Hausbesuchen und Zeitbedarf für Wegezeiten etc., berücksichtigt. Mit diesem Personalbedarfsmodell wurden zunächst für 2023 für jeden der 44 PSP „bedarfsbezogene“ Personalbedarfe errechnet. Diese wurden dann auf die regionale Bevölkerungsvorausberechnung angewendet, um Personalbedarfsprognosen bis 2028 zu erstellen (Details zum methodischen Vorgehen siehe Kapitel 2.4).

Die folgende Abbildung 52 zeigt die Ergebnisse des entwickelten Prognosemodells zum Personalbedarf in den Pflegestützpunkten bis zum Jahr 2028. Die durchgehende blaue Linie zeigt den errechneten Bedarfs- bzw. Prognosewert, die beiden gestrichelten Linien verlaufen jeweils bei -10 % und +10 %, um die mit einer Prognose einhergehenden Unsicherheiten zu verdeutlichen.

Abbildung 52: Personalbedarfsprognose Baden-Württemberg in VZÄ



Quelle: IGES

Die Ergebnisse sind numerisch auch der folgenden Tabelle 23 zu entnehmen. Ausgehend vom Personalbestand von 185,0 Vollzeitäquivalenten zum Stichtag 01.07.2023 würde der auf Basis der erhobenen Daten ermittelte Personalbedarf in den PSP für 2023 in ganz Baden-Württemberg um +10,7 VZÄ höher liegen (195,7 VZÄ, mittlerer Wert) bzw. zwischen +7,0 VZÄ und +14,3 VZÄ (Unsicherheitsbereich).

Bis zum Jahr 2028 würde sich der ermittelte Personalbedarf für ganz Baden-Württemberg auf 200,7 VZÄ (+ 15,6 VZÄ, mittlerer Wert) erhöhen bzw. zwischen 196,5 VZÄ (+ 11,5 VZÄ) und 204,8 VZÄ (+ 19,8 VZÄ) liegen.⁵

Tabelle 16: Personalbedarfsprognose Pflegestützpunkte für Baden-Württemberg insgesamt (in VZÄ)

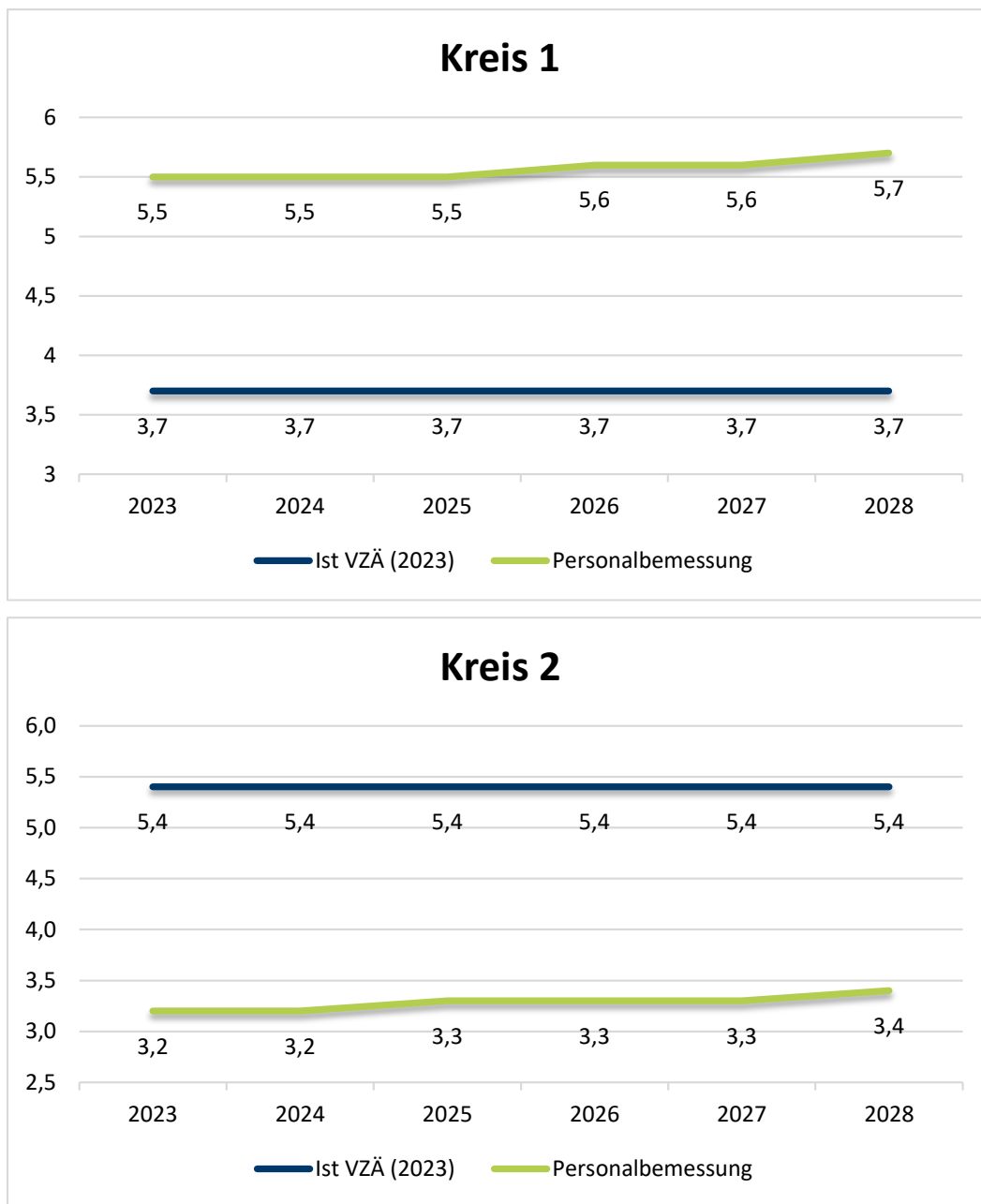
Jahr	Aktueller Personalbestand	Personalbedarfsprognose		
		Unterer Wert	Mittlerer Wert	Oberer Wert
2023	185,0	192,0	195,7	199,3
2024	185,0	192,6	196,7	200,9
2025	185,0	193,1	196,7	200,4
2026	185,0	193,4	197,5	201,6
2027	185,0	195,2	198,9	202,5
2028	185,0	196,5	200,7	204,8

Quelle: IGES

Die folgende Abbildung 53 zeigt beispielhaft die Werte für zwei Kreise mit gegensätzlicher Ausgangslage: Kreis 1 hätte gem. Personalbedarfsmodell bereits 2023 einen über der aktuellen Ausstattung liegenden Personalbedarf (+ 1,8 VZÄ), bis 2026 würde der Bedarf auf 5,7 VZÄ (+ 2 VZÄ gegenüber dem aktuellen IST-Personal) ansteigen. Kreis 2 dagegen hätte 2023 mehr Personal beschäftigt als gem. Personalbedarfsmodell „benötigt“ wird (- 2,2 VZÄ) – aufgrund der Bevölkerungsentwicklung würde der Bedarf bis 2028 nur geringfügig steigen (von 3,2 auf 3,4 VZÄ), so dass die Differenz gegenüber 2023 rechnerisch auf 2 VZÄ sinkt.

⁵ Der Wert für Baden-Württemberg insgesamt errechnet sich aus der Summe der mit dem Modell ermittelten Personalbedarfe in den 44 Stadt- und Landkreisen. Auf Kreisebene kann dieser Wert über oder unter der Personalausstattung zum Stichtag 01.07.2023 liegen. Der Mehrbedarf bis 2028 insgesamt (mittlere Variante) ist somit der Differenzbetrag aus den rechnerischen Mehrbedarfen in 30 Kreisen und den gegenüber der Ist-Ausstattung 2023 niedrigeren Personalbedarfen in 12 Kreisen (in zwei Kreisen verändert sich der Personalbedarf nicht).

Abbildung 53: Beispiele Personalbedarfsentwicklung auf Kreisebene



Quelle: IGES

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass zum Stand der Erhebungen bzw. zum Stichtag 01.07.2023 noch nicht alle Stadt- bzw. Landkreise die volle Personalausstattung gem. Orientierungswert erreicht hatten.

6. Zusammenfassung, Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

In diesem Abschnitt werden zunächst die wichtigsten Erkenntnisse der Untersuchungen zusammengefasst (Kapitel 6.1) und anschließend folgen die darauf aufbauenden Handlungsempfehlungen (Kapitel 6.2).

6.1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Übergreifend ist zunächst festzustellen, dass seit Inkrafttreten des Rahmenvertrages zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI vom 20.06.2018 in Baden-Württemberg eine, im bundesweiten Vergleich sehr dynamische Entwicklung der Strukturen (von 52 Standorten im Oktober 2019 auf 126 Standorte Ende 2023) und der Arbeit der Pflegestützpunkte stattgefunden hat. Eine ähnlich positive Entwicklung lässt sich lediglich für Bayern feststellen, wo im Februar 2020 ein neuer Rahmenvertrag geschlossen wurde, mit dem Ziel einer stärkeren Einbindung der Kommunen, und wo sich die Zahl der PSP seitdem von neun auf 54 versechsfacht hat (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, o. J.).

Die Art und Weise der Ausgestaltung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg, mit einer in allen Kreisen einheitlichen Organisationsform (Kommunen als Anstellungsträger des Personals sowie als Betriebsträger), der Einrichtung einer Kommission Pflegestützpunkte aus Vertreterinnen und Vertretern der Vertragspartner sowie einer Geschäftsstelle PSP und einer Arbeitsgruppe Qualitätssicherung, trägt entscheidend zu dieser erfolgreichen Weiterentwicklung bei. Sie bildet eine gute Basis für die weitere Entwicklung der Pflegeberatung, die darauf abzielt, das Beratungsgeschehen in den Regionen transparent und damit vergleichbar zu machen und künftig stärker zu standardisieren und zu vereinheitlichen. Dies wirkt sich positiv auf die Qualitätssicherung aus und entlastet mittelfristig die Beraterinnen und Berater (z. B. mittels einheitlicher Arbeitshilfen, Formulare etc. und einer übergreifenden Öffentlichkeitsarbeit). Werden künftig mehr Aufgaben auf die Geschäftsstelle PSP verlagert, ist zu prüfen, ob die Personalausstattung entsprechend angepasst werden sollte.

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten Erkenntnisse der Untersuchungen gegliedert nach den Schwerpunkten beschrieben:

- ◆ Strukturen und Personal (Kapitel 6.1.1)
- ◆ Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegestützpunkte (Kapitel 6.1.2)
- ◆ Bekanntheit, Inanspruchnahme, Qualität und Wirksamkeit der Beratung (Kapitel 6.1.3)
- ◆ Bedarfsgerechtigkeit und Wohnortnähe (Kapitel 6.1.4).

6.1.1 Erkenntnisse zu den Strukturen und der Personalausstattung der Pflegestützpunkte

Mit insgesamt 126 (seit 2024: 128) Standorten, zusätzlichen Außensprechstunden und einer durchschnittlichen Personalausstattung von ca. einer Vollzeitstelle pro 57.000 Einwohner (2023) kann das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg als flächendeckend bezeichnet werden.

19 Stadt- und Landkreise (43 %) sind zentral organisiert (ein Standort), während 25 Kreise (57 %) eine dezentrale Struktur mit jeweils mehreren Standorten (zwischen zwei und 17 pro Kreis) entwickelt haben.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren in den PSP 271 Pflegeberaterinnen und -berater beschäftigt (Anfang 2024 waren es 278), mit einem Arbeitszeitvolumen von 185,0 Vollzeitäquivalenten. 44 (39 %) von 113 Standorten gaben an, dass die Kommune zusätzliche Ressourcen, z. B. für die Beratung, Koordination o. Ä. zur Verfügung stellt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Reflexionsworkshops befürworteten die Schaffung von koordinierenden Stellen, damit den Beraterinnen und Beratern mehr Zeit für originäre Beratungstätigkeiten bleibe. Die meisten sprachen sich für eine Zuweisung eines Stellenanteils dafür je PSP aus. Allerdings müssten die Aufgaben für eine solche koordinierende Stelle klar im Sinne einer „Verwaltungsstelle“ ohne eigene Personalverantwortung definiert werden. Darüber hinaus wäre dies nach Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Reflexionsworkshops erst ab einer festzulegenden Größe des PSP und damit einhergehenden Personalstärke sinnvoll.

Die Personalausstattung wurde durch die Vorgesetzten der Pflegestützpunkte überwiegend als derzeit ausreichend, aber mit einem absehbaren Mehrbedarf bewertet (46,9 %, n = 53). Weniger als jeder fünfte Standort (17,7 %, n = 20) sieht sich auch perspektivisch personell gut aufgestellt. Etwas mehr als ein Drittel (35,4 %, n = 40) der Vorgesetzten schätzten die Personalausstattung mit dem derzeit vorhandenen Personal als bereits jetzt nicht ausreichend ein. Auch die Mehrheit der Beschäftigten (62,0 %, n = 124) gab an, dass die aktuelle Personalbesetzung am Standort ausreichend sei, um den regionalen Beratungsbedarf zu decken. Ein Fünftel der Beschäftigten (n = 42) bewertete die derzeitige Personalausstattung als unzureichend. Darüber hinaus erwarten mit 44,5 % (n = 89) etwa die Hälfte der Beschäftigten, dass zukünftig aufgrund einer zu geringen Personalausstattung ein ungedeckter Beratungsbedarf entstehen könnte.

Nahezu die Hälfte der Pflegeberaterinnen und -berater hat eine Qualifikation im Bereich Soziales/Sozialpädagogik (45,0 %, n = 90), weitere 39,5 % (n = 79) haben eine Pflegeausbildung. 72 % der Pflegeberaterinnen und -berater hatten eine abgeschlossene Weiterbildung nach §7a SGB XI (n = 196). Zum Zeitpunkt der Befragung gab es 53 Personen in 23 Pflegestützpunkten, die eine Ausbildung zur Case Managerin bzw. zum Case Manager mit einem Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) haben.

Nach Angaben der Vorgesetzten werden Fort- und Weiterbildungen vor allem zu folgenden Themen angeboten:

- ◆ sozialrechtliche Inhalte (100,0 %, n = 100),
- ◆ pflegefachliche Inhalte (97,0 %, n = 97)
- ◆ Anpassungsmaßnahmen für die Wohnsituation pflegebedürftiger Personen (97,0 %, n = 97) sowie
- ◆ soziale Kompetenzen (96,0 %, n = 96).

Damit liegt der Anteil der jeweils angebotenen Themen höher als im bundesweiten Vergleich (soziale Kompetenzen 79,2 %, sozialrechtliche Inhalte 74,6 %, pflegefachliche Inhalte 70,8 %, Anpassungsmaßnahmen Wohnsituation 56,9 % - CAVE: dort wurden die Pflegeberaterinnen und -berater befragt) (Wolff et al. 2023, S. 144). Das Weiterbildungsangebot wird durch die Beschäftigten der PSP in Baden-Württemberg überwiegend als ausreichend eingeschätzt. Sie wünschen sich künftig spezifische Fortbildungen zu Apps und digitalen Angeboten im Bereich Pflege, auch zu technischen Neuerungen und Möglichkeiten der Wohnraumausstattung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Reflexionsworkshops sahen diesbezügliche Fortbildungen dagegen teils kritisch, da die dynamische Entwicklung auf dem Markt kontinuierliche Informationen erforderlich macht. Unter anderem deshalb wurde eine Übersicht zu für die Pflegeberatung geeigneten virtuellen Fortbildungs- und Informationsangeboten (z. B. Newsletter mit Informationen zu Neuheiten) inkl. Datenschutzbelangen als wünschenswert genannt. Das könnte einen Überblick über digitale Unterstützungsmöglichkeiten ermöglichen.

Im Rahmen des Reflexionsworkshops wurde angesprochen, dass es in einzelnen PSP schwierig sei, von Vorgesetzten die Genehmigung zur Teilnahme an Weiterbildungen zu bekommen. Es bräuchte, gerade für kleinere PSP, mehr spezifische Fortbildungsangebote für die Pflegeberatung – dies könne zentral für Baden-Württemberg, z. B. von der Geschäftsstelle PSP, organisiert werden. Angemerkt werden muss, dass der Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) diesbezüglich bereits Fortbildungen anbietet und diese Angebote auch kommuniziert, sie in Teilen jedoch als nicht spezifisch genug für die Arbeit der Pflegestützpunkte wahrgenommen werden.

Vier von fünf Beratungen finden im jeweiligen Standort des Pflegestützpunktes statt – das schließt persönliche, telefonische und Beratungen per E-Mail ein. Bei 8,1 % der Beratungen suchten die Beraterinnen und Berater die Klientinnen und Klienten zu Hause auf. 4,0 % der Beratungen fanden in einer Außenstelle bzw. in einer Außensprechstunde statt. Bei 5,7 % der Beratungen arbeiteten die Beschäftigten im Homeoffice. Ein kleiner Anteil der Beratungen fand an einem anderen Ort statt, beispielsweise nach einem Vortrag (3,2 %).

In der Regel haben die Standorte von Montag bis Freitag geöffnet (n = 65, 68 % von 96 Standorten, für die eine Rückmeldung vorlag). Der Stundenumfang variiert zwi-

schen den Pflegestützpunkten bzw. Standorten. Zusätzlich zu den offiziellen Öffnungszeiten sind die Pflegestützpunkte in Teilen dennoch telefonisch erreichbar. Darüber hinaus wurde auch im Reflexionsworkshop bestätigt, dass seit Corona die Kommunikation per E-Mail zugenommen hat.

10,5 % (n = 52) der Nutzerinnen und Nutzer wünschten sich, dass mehr Hausbesuche angeboten würden. Im Reflexionsworkshop wurde berichtet, wenn Kunden Hausbesuche anfragen, würde zunächst ermittelt, ob nicht auch ein Besuch im PSP realisierbar sei, um die knappen personellen Ressourcen der Beraterinnen und Berater bestmöglich einzusetzen. Es gäbe allerdings einzelne Vorgesetzte (z. T. mit fachfremdem beruflichem Hintergrund), die nicht möchten, dass Hausbesuche gemacht werden. Die Beraterinnen und Berater waren sich einig, dass diese Entscheidung im fachlichen Ermessen der Beraterinnen und Berater liegen müsse.

Der Anteil telefonischer Beratungskontakte bzw. „per E-Mail/postalisch“ ist hoch (88 % aller Kontakte 2021 (Corona) und 82 % 2023, Datenbasis Pflichtenheft). Dieser kommt allerdings auch dadurch zustande, dass es oft im Nachgang zu einer persönlichen Beratung im PSP weitere Kontakte – Nachfragen, Informationsweitergabe etc. – gibt, die zumeist telefonisch/per Mail erfolgen.

Die wenigsten Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg verfügen über die technische Ausstattung, die für eine Videotelefonie und damit ein Online-Beratungsangebot erforderlich ist. Nur ein Pflegestützpunkt hat ein Online-Beratungstool und die Möglichkeit für eine Online-Terminreservierung (Stand 2023).

Die Dokumentation erbrachter Beratungsleistungen, ihrer Inhalte und Ergebnisse des Beratungsprozesses stellt ein wesentliches Qualitätskriterium dar (vgl. Büscher et al., 2016, S. 23–26). Mehr als ein Viertel der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg verfügt für die Dokumentation der erbrachten Beratungsleistungen nicht über eine Fachanwendung wie Syncase, Quovero oder CareCM und dokumentiert mit Microsoft Excel sowie ggf. zusätzlich papierbasiert. Wie in der Online-Befragung deutlich wurde, dokumentieren 18,0 % der Standorte teils elektronisch und teils papiergestützt. 11,0 % (n = 11) dokumentieren zwar elektronisch, nutzen aber keine spezielle Software und 4 % erfassen die Beratungen rein papiergestützt, mit einer standardisierten Vorlage. Damit zeigt sich eine große Varianz hinsichtlich der Möglichkeiten und Ausgestaltung der Dokumentation.

Insgesamt nehmen die Pflegeberaterinnen und -berater ihre Arbeitsbelastung als mittel bis (sehr) hoch wahr. Etwas mehr als jeder dritte Beschäftigte (36,0 %, n = 72) gab eine mittlere Arbeitsbelastung an. Etwas mehr als jeder zweite (51,5 %, n = 103) bewertet die Arbeitsbelastung als hoch und ein kleinerer Teil als sehr hoch (6,5 %, n = 13).

6.1.2 Erkenntnisse bzgl. der Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegestützpunkte

Die Aufgaben und Tätigkeiten der Pflegeberaterinnen und -berater umfassen Leistungen, die für einzelne Klientinnen und Klienten erbracht werden (klientenbezo-

gene Tätigkeiten: Information/Auskunft, (§7a SGB XI-)Beratung, Case Management, kundenbezogene Koordinierung, Fallbesprechungen) und Aufgaben ohne einen konkreten Bezug zu einer einzelnen Person (nicht-kundenbezogene Tätigkeiten: z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltung, Fort- und Weiterbildung, Vernetzung).

Nach Angaben der Beraterinnen und Berater sowie aus den Daten der Pflichtenhefte ist ersichtlich, dass Klienten und Klientinnen am häufigsten eine einfache Information bzw. Auskunft wünschen (durchschnittlicher Zeitbedarf, der auch mehrfache Einzelkontakte umfassen kann, 19 min). Die zweithäufigste Kategorie ist die Beratung, die deutlich zeitaufwändiger ist (im Mittel 66 min) und häufig auch mit Folgekontakten (oft telefonisch, per E-Mail) verbunden ist. Eine Beratung nach § 7a SGB XI dauert im Mittel 126 min und findet deutlich seltener statt. Auch Case Management ist selten, in einigen PSP wird es gar nicht dokumentiert (Dauer durchschnittlich 156 min).

Im Reflexionsworkshop wurde diskutiert, dass „echtes Case Management“, wie es von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management definiert werde, in den PSP mit Einschränkungen möglich ist. Herausfordernd ist der damit einhergehende Zeitaufwand und die Komplexität. Außerdem würden Case Management und § 7a-Beratungen nicht klar getrennt. Bzgl. der Durchführung von § 7a-Beratungen wurde berichtet, dass diese nur deshalb selten durchgeführt würden, weil die Dokumentationsanforderungen „sehr hoch“ seien (u. a. weil die Klientinnen und Klienten zuerst eine Schweigepflichtentbindung und Einwilligungserklärung unterschreiben müssten, dies würde auch der Wahrnehmung einer „niedrigschwelligen und neutralen Beratung“ zuwiderlaufen). Dem Versorgungsplan werde nach Ansicht mehrerer Beraterinnen Berater (auch in der Online-Befragung) eine zu große Bedeutung beigemessen: Die Ratsuchenden könnten einen solchen häufig nicht allein umsetzen. Eine einheitliche Vorlage für den Versorgungsplan wurde als sinnvoll und wünschenswert erachtet. Eine solche Vorlage liegt bereits für alle Pflegestützpunkte vor, wird durch die Beraterinnen und Berater allerdings als zu aufwändig empfunden. Eine Beraterin berichtete, dass in ihrem PSP Tablets mit einer digitalen Anwendung zur Verfügung stünden, so dass der Versorgungsplan während des Kundengesprächs ausgefüllt werden könne. Damit habe sie gute Erfahrungen gemacht.

Von allen im Rahmen der Tätigkeitserfassung dokumentierten Tätigkeiten entfallen 71,4 % (bezogen auf die Anzahl) bzw. 46,8 % (bezogen auf den Zeitaufwand) auf **kundenbezogene Leistungen** (vgl. dazu im Detail Abbildung 15 und Abbildung 16, 71 ff.). Über die Hälfte der Tätigkeiten (Anzahl) entfallen auf direkte Kontakte mit den Klientinnen und Klienten in den einzelnen Fallkategorien Auskunft/Einzelinformation (24,6 %), Beratung (30,6 %), Beratung nach § 7a SGB XI (3,7 %) und Case Management (3,1 %). Knapp ein Drittel der kundenbezogenen Tätigkeiten umfasst die Dokumentation und Recherche. Einen kleineren Anteil der kundenbezogenen Tätigkeiten umfassen die kundenbezogene Koordinierung (7,6 %) und die kollegiale Fallberatung (3,7 %). Der Zeitanteil kundenbezogener Tätigkeiten, gemessen an der Gesamtzeit aller Tätigkeiten im PSP, wies auf Ebene der Land-/Stadtkreise eine hohe Varianz auf (zwischen 22,5 % und 74,0 %).

Rund ein Drittel der **nicht-klientenbezogenen Tätigkeiten** (Anzahl) waren im Erhebungszeitraum administrative Tätigkeiten bzw. Verwaltungsaufgaben, gefolgt von der Tätigkeitserfassung im Rahmen dieser Evaluation (24,1 %). Jeweils ein kleinerer Anteil der Arbeit der Beschäftigten in den PSP entfiel auf Vernetzung (11,8 %), Öffentlichkeitsarbeit (11,8 %), Wissensmanagement/Datenbankpflege (9,3 %), die Arbeit in Gremien bzw. Arbeitsgruppen (8,5 %), Fort- und Weiterbildung (3,7 %) und Schulungen für Dritte dar (2,7 %). Der Zeitanteil nicht-klientenbezogener Tätigkeiten, gemessen an der Gesamtzeit aller Tätigkeiten im PSP, lag auf Ebene der Land-/Stadtkreise zwischen 26,0 % und 77,5 %.

Insgesamt gab ein Drittel der Vorgesetzten (36,3 %) an, dass derzeit am Standort des PSP eine **Beratung für spezielle Zielgruppen** angeboten wird, während 63,7 % dies verneinten. Die Pflegeberaterinnen und -berater haben am häufigsten Fort- und Weiterbildungen für folgende Zielgruppen absolviert:

- ◆ Menschen mit demenziellen Erkrankungen (35,4 %) - im bundesweiten Vergleich sind es mit 58,8 % deutlich mehr (Wolff et al., 2023, S. 90),
- ◆ Angehörige pflegebedürftiger Kinder oder Jugendlicher (24,8 %), bundesweit etwas weniger 22,0 % (Wolff et al., 2023, S. 92),
- ◆ Menschen mit Behinderungen (23 %), ähnlich bundesweit 22,5 % (Wolff et al., 2023, S. 93) sowie
- ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen (17,7 %, n = 20), bundesweit lag der Anteil mit 35,5 % knapp doppelt so hoch (Wolff et al., 2023, S. 91).

Seltener haben Beschäftigte in Baden-Württemberg eine spezielle Qualifizierung für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund (12,4 %) – das entspricht dem Anteil bundesweit von 12,6 % (Wolff et al., 2023, S. 84).

Inhaltlich lassen sich die **klientenbezogenen Beratungstätigkeiten** in folgende drei Gruppen clustern:

- ◆ Unterstützung und Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung
- ◆ Vermittlung und Unterstützung in der Organisation der Versorgung
- ◆ Reflexion der Versorgung und kollegiale Beratung

In Bezug auf die „Unterstützung und Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherung“ zeigt sich, dass sehr häufig eine Erläuterung zu Leistungsansprüchen, Auswahlkriterien und Kombinationsmöglichkeiten (83,0 %) erfolgt, gefolgt von der Bereitstellung von Informationsbroschüren zu Sozialversicherungsleistungen (52,0 %). Etwa zwei Drittel der Beraterinnen und Berater geben an, dass sie häufig (60,5 %) oder sogar sehr häufig (31,5 %) aktiv bei der Antragsstellung und -begründung unterstützen. Seltener erfolgt eine Unterstützung der Klientinnen und Klienten bei Konflikten mit den Leistungserbringern oder Kostenträgern oder bei der Formulierung von Widersprüchen.

Im Rahmen der „Vermittlung und Unterstützung in der Organisation der Versorgung“ findet am häufigsten eine Übergabe von Adresslisten der regionalen Dienstleister an die ratsuchenden Personen statt (sehr häufig: 84,5 %; häufig: 14,0 %), gefolgt von der Weitergabe von Kontaktdaten der zuständigen Stellen oder Ansprechpartner (sehr häufig: 65,0 %; häufig: 29,0 %). Eher selten bis nie erfolgt eine Kontaktaufnahme zum Hausarzt (eher selten: 91,0 %), Koordination von Einsätzen unterschiedlicher Dienstleister (eher selten: 81,0 %).

Von den Tätigkeiten zur „Reflexion der Versorgung und kollegialen Beratung“ werden am häufigsten erbracht: kollegiale Beratung (fallbezogen) (sehr häufig: 25,0 %; häufig: 50,0 %) sowie psychosoziale Reflexion mit Pflegebedürftigen/Angehörigen (sehr häufig: 6,0 %; häufig: 37,5 %). Die Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung deuten darauf hin, dass solche Beratungsinhalte im Vergleich insgesamt weniger häufig eine Rolle spielen.

Auf Öffentlichkeitsarbeit entfallen im Mittel 8,2 % der Gesamtarbeitszeit, auf Vernetzungstätigkeiten 4,5 % (Datenbasis Tätigkeitserfassung). Tätigkeiten im Rahmen der **Öffentlichkeitsarbeit** sind vor allem:

- ♦ Flyer und Informationsbroschüren verteilen (99,0 %, n = 101),
- ♦ Vorträge halten, Vortragsreihen organisieren (99,0 %, n = 101) sowie
- ♦ Die persönliche Vorstellung des PSP, z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten (98,0 %, n = 100).

Insgesamt ist ein vielfältiger und scheinbar großflächiger Einsatz von verschiedenen Informationsmaterialien festzustellen. Informationen in anderen Sprachen werden häufiger angeboten (50 %), bundesweit liegt der Anteil nur bei 26,2 % (Wolff et al., 2023, S. 127).

Nach Ansicht der Vorgesetzten sind insb. folgende Maßnahmen geeignet, die Bekanntheit der PSP in der Öffentlichkeit zu erhöhen:

- ♦ Vorträge/Vortragsreihen (stark: 65,7 %, n = 67; deutlich: 34,3 %, n = 35),
- ♦ Verteilung von Flyern und Informationsbroschüren (stark: 56,8 %, n = 63; deutlich: 27,9 %, n = 31) sowie
- ♦ Veröffentlichung von Beiträgen in Presse/Rundfunk/Fernsehen/Internet (stark: 43,1 %, n = 44; deutlich: 34,3 %, n = 40).

Die **Netzwerkarbeit** umfasst vor allem:

- ♦ fallunabhängige Recherchen zu regionalen Angebotsstrukturen (sehr häufig/wöchentlich: 17,5 %, n = 35; häufig/monatlich: 47,0 %, n = 94),
- ♦ Mitarbeit in externen Gremien, Beiräten und Arbeitskreisen/-gruppen (sehr häufig/wöchentlich: 12,0 %, n = 6; häufig/monatlich: 35,5 %, n = 71) sowie
- ♦ Vorstellung des PSP bei potenziellen Netzwerkpartnern (sehr häufig/wöchentlich: 4,0 %, n = 8; häufig/monatlich: 38,5 %, n = 99).

Hingegen beinhalten (persönliche) Vernetzungstätigkeiten selten bis nie die Teilnahme an Fachveranstaltungen (81,5 %, n = 163), die Durchführungen von Vorträgen auf externen Veranstaltungen (72,5 %, n = 145) oder von Veranstaltungen (68,0 %, n = 136).

Die überwiegende Mehrheit der befragten Vorgesetzten (92,1 %, n = 93) gab an, dass die Vernetzung mit anderen Akteuren eher bedarfsorientiert und ohne schriftliche Vereinbarungen erfolgt, während 4,0 % (n = 4) von einer strategischen Vernetzung, mittels schriftlicher vertraglicher Vereinbarungen berichten. 56 % der befragten Beraterinnen und Berater stimmten zu, dass die Vernetzungstätigkeiten durch einen gemeinsamen Fachtag für alle PSP verbessert werden könnten. Dieser fand zuletzt alle zwei Jahre im Wechsel in Präsenz und als Online-Veranstaltung statt.

Mehrheitlich ist die Leitung des PSP auf Kreisebene für das **Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung** verantwortlich (73,5 %, n = 72), während die Leitung des Standortes (1,0 %, n = 1) diese Verantwortung eher selten trägt. 13,3 % (n = 13) der Vorgesetzten gaben an, dass keine explizit benannte Person für QM/QS zuständig ist, während 12,2 % die Antwortkategorie „Andere“ auswählten. Ergänzend ist anzumerken, dass aus allen 44 Stadt- und Landkreisen Personen aus dem PSP am Qualitätszirkel teilnehmen und in diesem Rahmen auch die Weiterleitung von Informationen zum Thema Qualität innehaben. Damit müsste es in jedem Pflegestützpunkt eine zuständige Person geben. Im Rahmen der Digitalisierung erhalten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Qualitätszirkel zudem eine separate Schulung zu ihrer Rolle als Multiplikatorin bzw. Multiplikator.

Regelungen zum QM/zur QS finden sich überwiegend in den PSP-Verträgen: In 41,4 % (n = 46) zu beiden Aspekten und in 31,5 % (n = 35) zur Qualitätssicherung. 16,2 % (n = 18) der Vorgesetzten der PSP gaben an, dass dazu keine Regelungen im PSP-Vertrag zu finden sind und 10 % (n = 11) konnten dazu keine Aussage treffen).

6.1.3 Erkenntnisse zur Bekanntheit, Inanspruchnahme, Qualität und Wirksamkeit der Beratung

Die Bekanntheit des Beratungsangebotes der PSP bei der Zielgruppe (Menschen Pflegeberatungsbedarf) ist Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme. Aber auch die Bekanntheit bei den anderen, an der Versorgung beteiligten Akteuren ist Voraussetzung dafür, dass Ratsuchende von anderen Leistungserbringern entsprechend weitervermittelt werden. Dazu ist es notwendig, dass die anderen Akteure nicht nur das Beratungsangebot an sich kennen (PSP als Stelle zur Pflegeberatung), sondern auch deren Rolle im Versorgungssystem (Beratung bei (drohender) Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI) und das Aufgabenspektrum (z. B. keine Rechtsberatung bei Konflikten mit Dienstleistern).

Etwa drei Viertel der Beschäftigten stimmen (eher) zu, dass die relevanten Akteure für die pflegerische Versorgung und Betreuung (81,0 %, n = 162) sowie für die soziale Versorgung (67,5 %, n = 135) die Rolle und Aufgaben des PSP kennen. Bzgl.

der regionalen Akteure der gesundheitlichen Versorgung gaben 38,5 % (n = 77) der Befragten an, dass diese die Rolle und Aufgaben des PSP eher nicht kennen.

Sehr gut bekannt sind die PSP nach Ansicht der Beschäftigten vor allem bei

- ◆ Kostenträgern der Hilfe zur Pflege (96,5 %, n = 193 Nennungen),
- ◆ Betreuungsbehörden (94,5 %, n = 189),
- ◆ Ambulanten Pflegediensten (93,5 %, n = 187) sowie
- ◆ Anbietern der Altenhilfe, wie Seniorenbüros (93,0 %, n = 186).

Hingegen besteht bei einigen anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren noch deutliches Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Bekanntheit des Beratungsangebots der PSP: bei Heilmittelerbringer wie Physiotherapeutinnen/-therapeuten (23,0 %, n = 46), Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (34,5 %, n = 69), Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund (37,5 %, n = 75) und bei den niedergelassenen Ärzten (44 %, n = 88).

Darüber hinaus beurteilen 59,0 % der Beschäftigten (n = 118 Nennungen) die Bekanntheit der PSP in der Bevölkerung als „eher gut“ bis „sehr gut“, während 35,0 % (n = 82) von einer eher geringen Bekanntheit ausgehen. Die Einschätzung zur eher geringeren Bekanntheit in der Bevölkerung deckt sich mit bundesweiten Erkenntnissen. In der bundesweiten Evaluation bewerteten 35 % der Pflegeberaterinnen und -berater die Bekanntheit des Beratungsangebotes in der Bevölkerung als mäßig und 60 % als eher hoch/hoch (Wolff et al. 2023: S. 111)

Auch bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Reflexionsworkshops herrschte Einigkeit darüber, dass die PSP in der Bevölkerung noch nicht ausreichend bekannt sind. Z. T. fehle es schlicht an Hinweisschildern vor dem Gebäude (z. B. Rathaus), dass dort auch der PSP zu finden ist (z. B. sei in einem Fall lediglich ein Papierschild an der Tür des PSP vorhanden). Ähnlich wie in anderen Bundesländern wurde darauf hingewiesen, dass der Name „Pflegestützpunkte“ häufig mit einem Pflegedienstleister assoziiert würde.

Bzgl. geeigneter Maßnahmen zur Steigerung der Bekanntheit und Sichtbarkeit der PSP wurden folgende Anregungen gegeben:

- ◆ Hinweis auf PSP im örtlichen Amtsblatt (regelmäßig, nicht nur einmal),
- ◆ Schilder/Werbung an Bushaltestellen, auf Bussen oder Autos,
- ◆ Organisation einer „Woche der PSP“ durch die Geschäftsstelle PSP, mit Pressemappe und regionalen Erfolgsgeschichten/Testimonials, auf die einheitlich in Baden-Württemberg in jeder E-Mail-Signatur hingewiesen wird,
- ◆ TV-Werbung komme bei der Zielgruppe sehr gut an (z. B. SWR).
- ◆ Bekanntheit bei Ärzten gering (das gilt auch bundesweit) - in Gesundheits- und Pflegekonferenzen sollte das Beratungsangebot regelmäßig thematisiert werden,

- ◆ mehr Werbung in den sozialen Medien (Facebook, Instagram).

Es könnten auch mobile Beratungsangebote für ländliche Regionen etabliert werden – das Auto könnte dann entsprechende Werbung tragen.

Ergänzend wurde in der Beschäftigtenbefragung untersucht, ob und welche anderen Akteure in der Region mögliche Aufgabenbereiche von PSP abdecken. Von den befragten Beschäftigten gaben insgesamt 62,5 % (n = 125) an, dass dies der Fall ist, während 25,5 % (n = 51) dies verneinten. Diejenigen, die Überschneidungen in Bezug auf die Aufgabenbereiche bei anderen Akteuren in der Region sehen, nannten am häufigsten: Pflegekassen (85,6 %, n = 107), ambulante Pflegedienste (69,6 %, n = 87) sowie Krankenhäuser (58,4 %, n = 73).

Die fünf häufigsten Informationsquellen, dass es in Pflegestützpunkten Beratungsangebote zum Thema Pflege gibt, sind nach Angaben der befragten Nutzerinnen und Nutzer Angehörige, Freunde oder der Nachbarschaft (28,4 %, n = 254), Werbung (nicht von Kranken-/Pflegekasse) z.B. TV, Zeitung, Internet (13,4 %, n = 120), sonstige Informationsquellen (10,7 %, n = 96), die Kranken- oder Pflegekasse (6,8 %, n = 61) sowie eine andere Beratungsstelle (nicht Pflegestützpunkt; 6,8 %, n = 61).

Die Gründe für die Inanspruchnahme der Pflegeberatung sind vielfältig, wie die Befragung der Nutzerinnen und Nutzer zeigte (insgesamt wurden 4.403 Gründe angegeben, 6,7 pro Person). Es ließen sich in absteigender Reihenfolge vier Themenfelder identifizieren, die zur Inanspruchnahme führten:

- ◆ Informationswunsch zur Pflege, Unterstützungsmöglichkeiten und Organisation der Versorgung (n = 1.744),
- ◆ Informationswunsch zu (gesetzlichen) Leistungen zur Pflege (n = 1.153),
- ◆ Eintreten/Veränderung der Pflegesituation (n = 846) sowie
- ◆ Unterstützung bei Anträgen (n = 660).

Neben Fragen zu Leistungsansprüchen haben Ratsuchende häufig auch Unterstützungsbedarf bei der Organisation/Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern, bei der Suche nach einem Pflegedienst/einem Pflegeplatz (Tages-, Kurzzeit- oder Dauerpflege) sowie bei dem Ausfüllen von Formularen und Anträgen der Pflegekassen. Häufig wird auch nach Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige gefragt.

Insgesamt zeigt sich eine überwiegend positive Bewertung der **Beratungsqualität** und -wirkung durch die Beschäftigten. Besonders positiv bewertet werden folgende Aspekte der Qualität und Wirkung der Pflegeberatung:

- ◆ Ratsuchende werden über die Beantragung von Leistungsansprüchen und die Organisation der Versorgung informiert (96,5 %, n = 193),
- ◆ Ratsuchende werden über ihre bestehenden Leistungsansprüche informiert (96,0 %, n = 192),

- ♦ Berücksichtigung von biografischen und kulturellen Besonderheiten in der Beratung der Ratsuchenden (88,0 %, n = 176) sowie
- ♦ Unterstützung der Ratsuchenden bei der Suche nach geeigneten Leistungsanbietern (86,0 %, n = 172).

Hingegen zeigen sich insbesondere in den folgenden Bereichen Optimierungspotenziale:

- ♦ Know-how von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern bzgl. digitaler Angebote zur Unterstützung der Pflegesituation (40,5 %, n = 81),
- ♦ Überprüfung der Umsetzung und ggf. Anpassung des Versorgungsplans (17,0 %, n = 34) und
- ♦ Gemeinsame Erarbeitung der Versorgungsplan mit den Ratsuchenden (15,5 %, n = 31).

Die Befragung der Nutzerinnen und Nutzer belegt, dass die pflegebedürftigen Personen beziehungsweise ihre Angehörigen mit der Beratung im Pflegestützpunkt (sehr) zufrieden sind. 91,5 % (n = 603) gaben an, „voll und ganz“ zufrieden zu sein, 7,3 % (n = 43) waren „eher zufrieden“. Folgende Zustimmungswerte der Nutzerinnen und Nutzer bestätigen das im Detail:

- ♦ infolge der Beratung konnte die Pflege- bzw. Versorgungssituation besser organisiert werden - 84,7 % (n = 558),
- ♦ die meisten Fragen konnten in der Beratung beantwortet werden - 97,7 % (n = 644),
- ♦ den Gesprächen konnte man gut folgen und alles verstehen, was der Berater bzw. die Beraterin erklärt hat - 97,3 % (n = 647),
- ♦ es war genügend Zeit für die Beratung - 98,2 % (n = 647)
- ♦ mein Wissen über Leistungen der Pflegekasse und sonstige Unterstützungsmöglichkeiten infolge der Beratung hat sich verbessert - 91,5 % (n = 603),
- ♦ die Beraterin bzw. der Berater konnten aus Sicht der Befragten, sofern nötig, an die richtigen Anlaufstellen für die jeweiligen Anliegen vermitteln - 91,5 % (n = 603) und
- ♦ wir wussten nach dem Beratungsgespräch, welche Schritte wir als Nächstes einleiten mussten - 94,7 % (n = 624).

6.1.4 Erkenntnisse zur Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit

Der Aspekt der „**Wohnortnähe**“ impliziert auf eine „flächendeckende“ Bereitstellung der Beratungsangebote, d. h. jede und jeder Ratsuchende sollte möglichst in räumlicher und/oder zeitlicher Nähe ein solches Angebot finden. Zusätzlich zur räumlichen oder zeitlichen Entfernung ist eine „gute Erreichbarkeit“ als Kriterium

heranzuziehen – das stellt z. B. auf eine Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr und auf den Umfang der wöchentlichen Öffnungszeiten oder die telefonische Erreichbarkeit ab.

Eine Konkretisierung von „Wohnortnähe“ hat das Verwaltungsgericht Köln mit einer Eilentscheidung vom 18.07.2013 zum Rechtsanspruch auf „wohnortnahe Betreuung“ von Kindern vorgenommen. Demnach könne man im städtischen Bereich (von Köln) bei einer Entfernung von fünf Kilometern zwischen der Kita und dem Wohnsitz des Kindes, nicht mehr von einem wohnortnahen Betreuungsplatz sprechen (Az.: 19 L 877/13).

Ein „wohnortnahes“ Angebot ist demnach

- ♦ mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von 30 Minuten erreichbar und
- ♦ die Entfernung beträgt höchstens fünf Kilometer im städtischen Bereich.

Danach kann aus den Ergebnissen der Untersuchung abgeleitet werden, dass die Standorte der PSP in überwiegender Zahl als wohnortnah zu bewerten sind. Drei Viertel der Pflegeberaterinnen und -berater (n = 147) bewerten die Lage ihres Standortes als zentral und gut erreichbar. Auch die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel wird weit überwiegend (86,0 %) als gut eingeschätzt. Drei Viertel (75,5 %) der Beschäftigten schätzt auch die Parkmöglichkeiten als ausreichend ein. Barrierefreiheit sehen die meisten Pflegeberaterinnen und Berater gegeben (94,5 %).

Gute Erreichbarkeit und kurze Wege sind für die Nutzerinnen und Nutzer der ausschlaggebende Faktor für die Wahl des Beratungsortes – 42 % (n = 363) suchten den Standort des Pflegestützpunkts auf, der am besten zu erreichen war oder zu dem der Weg am kürzesten war. Die Anreise nahm im Mittel 16,5 Minuten in Anspruch. Etwas mehr als jede zweite Nutzerin bzw. jeder zweite Nutzer (54,8 %) brauchte zwischen 10 und 20 Minuten. Auch die Klientinnen und Klienten, die im Rahmen der Tätigkeitserfassung erfasst wurden, bewegten sich mit im Durchschnitt 19 Minuten in diesem zeitlichen Rahmen. Lange Wartezeiten bzw. fehlende terminliche Kapazitäten im favorisierten Standort scheinen kaum eine Rolle zu spielen: Nur 0,8 % (n = 7) der Nutzerinnen/Nutzer mussten deswegen einen anderen Beratungsort aufsuchen.

Wenig überraschend zeichnet sich das Auto/Taxi als das am häufigsten genutzt Transportmittel ab (74,1 %), um zum Pflegestützpunkt zu gelangen. Öffentliche Verkehrsmittel (z. B. Bahn, Bus) spielen mit 5,7 % nur eine untergeordnete Rolle. Dennoch sollte eine gute infrastrukturelle Anbindung des Standortes an den öffentlichen Personennahverkehr auch in der zukünftigen Planung der Pflegestützpunkte geboten sein. Immerhin 13,4 % der Nutzerinnen und Nutzer konnten zu Fuß zum Beratungsangebot gehen und 6,3 % das Fahrrad nutzen.

Förderlich ist im Zusammenhang mit Wohnortnähe auch eine „zentrale Lage“ der Beratungsstelle. Wenn in ihrer Nähe andere, von der Zielgruppe häufig frequentierte Anlaufstellen sind, ist die Wahrscheinlichkeit, dass man Wege verbinden

kann, hoch. Sehr häufig sind, wie die Befragungen ergeben haben, andere Beratungsstellen, das Sozialamt, und das Rathaus in der Nähe. Aber auch Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen und Anlaufstellen der Kranken- und Pflegekassen befinden sich an jedem zweiten Standort in der Nähe.

Im Reflexionsworkshop wurde ebenfalls erläutert, dass Standorte häufig in Rathäusern, Landratsämtern oder auch Gesundheitszentren eröffnet würden (wo sich auch Praxen von ÄrztInnen, Physiotherapieeinrichtungen usw. befinden). Außerdem hätten viele PSP eine Checkliste, was der Standort bieten muss: z. B. Barrierefreiheit, Erreichbarkeit, gute W-LAN-Verbindung usw. Einige PSP beziehen auch die Altersstruktur der Bevölkerung bei der Auswahl der Standorte mit ein. Unterschiedliche Auffassungen gab es zu der Frage, ob der PSP einen Anrufbeantworter haben sollte oder nicht. Mehrheitlich wurde das befürwortet, auch wenn manchmal viele Nachrichten abzuarbeiten seien. Kein Anrufbeantworter wurde als „nicht kundenfreundlich“ gewertet. Hinzu kommt, dass § 5 Abs. 4 des Rahmenvertrages einen Telefonanschluss mit einem Anrufbeantworter für die PSP verpflichtend vorsieht.

Alles in allem sprechen die Erkenntnisse der Untersuchungen dafür, dass das Beratungsangebot der PSP in Baden-Württemberg mehrheitlich als wohnortnah zu bezeichnen ist. Wenn Ratsuchende den PSP nicht selbst aufsuchen können, besteht die Möglichkeit der aufsuchenden Beratung (Hausbesuch). Und nicht zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass ein sehr großer Teil der Kontakte telefonisch oder (zunehmend) via E-Mail erfolgt.

Bedarfsgerechtigkeit ist eine Form der Verteilungsgerechtigkeit. Bedarfsgerechtigkeit ist erreicht, wenn die Verteilung von Ressourcen und Gütern innerhalb einer Gesellschaft den Bedürfnissen der jeweiligen Gesellschaftsmitglieder entspricht (vgl. Werding & Krämer, o. J.).

Bedarfsgerechte Beratungsangebote implizieren, dass es regional möglichst so viele Angebote (gemessen in Beraterstunden oder VZÄ, aber auch bezogen auf die Erreichbarkeit – telefonisch, per E-Mail, Öffnungszeiten der Standorte und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Hausbesuchen) geben sollte, wie die regionale Bevölkerung nachfragt.

Zu berücksichtigen ist, dass ein bedarfsgerechtes Pflegeberatungsangebot nicht allein auf dem Angebot der Pflegestützpunkte fußt, sondern dass die gesamte regionale Beratungsinfrastruktur zu betrachten wäre (Beratung in den Geschäftsstellen der Kranken- und Pflegekassen, in weiteren Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, Kommunen etc. und Beratung durch die Pflegedienste). Beispielsweise wurden 2020 bundesweit die § 7a-Beratungen zu 71,5 % kassenindividuell und zu 28,5 % in PSP erbracht (Wolff et al. 2023). Überschneidungen in Bezug auf die Aufgabenbereiche mit anderen Akteuren in der Region sehen 62,5 % (n = 125) der befragten Beschäftigten in Baden-Württemberg, während 25,5 % (n = 51) dies verneinten.

Der Aussage, dass der Pflegestützpunkt/Standort ein ausreichendes Beratungsangebot für die Bevölkerung des Einzugsgebietes vorhält, stimmten die Vorgesetzten in 17 Kreisen voll und ganz/eher zu. In 10 Kreisen wurde der Aussage nicht/eher nicht zugestimmt. Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit infolge von Personalknappheit in den PSP sehen 38,5 % der Beschäftigten und 37,7 % der befragten Vorgesetzten. Dass die Personalausstattung vor allem nicht für eine umfassende Begleitung der Klientinnen und Klienten in Form eines Case Managements ausreichen würde, wurde von den Vorgesetzten an zweiter Stelle genannt (22,6 %).

Als weitere Herausforderungen nannte ein großer Anteil der Beschäftigten Schwierigkeiten bei der Vermittlung von Dienstleistern aufgrund begrenzter Verfügbarkeit oder zu geringen Kapazitäten (89,0 %, n = 178) sowie datenschutzrechtliche Erschwernisse bei der Weitergabe von Kontakten oder dem Einholen von Informationen (69,0 %, n = 138). Auch 90 % (n = 95) der Vorgesetzten gaben an, dass es im Einzugsgebiet des PSP bzw. der Standorte Versorgungslücken gibt, allem voran in der Kurzzeitpflege. Diese Lücken würden alle Personen mit Pflegebedarf betreffen. Mangelnde Versorgungsangebote beeinträchtigen auch die Bedarfsgerechtigkeit des Beratungsangebotes (eine ausführliche Beratung zu nicht vorhandenen Angeboten kann nicht als bedarfsgerecht angesehen werden), auch dadurch, dass die Beraterinnen und Berater immer mehr Zeit aufwenden müssen, ihre Klientinnen und Klienten bei der Suche nach einem freien Pflegeplatz zu unterstützen.

Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit des Beratungsangebotes könnte auch gegeben sein, wenn die Beraterinnen und Berater keine ausreichenden fachlichen Kompetenzen hätten oder wenn sie für die Ratsuchenden relevante Angebote nicht kennen (und auch nicht an andere Stellen weiterverweisen können). Die fachliche Qualifikation der Beraterinnen und Berater der PSP in Baden-Württemberg entspricht grundsätzlich den Anforderungen, die an Pflegeberater gestellt werden. Einen Hinweis auf mangelnde Kenntnisse bzgl. technischer bzw. digitaler Hilfen für den Pflegealltag ergab die Beschäftigtenbefragung - 60,5 % (n = 121) fühlt sich diesbezüglich zu wenig informiert.

Die hohe Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit den Ergebnissen der Pflegeberatung lässt nicht auf eine grundlegende mangelnde Bedarfsgerechtigkeit des derzeitigen Beratungsangebotes schließen. Nach Einschätzung der Nutzerinnen und Nutzer war es in der Regel auch einfach, einen Beratungstermin zu vereinbaren – nur ein kleiner Teil der Nutzerinnen und Nutzer (7,4 %, n = 36) wünschte sich eine bessere telefonische Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes.

70,8 % (n = 68) der Standorte schöpfen den Orientierungswert von einer Vollzeitstelle pro 60.000 Einwohner voll aus. Pflegestützpunkte, die den Orientierungswert nicht vollständig ausschöpfen gaben u. a. an:

- ◆ Mitarbeiterinnen in Elternzeit zu haben,
- ◆ dass nur eine geringe Differenz bis zur maximalen Ausschöpfung des Orientierungswertes bestehe,
- ◆ eine Erhöhung der VZÄ bereits geplant aber noch nicht umgesetzt ist,

- ◆ Stellen ausgeschrieben werden und noch nicht besetzt sind sowie
- ◆ die weitere Finanzierung nicht geklärt ist.

Der Orientierungswert wird mehrheitlich als nicht angemessen bewertet: 23,8 % (n = 24) gaben an, dass mehr als eine Vollzeitstelle für 60.000 Einwohnerinnen und Einwohner benötigt würde und 51,5 % (n = 52) sind der Auffassung, dass weitere Kriterien für die Personalbemessung berücksichtigt werden sollten (z. B. Altersstruktur der Bevölkerung, Komplexität der Bedarfslagen in der Region). Sofern die Vorgesetzten der Auffassung waren, dass zusätzlich zur Bevölkerungszahl weitere Kriterien gelten sollten, so sind dies hauptsächlich die Raumstruktur (28,5 %, n = 51), die Altersstruktur der Bevölkerung (27,9 %, n = 50) und die Komplexität der Bedarfslagen in der Region (24,0 %, n = 43).

Das von IGES entwickelte Prognosemodell für den Personalbedarf in den PSP bis 2028 berücksichtigt regionale Unterschiede in der Nachfrage der Bevölkerung, indem auf Basis der Primärdatenerhebungen (u. a. zur Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit der aktuellen Personalausstattung) in 40 Kreisen alle Stadt- und Landkreise sog. Fallaufwandskategorien zugeordnet wurden (vgl. Tabelle 3, S. 29). Weiterhin wurden unterschiedliche Raumstrukturen, die Altersstruktur der Bevölkerung sowie das Merkmal Pflegegrad der Ratsuchenden berücksichtigt.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Personalausstattung in einigen Kreisen (14) vorauss. bis 2028 ausreichend ist, während die benötigte Personalausstattung infolge der Bevölkerungsentwicklung in den anderen Kreisen in unterschiedlichem Maße ansteigt. Für ganz Baden-Württemberg erhöht sich danach der Personalbedarf ausgehend von 185,0 VZÄ 2023 um 15,6 (8,4 %) auf 200,7 VZÄ im Jahr 2028.

6.2 Handlungsempfehlungen

In Anbetracht der dargestellten Entwicklungen der PSP in Baden-Württemberg und anhand der Untersuchungsergebnisse wurde eine Reihe von Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Personalausstattung

Eine über alle Stadt- und Landkreise einheitliche Personalbemessungsgröße auf Basis der Einwohnerzahl spiegelt weder die unterschiedlichen regionalen Strukturen (Infrastruktur, Wegstrecken, weitere Beratungsstellen etc.) wider noch ggf. regional unterschiedliche Beratungsbedarfe der Bevölkerung (u. a. aufgrund der Alters- und Familienstrukturen). Daher sollten künftig weitere Parameter in die Ermittlung der regionalen Soll-VZÄ einfließen – dies wurde auch von der Mehrheit der Vorgesetzten befürwortet.

In dem entwickelten Personalbemessungsmodell, das diese Aspekte berücksichtigt, wurde angenommen, dass der zukünftige, regionale Personalbedarf primär von der zukünftigen Entwicklung des regionalen Fallzahlaufkommens und damit von der Bevölkerungsentwicklung (insgesamt und nach Altersgruppen) abhängt. Mit Blick auf die zunehmenden Engpässe bei den Leistungserbringern der Pflege

und Betreuung und die weiteren, vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben der PSP (insb. die (fallunabhängige) Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote, § 7c Abs. 2 SGB XI) sollte geprüft werden,

- ◆ welche konkreten Maßnahmen zu einer besseren regionalen Vernetzung mit dem Ziel einer verbesserten pflegerischen Versorgung beitragen,
- ◆ in welchem Umfang dafür Zeitressourcen benötigt werden und
- ◆ welcher Personenkreis diese Aufgaben am besten übernehmen sollte (alle Beraterinnen und Berater oder nur ausgewählte Personen, Vorgesetzte?).

Wichtig wäre dabei zu differenzieren, ob und inwieweit Vernetzungstätigkeiten in einer Region eher komplementär zur individuellen Beratung anzusehen sind (d. h. notwendig, um Versorgungslücken zu schließen und Versorgungspläne oder ins Auge gefasste Maßnahmen überhaupt realisieren zu können) oder ob sie sogar substitutiv in dem Sinne wirken, dass sie durch die optimierte regionale Kooperation der Leistungserbringer mittel- bis langfristig den Beratungsbedarf der Bevölkerung reduzieren. Letztere Maßnahmen sind nachhaltiger und ihnen könnte eine höhere Priorität bei der Personalbemessung eingeräumt werden.

Dabei ist zu beachten, dass auch diese Tätigkeiten bzw. die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Vernetzung unterschiedlichster Leistungserbringer umzusetzen, regional je nach Ausgangslage und Engagement der weiteren Akteure variieren, und dass pauschale Vorgaben über alle 44 Kreise hinweg kaum zielführend sind.

Um das Personalbedarfsmodell künftig dann mit erweiterten Parametern anpassen zu können, sollte geprüft werden, ob auch z. B. die Vernetzungstätigkeiten entsprechend bei der Dokumentation für das Pflichtenheft (s. u.) berücksichtigt werden sollten (differenziert nach Zeitbedarf und ggf. Wirkung). Da aktuell von einem weitgehend flächendeckenden Beratungsangebot ausgegangen werden kann, sollte vor allem in jenen Stadt- und Landkreisen das Personal weiter aufgestockt werden, für die mit dem von IGES entwickelten Prognosemodell ein Mehrbedarf bis 2028 (im Vergleich zum Ausgangswert 2023) ermittelt wurde.

Zielführend kann darüber hinaus auch die regelhafte Ergänzung der Personalressourcen der Pflegeberaterinnen und -berater um eine sog. „koordinierende“ Stelle (insb. für PSP mit hohem Fallaufkommen, gemessen in Kontakten je VZÄ) sein, deren Tätigkeitsinhalte einheitlich festgelegt werden sollten. Wie die Ergebnisse der Tätigkeitserfassung zeigen, entfällt der höchste Anteil der nicht-klientenbezogenen Tätigkeiten auf Administration und Verwaltung. Solche Tätigkeiten erfordern in der Regel keine fachlichen Qualifikationen, wie sie die Beraterinnen und Berater haben. Werden diese zeitlich entlastet, entstehen mehr Zeitressourcen für klientenbezogene Beratungsleistungen und für die diesbezügliche Dokumentation. Angesichts wachsender Versorgungsengpässe kann es auch eine Aufgabe der koordinierenden Stellen sein, regelmäßig die Leistungserbringer in der Region bzgl. freier Kapazitäten zu kontaktieren bzw. die Beraterinnen und Berater bei der Suche

nach freien Plätzen zu unterstützen. Auch die fallunabhängige Recherche zu regionalen Angebotsstrukturen, die von den Beschäftigten als häufigste Tätigkeit im Rahmen der Vernetzung angegeben wurde, könnte auf eine solche Stelle verlagert werden. Die Empfehlungen zur Personalausstattung und zu den folgenden Punkten beruhen auf dem Ergebnis der Evaluation zum bisherigen Ist-Zustand der Aufgaben und Strukturen der PSP.

Dokumentationssystem

Der Aufbau eines einheitlichen Dokumentationssystems für alle Pflegestützpunkte bzw. das Definieren und Schulen eines einheitlichen Verständnisses der zu erfassenden Beratungsfallkategorien und Tätigkeiten bildet die Basis für die Weiterentwicklung der Qualität der Pflegeberatung. Dies entspricht auch dem Wunsch der Beschäftigten in den Stützpunkten selbst. Die Erkenntnisse aus der Evaluation sollten in den weiteren Verlauf des bereits von der Geschäftsstelle PSP begonnenen Prozesses einfließen. Weiterhin sollten für alle PSP standardisierte Vorlagen, insb. für den Versorgungsplan, aber auch für Schweigepflichtentbindungen, Datenschutzerklärungen etc. zur Verfügung gestellt werden (z. B. über einen passwortgeschützten, internen Downloadbereich auf der Website der PSP). Soweit es bereits Vorlagen gibt, die nicht bekannt sind oder nicht genutzt werden, sollte eruiert werden, wo konkrete Hindernisse liegen und die Vorlagen ggf. angepasst werden.

Bzgl. der Dokumentation der Arbeit der PSP im Rahmen der halbjährlich an die Geschäftsstelle zu meldenden Daten der Pflichtenhefte wird eine Überarbeitung der erfassten Kontaktarten empfohlen, da diese in den einzelnen PSP sehr unterschiedlich gehandhabt werden:

Derzeit werden die direkten Beratungskontakte in vier verschiedenen Kategorien erfasst: Information/Auskunft, Beratung, § 7a-Beratung und Case Management. Da ein Case Management in der Regel mehrere direkte Kontakte über einen längeren Zeitraum umfasst (kurze Informationen/Auskünfte, Beratungen oder auch eine § 7a-Beratung), stellt es keine Kontaktart dar, sondern ist ein „Fallmerkmal“, d. h. eine Klientin/ein Klient mit mehreren (kurzen oder längeren) Beratungskontakten über einen längeren Zeitraum ist ein Case-Management-Fall. Insofern schlägt IGES vor, bei der Anzahl der in einem Zeitraum beratenen Personen (Anzahl Klienten) eine Spalte „darunter mit Case Management“ zu ergänzen. Eine neue Definition des Case Managements wurde von der Kommission PSP bereits festgelegt.

Des Weiteren hatte sich gezeigt, dass es bzgl. des zeitlichen Aufwandes keinen signifikanten Unterschied zwischen „Beratung“ und „§ 7a-Beratung“ gibt. Daher regt IGES an für die Zwecke des Pflichtenhefts auf eine solche Unterscheidung zu verzichten und beides in einer Kategorie zusammenzuführen (zwecks Abrechnung bei den Pflegekassen ist eine getrennte Erfassung der Anzahl der § 7a-Beratungen nach Kassenart allerdings weiterhin erforderlich). Bei den Kontaktarten gäbe es dann noch die zwei Varianten für die direkten Kundenkontakte „Information/Auskunft“ und „Beratung bzw. § 7a-Beratung“ (sowie klientenbezogene Koordination). Das dürfte zur Vereinheitlichung des Verständnisses bei den Beraterinnen und Beratern und damit zur Verbesserung der Datenerfassung beitragen. An dieser

Stelle ist anzumerken, dass die Kommission PSP bzgl. der Definitionen der Beratungsleistungen bereits an einer Vereinheitlichung der Verständnisse arbeitet und Schulungen dazu anbieten wird. Empfohlen wird die von IGES formulierte Kategorisierung in den Überarbeitungsprozessen in Betracht zu ziehen.

Darüber hinaus wird empfohlen, die Kontaktarten künftig jeweils mit drei Zeitaufwandskategorien zu erfassen - z. B. kurze Beratungen (bis 45 Minuten), mittlere (45 bis 90 Minuten) und lange Beratungen (mehr als 90 Minuten).

Weiterhin sollten auch nicht-fallbezogene Vernetzungstätigkeiten (nach entsprechender Definition, siehe Empfehlung zur Personalausstattung) gestaffelt nach Zeitaufwandskategorie und ggf. längerer Reisezeit erfasst werden. Die folgende Abbildung 54 enthält einen konkreten Vorschlag zur Struktur der Datenerfassung im Pflichtenheft, die künftig für die Weiterentwicklung des Personalbedarfsmodells genutzt werden könnte. Die vorgeschlagenen Zeitintervalle basieren auf Erkenntnissen aus den Datenerhebungen.

Dabei muss stets im Blick behalten werden, dass eine passgenaue und qualitativ hochwertige Dokumentation auf ein erforderliches Mindestmaß reduziert bleibt, um den Aufbau unnötiger Bürokratie zu vermeiden und die Ressourcen auf eine bestmögliche Beratungsleistung direkt an den Klienten zu fokussieren.

Abbildung 54: Vorschlag zur Datenerfassung im Rahmen der Pflichtenhefte

Kontaktart bzw. Tätigkeit	Zeitaufwandskategorie	Anzahl Kontakte bzw. Tätigkeiten	Davon mit Reisezeit über 30 min	Davon im Alter					
				bis unter 40 Jahre	40 - 59 Jahre	60 - 79 Jahre	80 - 99 Jahre	Ab 100 Jahre	Unbekannt
Beratung bzw. §7a-Beratung	Kurz (bis 45 Min.)								
	Mittel (45 - 90 Min.)								
	Lang (mehr als 90 Min.)								
Auskunft/Information	Kurz (bis 15 Min.)								
	Mittel (15 - 30 Min.)								
	Lang (mehr als 30 Min.)								
Vernetzung (ggf. unterteilt im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Maßnahmen)	Kurz (bis 30 Min.)								
	Mittel (30 - 60 Min.)								
	Lang (mehr als 60 Min.)								

Quelle: IGES

Vernetzung

Die Aufgabe der PSP, die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ (§ 7c Abs. 2 Nr. 3 SGB XI) zu befördern, hat nach den Aussagen des Gesetzgebers das Ziel, „dass eine abgestimmte und wohnortnahe Versorgung pflegebedürftiger Personen und die Entwicklung

und Umsetzung eines Gesamtkonzeptes der Versorgung pflegebedürftiger und älterer Menschen ermöglicht wird“ (Deutscher Bundestag 2007: 50). Angesichts der Umfrageergebnisse gibt es in diesem Bereich noch deutliche Verbesserungspotenziale. Die Zusammenarbeit mit anderen, an der Versorgung beteiligten Akteuren findet eher einzelfallbezogen statt und basiert mehrheitlich auf mündlichen Absprachen und persönlichen Kontakten. Von verbindlichen, schriftlich fixierten Vereinbarungen zur Zusammenarbeit haben lediglich 4 % der befragten Vorgesetzten berichtet.

Die Potenziale verbindlicher, schriftlich festgehaltener Vereinbarungen zur Zusammenarbeit (z. B. mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und weiteren Leistungserbringern) werden von den Beraterinnen und Beratern immer wieder unterschätzt. Zwar ist es zunächst meist sehr zeitaufwändig, hier zu einem von allen getragenen Konsens zu finden, aber wenn es eine bindende vertragliche Grundlage gibt, auf die man sich unabhängig von persönlichen Kontakten berufen kann, wird die Zusammenarbeit auf mittlere Sicht allen Beteiligten Zeit sparen.

Angesichts immer knapper werdender Versorgungsangebote wird empfohlen, dass die PSP darauf hinwirken, gemeinsam mit den regionalen Akteuren zielgruppenspezifische pflegerische Versorgungspfade erarbeiten (z. B. für Menschen mit Demenz, für alleinlebende Personen mit Pflegebedarf, für Menschen aus anderen Kulturen etc.). Auf dieser Grundlage kann eine klare Aufgabenteilung unter den regionalen Akteuren mit festen Ansprechpartnern vereinbart werden. Der PSP könnte koordinierende Aufgaben übernehmen (die u. a. von den koordinierenden Stellen umgesetzt werden).

Ebenso zu empfehlen ist eine nachhaltige Vernetzung der PSP mit der Altenhilfe-fachberatung und Sozialplanung in den Kreisen sowie mit den regionalen Pflege- und Gesundheitskonferenzen, um das Wissen der Pflegeberaterinnen und -berater zu regionalen Versorgungsstrukturen, aktuellen Verfügbarkeiten und Engpässen einbeziehen zu können.

Um die Aktivitäten zur regionalen Vernetzung systematischer und strategischer auszurichten, wird empfohlen, hierfür in jedem PSP eine verantwortliche Person zu benennen (z. B. die Leitung des PSP) und für diese Aufgaben einen Stellenanteil einzuplanen.

Bekanntheit der PSP

Da der Name „Pflegestützpunkt“ im § 7c SGB XI steht und seit 2008 bundesweit genutzt wird, ist eine Umbenennung nicht möglich. Empfohlen wird deshalb, das Logo um den Claim „Gut beraten im“ zu ergänzen, damit ersichtlich ist, dass dort Beratung angeboten wird (zur Illustration siehe folgende Abbildung 55).

Abbildung 55: Vorschlag für Erweiterung des Logos der PSP (nur zur Illustration)



Quelle: IGES

Zur weiteren Bekanntmachung der PSP sollten weiterhin verstärkt die potenziellen „Zuweiser“, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Beratungsstellen für Menschen mit Migrationshintergrund, etc., gezielt angesprochen werden. Zur weiteren Bekanntmachung in der Öffentlichkeit sind, wie im Reflexionsworkshop vorgeschlagen, regionale Anzeigen in den Amtsblättern zielführend, da diese von den meisten Bürgerinnen und Bürgern gelesen werden. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass eine landesweite Kampagne im Fernsehen eine höhere Aufmerksamkeit für alle PSP bewirken kann als viele regionale Einzelmaßnahmen. Erfolgsversprechend wird auch die Anregung aus dem Reflexionsworkshop, eine „Woche der Pflegestützpunkte“ mit gezielter, regional angepasster Pressearbeit zu veranstalten (siehe Kapitel 6.1.3), eingeschätzt. Und nicht zuletzt sollte an allen Standorten der Pflegestützpunkte auch entsprechende Hinweisschilder im öffentlichen Raum angebracht werden, damit „Laufpublikum“ auf das Beratungsangebot aufmerksam gemacht wird und Ratsuchende mit Terminvereinbarung den Weg zur Beratungsstelle besser finden.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung der Arbeit der PSP sollte weiter vorangetrieben und vereinheitlicht werden (z. T. erfolgt das bereits im Rahmen der Aktivitäten der AG Qualitätszirkel). In allen PSP sollte es klare Verantwortlichkeiten für das Thema Qualitätssicherung geben - 13,3 % (n = 13) der Vorgesetzten gaben in der Online-Befragung an, dass keine explizit benannte Person dafür zuständig sei, obwohl aus jedem der Kreise Vertreterinnen und Vertreter am Qualitätszirkel teilnehmen und die Informationsweiterleitung innehaben.

Nachholbedarf besteht in einigen PSP, wie aus den Antworten zu den umgesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen hervorgeht, im Qualitätsbereich 2 „Theoretische und konzeptionelle Fundierung“ des von Büscher et al. entwickelten Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege. Für die Erarbeitung von Konzepten für die Beratung kann man sich gut an den dort aufgelisteten Punkten, die Bestandteil eines solchen Konzeptes sein sollten, orientieren (Büscher et al., 2016, S. 26). Das Konzept sollte Aussagen zu folgenden Aspekten beinhalten:

- ◆ verwendete theoretischen Grundlagen
- ◆ zugrundeliegendes Menschenbild, ethische Haltung
- ◆ Intention der Beratung
- ◆ ggf. gesetzlicher Anlass der Beratung
- ◆ Inhalte der Beratung
- ◆ Gestaltung des Beratungsprozesses
- ◆ wie sichergestellt wird, dass das theoretische Konzept systematisch angewendet wird
- ◆ wie eine vertrauensvolle und partnerschaftliche Beziehung zu den Ratsuchenden aufgebaut wird
- ◆ wie die Perspektive der Ratsuchenden einbezogen wird
- ◆ Anwendung von Datenschutzregelungen
- ◆ wie Kooperation und Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern erfolgt
- ◆ welcher Beitrag zur örtlichen Beratungsinfrastruktur geleistet wird und
- ◆ wie zur allgemeinen Bekanntheit des Beratungsangebotes beigetragen wird.

Ein Instrument der Qualitätssicherung und Personalentwicklung ist auch die Supervision. In der Befragung der Vorgesetzten gaben knapp 30 % an, den Beraterinnen und Beratern keine Supervision anzubieten. In den Freitexten zu Wünschen der Beschäftigten, wurde eine Supervision bzgl. des Umgangs mit schwierigen Kunden zweimal genannt. „Supervision dient dazu, die berufliche Wirklichkeit und professionelles Handeln zu reflektieren und weiterzuentwickeln, das heißt aufgrund veränderter Umwelthanforderungen neue und adäquatere Lösungen zu entwerfen und dabei die professionelle Kompetenz, die Kundenbeziehungen, die Qualität der Arbeitsprozesse und die organisatorischen Kontextbedingungen zu verstehen, zu erweitern und zu verbessern.“ (Hauser, o. J.). Supervision sollte daher allen Beraterinnen und Beratern der PSP angeboten werden.

Digitalisierung

Im Zuge der weiteren Digitalisierung der Gesundheitsversorgung sollten auch die in kommunaler Trägerschaft betriebenen PSP an die Telematikinfrastruktur angebunden werden, um die Informationsflüsse zwischen Kranken- und Pflegekassen und den PSP zu erleichtern.

Auch erscheint ein Ausbau der Infrastruktur für die Durchführung von Videoberatungen in Baden-Württemberg erforderlich zu sein. Als gutes Praxisbeispiel kann hier das Land Berlin genannt werden: Bis auf wenige Ausnahmen bieten alle PSP in Berlin Videoberatung an. In den PSP beraten häufig zusätzlich kommunale Berater zum Thema Wohnraumanpassung, in dem auch die Beratung zu digital gestütz-

ten Pflegehilfsmitteln eine Rolle spielt. Zudem gibt es in Berlin eine zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um das Thema Digitalisierung in der Pflege: Leben – Pflege – Digital, Kompetenzzentrum Pflege 4.0.⁶ Diese Anlaufstelle wird aus Mitteln der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) im Rahmen der Initiative Pflege 4.0 – Made in Berlin gefördert. Das Portal stellt u. a. explizit für die Gruppe der beruflich Beratenden Praxisbeispiele aus einer Beratungssituation im PSP dar. Zudem liefert das Portal Informationen in unterschiedlichen Sprachen zu verschiedenen (technischen/digitalen) Produkten in der Häuslichkeit und veranschaulicht anhand verschiedener virtueller Musterwohnungen die Anwendung dieser Produkte. Ein Showroom ermöglicht auch die Produkte analog zu erleben (Wolff et al. 2023)

Eine ähnliche Institution gibt mit dem Landeskompetenzzentrum Pflege & Digitalisierung in Baden-Württemberg.⁷ Das dort verfügbare Know-how sollte künftig systematisch für die Beraterinnen und Berater der PSP verfügbar gemacht werden (z. B. über regelmäßige gemeinsame Veranstaltungen, „Technik-Newsletter“ o. ä.).

Als Anregung für die flächendeckende Versorgung in dünn besiedelten Regionen wird auf das Modellvorhaben „Digitaler Bürgerservice LISA“ des Landkreises Uckermark zur Verbesserung der Pflegeberatung im ländlichen Raum verwiesen. In diesem werden mittels Videoberatungs- und Servicekabinen dezentral in fünf Partnerkommunen verschiedene Beratungs-, Sozial- und Versorgungsdienstleistungen des Sozialamtes Uckermark, des PSP Uckermark und der AOK Nordost angeboten (Wolff et al. 2023).

⁶ Vgl. <https://www.lebenpflegedigital.de/> [Abruf am 31.05.2024].

⁷ Siehe <https://www.pflegedigital-bw.de/de/> [Abruf am 31.05.2024].

7. Anhang

A1 Informations- und Begleitschreiben zur Studie



Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Information zum Forschungsvorhaben „Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg“

Pflegestützpunkte stellen ein wichtiges Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen dar. Seit Inkrafttreten des „Rahmenvertrags zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte“ im Jahr 2018 gab es eine dynamische Entwicklung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg. Die Begleitung dieses Prozesses obliegt der Kommission Pflegestützpunkte, die die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Bevölkerung durch die Arbeit der Pflegestützpunkte sicherstellt.

Die Kommission Pflegestützpunkte, vertreten durch die AOK Baden-Württemberg, hat das IGES Institut im Mai 2023 mit einem Forschungsvorhaben zur Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg beauftragt. Ziel ist es, das Versorgungsgeschehen weiterzuentwickeln, die Arbeit aller Pflegestützpunkte zu vereinheitlichen, die Steigerung der regionalen Bedarfsgerechtigkeit zu unterstützen sowie die Beratungsqualität weiter zu optimieren. Darüber hinaus sollen festgelegte Orientierungsgrößen zum Personaleinsatz in den Pflegestützpunkten überprüft und die Begriffe Wohnortnähe und Bedarfsgerechtigkeit einheitlich definiert werden.

Das Forschungsdesign ist vielfältig und umfasst unter anderem Fokusgruppenworkshops mit Mitarbeitenden der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg, eine zweiwöchige Erfassung des Leistungsgeschehens in den Pflegestützpunkten und Befragungen von Mitarbeitenden sowie von Nutzerinnen und Nutzern – Einzelheiten dazu enthält die Übersicht auf der folgenden Seite.

Hinweis: In der Datenerhebung werden u. a. auch Zeitaufwände für bestimmte Tätigkeiten erfasst. Diese dienen der Ermittlung der unterschiedlichen kundenbezogenen Beratungsbedarfe. Es erfolgt weder eine Auswertung auf Ebene eines einzelnen Mitarbeitenden, noch ein Abgleich der Arbeitszeit mit den Zeitaufwänden für einzelne Tätigkeiten. Die Geschäftsstelle Pflegestützpunkte und der Auftraggeber bekommen keinen Zugang zu den erhobenen Daten. Die erhobenen Daten werden ausschließlich kundenbezogen und aggregiert ausgewertet und berichtet.

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter folgenden Kontaktdaten:

- Dr. Grit Braeseke (Projektleitung)
grit.braeseke@iges.com; Telefon: 030 230 809 958
- Ulrike Pörschmann-Schreiber (wiss. Mitarbeiterin)
ulrike.poerschmann-schreiber@iges.com; Telefon: 030 230 809 213



Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Die Kommission und die Geschäftsstelle der Pflegestützpunkte danken Ihnen bereits heute schon für Ihre Mithilfe und Unterstützung bei der Evaluation! Durch Ihr Einbringen und Ihre Erfahrungen als Experten vor Ort wird dieses Projekt gut gelingen und uns hilfreiche Ergebnisse liefern. So können wir gemeinsam bestehende Strukturen überprüfen und die Rahmenbedingungen anpassen und verbessern.

Mit herzlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Kußmaul".

Martina Kußmaul

Städtetag

Vorsitzende der Kommission

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Karin Gaiser".

Karin Gaiser

AOK Baden-Württemberg

stlv. Vorsitzende der Kommission

Kurzinformation: Studie zur Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg 2023/2024**Zweck der Studie**

Mit der Studie wird das Ziel verfolgt, zielgerichtete Maßnahmen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Arbeit der Pflegestützpunkte abzuleiten. Dazu wird eine umfassende Evaluation aller Pflegestützpunkte durchgeführt.

Ablauf der Studie

Die Studie hat im Mai 2023 begonnen und läuft bis Juni 2024. Der Abbildung können Sie den geplanten zeitlichen Ablauf und die jeweiligen Beteiligten (exkl. Recherchetätigkeiten, Management, Organisation der IGES Institut GmbH) entnehmen.



A2 Online-Befragung der Vorgesetzten

Hinweis: Version mit Programmierhinweisen

Startseite

Herzlich Willkommen zur Online-Befragung im Rahmen der Evaluation der Arbeit der
Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg!

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Kommission Pflegestützpunkte, vertreten durch die AOK Baden-Württemberg, hat das IGES Institut im Mai 2023 mit einem Forschungsvorhaben zur Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg beauftragt. Die Studie wird im Zeitraum von Mai 2023 bis Juni 2024 durchgeführt. Das Ziel der Evaluation wird durch die Vorgaben gemäß § 12 Abs. 1 des Rahmenvertrages bestimmt. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens und der Qualitätsentwicklung sollen dabei Erkenntnisse zur

- (1) Arbeit der Pflegestützpunkte (auch in Bezug auf Umfang und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in den Pflegestützpunkten),
- (2) erforderlichen Anzahl an Beschäftigten innerhalb der Pflegestützpunkte,
- (3) grundsätzlichen Orientierungsgröße sowie
- (4) zu den Zielgrößen „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ gewonnen werden.

Das Forschungsdesign ist vielfältig und umfasst unter anderem Fokusgruppenworkshops mit Beschäftigten der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg, eine zehntägige Erfassung des Leistungsgeschehens in den Pflegestützpunkten und Befragungen von Beschäftigten (online) sowie von Nutzerinnen und Nutzern (papierbasiert).

Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig** – genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der untenstehenden Datenschutzerklärung. Bitte beachten Sie, dass wir bei der Evaluation der Rahmenbedingungen auf Ihre Unterstützung angewiesen sind. Nur durch eine Vielzahl an beteiligten Standorten und Pflegestützpunkten sind wir am Ende in der Lage über valide Zahlen und Ergebnisse zu verfügen, um so zu weiterführenden Maßnahmen gelangen zu können.

Die Beantwortung dieser Online-Befragung sollte möglichst durch Personen erfolgen, die als vorgesetzte Stellen in den Pflegestützpunkten verantwortlich sind.

Die Datenerfassung und die Auswertung der Ergebnisse erfolgt ausschließlich durch IGES unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen. Es werden keine Informationen erhoben, aus denen bei IGES ein Rückschluss auf einzelne Beschäftigte möglich wäre. Die Ergebnisse werden in aggregierter Form dargestellt. Es werden keinerlei personenbezogene Auswertungen vorgenommen oder berichtet.

Bitte beantworten Sie die Befragung einmal pro Standort/Außenstelle.

Sie können die Befragung durch einen Klick auf den grünen Button beginnen. Sobald Sie die Befragung begonnen haben, wird Ihnen unten in der Fußzeile ein Code (sog. Token) aus Buchstaben-Zahlen-Kombination angezeigt. Bitte notieren Sie sich den Code. Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und mit Hilfe des Zugangscode zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen.

Eine Teilnahme an der Befragung ist vom 07.08.2023 bis 18.09.2023 möglich.

Kontakt bei Rückfragen: evaluation-pflegestuetzpunkte@iges.com

Einleitung

Im Rahmenvertrag zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI in Baden-Württemberg (2018) ist eine Evaluation der Pflegestützpunkte vorgesehen.

Im Rahmen dieser Evaluation werden alle Pflegestützpunkte von Baden-Württemberg befragt. Wir möchten dabei von Ihnen mehr über die Strukturen, Prozesse sowie die Netzwerkarbeit erfahren.

Die Beantwortung des Fragebogens wird in etwa 45 - 60 Minuten in Anspruch nehmen und umfasst die folgenden Themenbereiche:

1. Allgemeine Angaben zum jeweiligen Standort/zur jeweiligen Außenstelle des Pflegestützpunktes
2. Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung
3. regionale Versorgungssituation und Orientierungsgröße
4. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung
5. Abschluss

Bitte beantworten Sie die Befragung einmal pro Standort/Außenstelle. Mit Ausnahme der allgemeinen Angaben zum jeweiligen Standort/Außenstelle können Sie die restlichen Themenbereiche überspringen, wenn die Angaben zwischen den Standorten identisch sind. Sie können eine Befragung auch beginnen und die Befragung dann an eine andere Person weiterleiten. Dazu müssten Sie nur den Code mit angeben, der Ihnen nach Beginn der Befragung unten in der Fußzeile angezeigt wird.

Die Ergebnisse werden Bestandteil eines wissenschaftlich fundierten Berichts an die Kommission Pflegestützpunkte (vertreten durch die AOK Baden-Württemberg) über die durchgeführte Evaluation. Die in § 12 des Rahmenvertrags zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte berücksichtigte Finanzierungsform der Pflegestützpunkte ist nicht Gegenstand der Evaluation.

Hinweis: Die erhobenen Daten werden ausschließlich aggregiert ausgewertet und berichtet. Die Geschäftsstelle Pflegestützpunkte und der Auftraggeber bekommen keinen Zugang zu den erhobenen Daten.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um unsere Fragen zu beantworten!

Allgemeine Angaben zum Pflegestützpunkt und Personal

	Wir bitten Sie, zunächst einige allgemeine Angaben zum Pflegestützpunkt, ggf. einem spezifischen Standort und dem Personal zu machen. Ein Standort/eine Außenstelle ist wie folgt definiert: Ein regelmäßiges Vorhalten von mind. 1 Pflegestützpunkt-Beschäftigten in einem Pflegestützpunktbüro. Bitte beachten Sie, dass Außensprechstunden in dieser Befragung nicht abgebildet werden. Diese sind Teil einer Online-Befragung von Beschäftigten in den Pflegestützpunkten.								
A1	In welchem Land-/Stadtkreis befindet sich der Pflegestützpunkt, für den Sie verantwortlich sind? <i>Einfachauswahl</i> <i>Drop-down der 44 Stadt-/Landkreise</i>								
A2	<i>Wenn der in A1 ausgewählte Kreis über mehrere Standorte/Außenstellen verfügt</i> Für welchen Standort/welche Außenstelle wird dieser Fragebogen ausgefüllt? <i>Hinweis: Ein Standort/eine Außenstelle ist wie folgt definiert: Ein regelmäßiges Vorhalten von mind. 1 Pflegestützpunkt-Beschäftigten in einem Pflegestützpunktbüro.</i> <i>Einfachauswahl</i> <i>Drop-down der jeweiligen Standorte + Anderer</i>								
A2_1	<i>Wenn A2 = „Anderer“</i> Für welchen anderen Standort füllen Sie diesen Fragebogen aus? Standort/Außenstelle: _____ <i>(Freitext)</i>								
A3	Wie viele Personen waren zum Stichtag 01.07.2023 in diesem Standort/Außenstelle tätig? <i>Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie hier ausschließlich jene Personen, die auf Basis des Pflegestützpunktvertrages tätig sind.</i> <i>Anzahl sonstige Beschäftigte optional, alphanumerisch</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Personen-anzahl</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Vollzeit</td><td>_____ <i>(Freitext)</i></td></tr> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Teilzeit</td><td>_____ <i>(Freitext)</i></td></tr> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Vollzeit</td><td>_____ <i>(Freitext)</i></td></tr> </tbody> </table>		Personen-anzahl	Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Vollzeit	_____ <i>(Freitext)</i>	Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Teilzeit	_____ <i>(Freitext)</i>	Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Vollzeit	_____ <i>(Freitext)</i>
	Personen-anzahl								
Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Vollzeit	_____ <i>(Freitext)</i>								
Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Teilzeit	_____ <i>(Freitext)</i>								
Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Vollzeit	_____ <i>(Freitext)</i>								

	Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Teilzeit	_____ (Freitext)														
	sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Vollzeit	_____ (Freitext)														
	sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Teilzeit	_____ (Freitext)														
A4	Weicht die IST- von der SOLL-Besetzung ab? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Das kann ich nicht beantworten, weil die SOLL-Besetzung für mehrere Standorte gilt. ◆ Das kann ich nicht beantworten.															
A4_1	<i>Wenn A4 = „Ja“</i> Wie viele Personen <u>sollten</u> zum Stichtag 01.07.2023 an diesem Standort/Außenstelle tätig sein? <i>Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie hier ausschließlich jene Personen, die auf Basis des Pflegestützpunktvertrages tätig sind.</i> <i>Anzahl sonstige Beschäftigte optional, alphanumerisch</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Personenanzahl</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Vollzeit</td><td>_____ (Freitext)</td></tr> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Teilzeit</td><td>_____ (Freitext)</td></tr> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Vollzeit</td><td>_____ (Freitext)</td></tr> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Teilzeit</td><td>_____ (Freitext)</td></tr> <tr> <td>sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Vollzeit</td><td>_____ (Freitext)</td></tr> <tr> <td>sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Teilzeit</td><td>_____ (Freitext)</td></tr> </tbody> </table>			Personenanzahl	Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Vollzeit	_____ (Freitext)	Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Teilzeit	_____ (Freitext)	Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Vollzeit	_____ (Freitext)	Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Teilzeit	_____ (Freitext)	sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Vollzeit	_____ (Freitext)	sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Teilzeit	_____ (Freitext)
	Personenanzahl															
Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Vollzeit	_____ (Freitext)															
Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI in Teilzeit	_____ (Freitext)															
Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Vollzeit	_____ (Freitext)															
Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI in Teilzeit	_____ (Freitext)															
sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Vollzeit	_____ (Freitext)															
sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden in Teilzeit	_____ (Freitext)															
A5	Bitte geben Sie den Arbeitszeitumfang für <u>alle</u> Beschäftigten des Standortes/der Außenstelle zum Stichtag 01.07.2023 in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) an. <i>VZÄ sonstige Beschäftigte optional, alphanumerisch</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>VZÄ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI</td><td>_____ (Freitext)</td></tr> </tbody> </table>			VZÄ	Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI	_____ (Freitext)										
	VZÄ															
Pflegeberaterinnen und -berater ohne bzw. ohne abgeschlossene Weiterbildung nach § 7a SGB XI	_____ (Freitext)															

	Pflegeberaterinnen und -berater mit Weiterbildung nach §7a SGB XI _____ (Freitext)
	sonstige Beschäftigte (z. B. koordinierende Stellen), nur sofern diese nicht bereits angegeben wurden _____ (Freitext)
A6	Bitte benennen Sie Stellenbezeichnung der sonstigen Beschäftigten in Ihrem Standort/Ihrer Außenstelle. <i>Hinweis: Wenn in Ihrem Standort/Ihrer Außenstelle keine sonstigen Beschäftigten tätig sind, können Sie diese Frage überspringen.</i> _____ (Freitext)
A7	Gibt es in Ihrem Pflegestützpunkt eine koordinierende Stelle? ◆ Ja ◆ Nein
A8	<i>Wenn A7 = „Ja“</i> Welcher Stellenumfang ist für die koordinierende Stelle in Ihrem Pflegestützpunkt in VZÄ vorgesehen? <i>Hinweis: Sie können die VZÄ (inkl. Nachkommastellen) beim Anklicken der Antwort eintragen.</i> ◆ Der Stellenumfang für die koordinierende Stelle beträgt _____ VZÄ für koordinierende Tätigkeiten ◆ Für die Koordination ist kein spezieller Stellenumfang vorgesehen.
A9	Ist die aktuelle Personalausstattung an diesem Standort derzeit Ihrer Einschätzung nach gemessen an der regionalen Nachfrage ausreichend? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja, derzeit und auch perspektivisch ausreichend. ◆ Ja, derzeit ausreichend, aber Mehrbedarf bereits absehbar. ◆ Nein, derzeit nicht ausreichend, weil _____ (Freitext)
A10	Gibt es für Ihren Pflegestützpunkt zusätzliche Ressourcen, die durch die Kommune zur Verfügung gestellt werden (z. B. für die Beratung, Koordination o. Ä.)? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein Keine Angabe
A10_1	Bitte beschreiben Sie kurz, um was es sich dabei für Ressourcen handelt: _____ (Freitext)
A11	Bieten Sie derzeit an diesem Standort Beratung für spezielle Zielgruppen an?

	<i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein
A11_1	<i>Wenn A11 = „Ja“</i> Für welche der folgenden speziellen Zielgruppen bieten Sie an diesem Standort Pflegeberatung an? <i>Mehrfachauswahl, „keine Angabe“ exklusiv</i> ◆ Menschen mit demenziellen Erkrankungen (oder Angehörige) ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen (oder Angehörige) ◆ Angehörige pflegebedürftiger Kinder oder Jugendlicher ◆ Menschen mit Migrationshintergrund (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit Behinderung (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit onkologischen und/oder palliativen Versorgungsbedarfen (oder deren Angehörige) ◆ Andere, und zwar: _____ (<i>Freitext</i>) ◆ Keine Angabe
A11_2	<i>Wenn A11 = „Ja“</i> Für welche der Personengruppen haben Ihre Beschäftigten spezielle Fort- und Weiterbildungen? <i>Mehrfachauswahl, „Die Beschäftigten haben keine speziellen Fort- und Weiterbildungen für besondere Personengruppen.“ Und „keine Angabe“ exklusiv</i> ◆ Menschen mit demenziellen Erkrankungen (oder Angehörige) ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen (oder Angehörige) ◆ Angehörige pflegebedürftiger Kinder oder Jugendlicher ◆ Menschen mit Migrationshintergrund (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit Behinderung (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit onkologischen und/oder palliativen Versorgungsbedarfen (oder deren Angehörige) ◆ Andere, und zwar: _____ (<i>Freitext</i>) ◆ Die Beschäftigten haben keine speziellen Fort- und Weiterbildungen für besondere Personengruppen. ◆ Keine Angabe
A12	Wie viele der Personen haben eine Ausbildung zur Case Managerin bzw. zum Case Manager mit Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)?

	<i>Hinweis: Bitte zählen Sie bei der Angabe der Anzahl von Personen auch die hinzu, die sich derzeit in Ausbildung zur Case Managerin bzw. zum Case Manager bei der DGCC befinden.</i> <i>Einfachauswahl</i> ◆ _____ Personen <i>(Freitext numerisch 2 Stellen ohne Komma)</i> ◆ Keine Person hat eine Ausbildung zur Case Managerin bzw. zum Case Manager mit Zertifikat der DGCC.
--	--

Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung

	Im folgenden Abschnitt möchten wir gerne mehr über die Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzungstätigkeit an diesem Standort erfahren.
C1	Wer führt für Ihren Pflegestützpunkt/Standort die Öffentlichkeitsarbeit durch? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Kommunale Behörde (Landratsamt/Sozialamt etc.) ◆ Pflegestützpunkt (zentral für alle Standorte, <i>falls vorhanden</i>) ◆ (<i>falls vorhanden</i>) der jeweilige Standort ◆ Anderes, und zwar: _____ <i>(Freitext optional)</i>
C1_1	<i>Wenn C1 = „Pflegestützpunkt (zentral für alle Standorte, falls vorhanden)“</i> Welcher Beschäftigte führt die Öffentlichkeitsarbeit durch? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Koordinierende Stelle ◆ Pflegeberaterinnen/-berater ◆ Andere, und zwar _____ <i>(Freitext optional)</i>
C2	Haben Sie für einen anderen Standort/eine Außenstelle bereits Fragen zu Mitteln der Öffentlichkeitsarbeit beantwortet? ◆ Ja ◆ Nein
C2_1	<i>Wenn C2 = „ja“</i> Wenn die Angaben zu Mitteln der Öffentlichkeitsarbeit für alle Standorte des Land-/Stadtkreises identisch sind, dann können Sie diesen Frageteil überspringen. Möchten Sie diesen Frageteil überspringen? ◆ Ja <i>(Wenn ja, weiter bei C6)</i> ◆ Nein

C3	Bitte schätzen Sie ein, wie wirksam folgende Mittel der Öffentlichkeitsarbeit Ihrer Meinung nach die Bekanntheit des Beratungsangebots erhöhen. <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th><i>Gar nicht</i></th><th><i>Etwas</i></th><th><i>Deutlich</i></th><th><i>Stark</i></th><th><i>Keine Angabe</i></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Informationsveranstaltungen/Stände auf Konferenzen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren (z. B. in der Bevölkerung, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, bei Krankenhäusern, bei Pflegediensten, bei Beratungsstellen, bei weiteren relevanten Akteuren)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>eigene Website des Pflegestützpunktes im Internet</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Anbringen von Werbung im öffentlichen Raum (z. B. Plakate, Werbung in öffentlichen Verkehrsmitteln)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Persönliches Vorstellen (z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, bei Krankenhäusern, bei Pflegediensten, bei Beratungsstellen, bei weiteren relevanten Akteuren)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Veröffentlichung von Beiträgen in Presse/Rundfunk/Fernsehen/Internet</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Vorträge/Vortragsreihen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>		<i>Gar nicht</i>	<i>Etwas</i>	<i>Deutlich</i>	<i>Stark</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>Informationsveranstaltungen/Stände auf Konferenzen</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren (z. B. in der Bevölkerung, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, bei Krankenhäusern, bei Pflegediensten, bei Beratungsstellen, bei weiteren relevanten Akteuren)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>eigene Website des Pflegestützpunktes im Internet</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Anbringen von Werbung im öffentlichen Raum (z. B. Plakate, Werbung in öffentlichen Verkehrsmitteln)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Persönliches Vorstellen (z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, bei Krankenhäusern, bei Pflegediensten, bei Beratungsstellen, bei weiteren relevanten Akteuren)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Veröffentlichung von Beiträgen in Presse/Rundfunk/Fernsehen/Internet</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Vorträge/Vortragsreihen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Gar nicht</i>	<i>Etwas</i>	<i>Deutlich</i>	<i>Stark</i>	<i>Keine Angabe</i>																																												
<i>Informationsveranstaltungen/Stände auf Konferenzen</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																												
<i>Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren (z. B. in der Bevölkerung, bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, bei Krankenhäusern, bei Pflegediensten, bei Beratungsstellen, bei weiteren relevanten Akteuren)</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																												
<i>eigene Website des Pflegestützpunktes im Internet</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																												
<i>Anbringen von Werbung im öffentlichen Raum (z. B. Plakate, Werbung in öffentlichen Verkehrsmitteln)</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																												
<i>Persönliches Vorstellen (z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, bei Krankenhäusern, bei Pflegediensten, bei Beratungsstellen, bei weiteren relevanten Akteuren)</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																												
<i>Veröffentlichung von Beiträgen in Presse/Rundfunk/Fernsehen/Internet</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																												
<i>Vorträge/Vortragsreihen</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																												
C4	Welche der folgenden Mittel der Öffentlichkeitsarbeit werden am Standort genutzt, um das Beratungsangebot in der Öffentlichkeit und bei relevanten Akteuren bekannt zu machen? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Informationsveranstaltungen/Stände auf Konferenzen ◆ Verteilen von Flyern und Informationsbroschüren (z. B. in der Bevölkerung, bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, anderen Beratungsstellen, weiteren relevanten Akteuren) ◆ eigene Website des Pflegestützpunktes im Internet ◆ Anbringen von Werbung im öffentlichen Raum (z. B. Plakate, Werbung in öffentlichen Verkehrsmitteln) ◆ persönliches Vorstellen (z. B. bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, anderen Beratungsstellen, weiteren relevanten Akteuren)																																																

	◆ Veröffentlichungen/Anzeigen von Beiträgen in Presse/Rundfunk/Fernsehen/Internet ◆ Vorträge/Vortragsreihen ◆ Andere Mittel/Maßnahmen, und zwar _____ (<i>Freitext optional</i>)
C5	Bitte geben Sie an, warum Sie einzelne Mittel der Öffentlichkeitsarbeit nicht genutzt haben, um das Beratungsangebot Ihres Standorts bekannt zu machen. <i>Mehrfachauswahl, „Wir haben alle uns zur Verfügung stehende Mittel genutzt.“ und „keine Angabe“ exklusiv</i> ◆ Die eingesetzten Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind aus unserer Sicht bereits ausreichend. ◆ keine bzw. nicht ausreichende zeitliche Ressourcen ◆ keine bzw. nicht ausreichende finanzielle Mittel ◆ Andere Gründe, und zwar _____ (<i>Freitext optional</i>) ◆ Wir haben alle uns zur Verfügung stehenden Mittel genutzt. ◆ Keine Angabe
C6	In den folgenden Fragen geht es um Vernetzungstätigkeiten in bzw. für Ihren Standort. Haben Sie für einen anderen Standort/eine Außenstelle bereits Fragen zu Vernetzungstätigkeiten beantwortet? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein
C6_1	<i>Wenn „Ja“ bei C6</i> Wenn die Angaben zu Vernetzungstätigkeiten für alle Standorte des Land-/Stadtkreises identisch sind, dann können Sie diesen Frageteil überspringen. Möchten Sie diesen Frageteil überspringen? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja (<i>weiter bei D1</i>) ◆ Nein
C7	Liegt in Ihrem Pflegestützpunkt ein Konzept die Vernetzungstätigkeit vor? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Es gibt ein Konzept/eine Strategie für die regionale Vernetzung. ◆ Es gibt kein besonderes Konzept für Vernetzungstätigkeiten. ◆ Anderes, und zwar: _____ (<i>Freitext optional</i>)
C8	Wie wird die Vernetzungstätigkeit in Ihrem Pflegestützpunkt durchgeführt?

	<i>Einfachauswahl</i> ◆ Die Vernetzungstätigkeit wird zentral gesteuert und organisiert (<i>falls vorhanden</i>: auch für alle Standorte). ◆ Die Vernetzungstätigkeit wird von allen Beschäftigten durchgeführt. ◆ Die Vernetzungstätigkeit wird von einer gesonderten Stelle durchgeführt _____ (<i>Freitext, Bezeichnung der Stelle</i>) ◆ Anderes, und zwar: _____ (<i>Freitext optional</i>)																																																												
C9	Wie erfolgt die Vernetzung mit anderen Akteuren in Ihrem Pflegestützpunkt? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Die Vernetzung mit anderen Akteuren erfolgt strategisch, mittels schriftlicher, vertraglicher Vereinbarungen. ◆ Die Vernetzung mit anderen Akteuren erfolgt eher bedarfsorientiert und ohne schriftliche Vereinbarungen. ◆ Anderes, und zwar: _____ (<i>Freitext optional</i>)																																																												
C10	Im Nachfolgenden geht es darum, mit welchen regionalen Akteurinnen und Akteuren Sie am Standort wie zusammenarbeiten/vernetzt sind. <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th><i>In der Regel keine Zusammenarbeit</i></th><th><i>Zusammenarbeit ohne schriftliche Vereinbarung</i></th><th><i>Zusammenarbeit auf Basis einer schriftlichen Vereinbarung</i></th><th><i>Akteur gibt es in der Region nicht</i></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>selbstständig arbeitende Pflegeberater/innen (oder von externen Dienstleistern)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Pflegekassen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Krankenkassen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Medizinischer Dienst (MD, SMD)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>(Andere) Pflegestützpunkte</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Ambulante Pflegedienste</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Rehabilitationseinrichtungen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Haus- und Fachärzte/innen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>		<i>In der Regel keine Zusammenarbeit</i>	<i>Zusammenarbeit ohne schriftliche Vereinbarung</i>	<i>Zusammenarbeit auf Basis einer schriftlichen Vereinbarung</i>	<i>Akteur gibt es in der Region nicht</i>	<i>selbstständig arbeitende Pflegeberater/innen (oder von externen Dienstleistern)</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Pflegekassen</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Krankenkassen</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Medizinischer Dienst (MD, SMD)</i>	☐	☐	☐	☐	<i>(Andere) Pflegestützpunkte</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Ambulante Pflegedienste</i>	☐	☐	☐	☐	<i>(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement)</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Rehabilitationseinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐	<i>Haus- und Fachärzte/innen</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>In der Regel keine Zusammenarbeit</i>	<i>Zusammenarbeit ohne schriftliche Vereinbarung</i>	<i>Zusammenarbeit auf Basis einer schriftlichen Vereinbarung</i>	<i>Akteur gibt es in der Region nicht</i>																																																									
<i>selbstständig arbeitende Pflegeberater/innen (oder von externen Dienstleistern)</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Pflegekassen</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Krankenkassen</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Medizinischer Dienst (MD, SMD)</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>(Andere) Pflegestützpunkte</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Ambulante Pflegedienste</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement)</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Rehabilitationseinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐																																																									
<i>Haus- und Fachärzte/innen</i>	☐	☐	☐	☐																																																									

	Heilmittelerbringer (z. B. Physio- und Ergotherapeuten/innen)	☐	☐	☐	☐					
	Leistungserbringer der Eingliederungshilfe	☐	☐	☐	☐					
	Kostenträger der Eingliederungshilfe	☐	☐	☐	☐					
	ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)	☐	☐	☐	☐					
	Betreuungsbehörden	☐	☐	☐	☐					
	Rechtliche Betreuer/innen, Betreuungsverein	☐	☐	☐	☐					
	Kostenträger der Hilfe zur Pflege	☐	☐	☐	☐					
	Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe	☐	☐	☐	☐					
	sozialpsychiatrischer Dienst	☐	☐	☐	☐					
	Anbieter der Altenhilfe (z. B. Beratungsangebote für ältere Menschen, Seniorenbüros)	☐	☐	☐	☐					
	Selbsthilfegruppen/-vereine	☐	☐	☐	☐					
	Beratungsstellen/Organisationen für Menschen mit Migrationshintergrund	☐	☐	☐	☐					
	Wohnraumberatungsstellen	☐	☐	☐	☐					
	Andere kommunale Beratungsstellen (nicht Pflegestützpunkte)	☐	☐	☐	☐					
C11	Gibt es weitere Akteure, mit denen Sie zusammenarbeiten (mit und ohne schriftliche Vereinbarung)? <i>Mehrfachnennung, „Nein“ exklusiv</i> ◆ Ja, wir arbeiten mit folgenden Akteuren <u>ohne</u> schriftliche Vereinbarung zusammen _____ (<i>Freitext</i>) ◆ Ja, wir arbeiten mit folgenden Akteuren <u>mit</u> schriftlicher Vereinbarung zusammen _____ (<i>Freitext</i>) ◆ Nein									
C12	Bitte geben Sie für die Akteure, mit denen Sie zusammenarbeiten, an, wie gut die Zusammenarbeit Ihrer Ansicht nach funktioniert. <i>Anzeige der Akteure aus C8, bei denen „Zusammenarbeit ohne schriftliche Vereinbarung“ oder „Zusammenarbeit auf Basis einer schriftlichen Vereinbarung“ ausgewählt wurde</i> <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td>Zusammenarbeit sehr gut</td> <td>Zusammenarbeit eher gut</td> <td>Zusammenarbeit</td> <td>Zusammenarbeit schlecht</td> </tr> </table>						Zusammenarbeit sehr gut	Zusammenarbeit eher gut	Zusammenarbeit	Zusammenarbeit schlecht
	Zusammenarbeit sehr gut	Zusammenarbeit eher gut	Zusammenarbeit	Zusammenarbeit schlecht						

	 Angebote zur Unterstützung im Alltag ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	 Heil- und Hilfsmittelerbringer ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	... rechtliche Betreuerinnen/Betreuer ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
D2	Gibt es aus Ihrer Sicht im Einzugsgebiet Ihres Standortes Versorgungslücken? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
D2_1	<i>Wenn D2 = „Ja“</i> Für welche Personengruppen bestehen diese Versorgungslücken? <i>Mehrfachauswahl, „keine Angabe“ exklusiv</i> ◆ Für alle Personen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf (unabhängig von speziellen Erkrankungen/Einschränkungen) (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit demenziellen Erkrankungen (oder Angehörige) ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen (oder Angehörige) ◆ Angehörige pflegebedürftiger Kinder oder Jugendlicher ◆ Menschen mit Migrationshintergrund (oder Angehörige) ◆ Menschen mit Behinderung (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit onkologischen und/oder palliativen Versorgungsbedarfen (oder deren Angehörige) ◆ Andere, und zwar: _____ (<i>Freitext</i>) ◆ Keine Angabe
D3	Stimmen Sie der Aussage zu, dass der Standort des Pflegestützpunktes ein ausreichendes Beratungsangebot für die Bevölkerung des Einzugsgebietes vorhält? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Trifft überhaupt nicht zu ◆ Trifft eher nicht zu ◆ Trifft eher zu

	◆ Trifft voll und ganz zu ◆ Keine Angabe
D3_1	<i>Wenn D3 = „Trifft überhaupt nicht zu“ oder „Trifft eher nicht zu“</i> Warum ist das Beratungsangebot Ihrer Ansicht nach nicht ausreichend? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Zu geringe Personalkapazitäten für die Beratung ◆ Zu geringe Personalkapazitäten für die Begleitung von Klienten (Case Management) ◆ Fachkenntnisse der Beraterinnen/Berater nicht ausreichend ◆ Zu hoher Bürokratieaufwand ◆ Zu wenig Zeit für Vernetzung ◆ Anderes, und zwar: _____ <i>(Freitext optional)</i>
D3_2	<i>Wenn D3 = „Trifft überhaupt nicht zu“ oder „Trifft eher nicht zu“</i> Gibt es im Einzugsgebiet andere Beratungsstellen, an die Ratsuchende verwiesen werden können? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
D3_2_1	<i>Wenn D3_2 = „Ja“</i> An welche Beratungsstellen werden Ratsuchende verwiesen? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Pflegeberater/innen von externen Dienstleistern (z. B. SpectrumK, MedicalContact AG, WDS care) ◆ selbstständig arbeitende Pflegeberater/innen (nicht von externen Dienstleistern) ◆ andere Standorte des Pflegestützpunkts ◆ andere Pflegestützpunkte (außerhalb des Landkreises/Stadtkreises) ◆ ambulante Pflegedienste/Sozialstationen ◆ Anbieter der Altenhilfe (z.B. Beratungsangebote für ältere Menschen, Seniorenbüros) ◆ Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) ◆ andere kommunale Beratungsstellen vor Ort (nicht Pflegestützpunkt)

	◆ andere Akteurinnen und Akteure, und zwar: _____ (<i>Freitext optional</i>)
D3_2_2	<i>Wenn D3_2 = „Nein“</i> Gibt es spezifische Personengruppen, für die insgesamt nur unzureichend Beratungsangebote vorhanden sind? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein, für alle Personen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf ist das Beratungsangebot nicht ausreichend.
D4	<i>Wenn D3_2_2 = „Ja“</i> Für welche spezifischen Personengruppen sind nur unzureichend Beratungsangebote vorhanden? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Menschen mit demenziellen Erkrankungen (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit psychischen Erkrankungen (oder deren Angehörige) ◆ Angehörige pflegebedürftiger Kinder oder Jugendlicher ◆ Menschen mit Migrationshintergrund (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit Behinderung (oder deren Angehörige) ◆ Menschen mit onkologischen und/oder palliativen Versorgungsbedarfen (oder deren Angehörige) ◆ Anderes, und zwar: _____ (<i>Freitext</i>)
D5	Im Folgenden geht es um Ihre Einschätzung zum Orientierungswert einer Vollzeitstelle zu 60.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand Juli 2023). Haben Sie für einen anderen Standort/eine Außenstelle bereits Fragen zum Orientierungswert beantwortet? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein
D5_1	<i>Wenn „Ja“ bei D5</i> Wenn die Angaben zum Orientierungswert für alle Standorte des Land-/Stadtkreises identisch sind, dann können Sie diesen Frageteil überspringen. Möchten Sie diesen Frageteil überspringen? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja (<i>weiter bei E1</i>)

	◆ Nein
D6	Stimmen Sie der Aussage zu, dass der Orientierungswert einer Vollzeitstelle pro 60.000 Einwohnerinnen und Einwohner für die Ausstattung der Pflegestützpunkte angemessen ist? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein, es werden <u>mehr</u> als eine Vollzeitstelle für 60.000 Einwohnerinnen und Einwohner benötigt, und zwar _____ (Anzahl) <i>(numerisch mit 2 Kommastellen)</i> Vollzeitstellen. ◆ Nein, es werden <u>weniger</u> als eine Vollzeitstelle für 60.000 Einwohnerinnen und Einwohner benötigt, und zwar _____ (Anzahl) <i>(numerisch mit 2 Kommastellen)</i> Vollzeitstellen. ◆ Nein, es sollten weitere Kriterien für die Personalbemessung berücksichtigt werden (z. B. Altersstruktur der Bevölkerung, Komplexität der Bedarfslagen in der Region). ◆ Keine Angabe
D6_1	<i>Wenn D4 = „Nein, es sollten weitere Kriterien für die Personalbemessung berücksichtigt werden.“</i> Welche weiteren Kriterien wären neben der Bevölkerungszahl aus Ihren Erfahrungen hinaus zu berücksichtigen? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Altersstruktur der Bevölkerung ◆ Raumstruktur (städtisch/ländlich) ◆ Verfügbarkeit weiterer Beratungsstellen ◆ Komplexität der Bedarfslagen in der Region ◆ Andere Kriterien, und zwar: _____ <i>(Freitext)</i>
D7	Wird der Orientierungswert von einer Vollzeitstelle zu 60.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand Juli 2023) für Ihren Land-/Stadtkreis voll ausgeschöpft? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
D7_1	<i>Wenn D5 = „Nein“</i> Warum wird der Orientierungswert in Ihrem Land-/Stadtkreis derzeit nicht ausgeschöpft?

	<i>Mehrfachauswahl, „Das Beratungsaufkommen ist derzeit mit der vorhandenen Personalausstattung zu bewältigen.“ exklusiv</i> ◆ Das Beratungsaufkommen ist derzeit mit der vorhandenen Personalausstattung zu bewältigen. ◆ Wir haben eine Stelle/mehrere Stellen ausgeschrieben. ◆ Wir finden keine geeigneten Bewerberinnen/Bewerber. ◆ Anderes, und zwar: _____ (<i>Freitext</i>)
--	---

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

	In diesem Abschnitt geht es um Aspekte des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung .
E1	Haben Sie für einen anderen Standort/eine Außenstelle bereits Fragen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung beantwortet? ◆ Ja ◆ Nein
E1_1	<i>Wenn E1 = „ja“</i> Wenn die Angaben zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung für alle Standorte des Land-/Stadtkreises identisch sind, dann können Sie diesen Frageteil überspringen. Möchten Sie diesen Frageteil überspringen? ◆ Ja (<i>Wenn ja, weiter bei F1</i>) ◆ Nein
E2	Wer ist für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung verantwortlich? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Leitung des Pflegestützpunktes auf Kreisebene ◆ <i>wenn der in A1 ausgewählte Kreis über mehrere Standorte verfügt:</i> Leitung des Standortes ◆ Es gibt keine explizit benannte Person, die für die Qualitätssicherung zuständig ist. ◆ Anderes, und zwar: _____ (<i>Freitext</i>)
E3	Finden sich in Ihrem Pflegestützpunktvertrag bzw. dem -konzept Regelungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja, zu beiden Aspekten ◆ Ja, zum Qualitätsmanagement ◆ Ja, zur Qualitätssicherung

	◆ Nein																																				
E4	Welche Inhalte sind im Pflegestützpunktvertrag bzw. dem -konzept vereinbart bzw. welche Maßnahmen werden bereits begonnen/umgesetzt? <i>Hinweis: Bitte wählen Sie beide Spalten aus, wenn die jeweilige Maßnahme im Vertrag/Konzept enthalten ist <u>und</u> bereits begonnen oder umgesetzt wurde. Wenn Sie diese Frage nicht sicher beantworten können, wählen Sie bitte „Keine Angabe“.</i> <i>Mehrfachauswahl pro Zeile, „Keine Angabe“ exklusiv</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Im Vertrag/Konzept enthalten</th><th>Bereits begonnen/umgesetzt</th><th>Keine Angabe</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erarbeitung eines Beratungskonzeptes</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Durchführung von Qualitätszirkeln</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Vorgaben zur Dokumentation der Beratungstätigkeit</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Evaluation der Beratung</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Team- und Fallbesprechungen</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Externe fachliche Unterstützung (z. B. Fachbeirat o. Ä.)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>		Im Vertrag/Konzept enthalten	Bereits begonnen/umgesetzt	Keine Angabe	Erarbeitung eines Beratungskonzeptes	☐	☐	☐	Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs	☐	☐	☐	Durchführung von Qualitätszirkeln	☐	☐	☐	Vorgaben zur Dokumentation der Beratungstätigkeit	☐	☐	☐	Evaluation der Beratung	☐	☐	☐	Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten	☐	☐	☐	Team- und Fallbesprechungen	☐	☐	☐	Externe fachliche Unterstützung (z. B. Fachbeirat o. Ä.)	☐	☐	☐
	Im Vertrag/Konzept enthalten	Bereits begonnen/umgesetzt	Keine Angabe																																		
Erarbeitung eines Beratungskonzeptes	☐	☐	☐																																		
Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs	☐	☐	☐																																		
Durchführung von Qualitätszirkeln	☐	☐	☐																																		
Vorgaben zur Dokumentation der Beratungstätigkeit	☐	☐	☐																																		
Evaluation der Beratung	☐	☐	☐																																		
Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten	☐	☐	☐																																		
Team- und Fallbesprechungen	☐	☐	☐																																		
Externe fachliche Unterstützung (z. B. Fachbeirat o. Ä.)	☐	☐	☐																																		
E4_1	Gibt es noch andere Inhalte, die im Pflegestützpunktvertrag bzw. dem -konzept vereinbart wurden bzw. Maßnahmen, die bereits begonnen/umgesetzt werden? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein																																				
E4_2	<i>Wenn „Ja“ bei E4_1</i> Um welche anderen Inhalte bzw. Maßnahmen handelt es sich? <i>Hinweis: Sie können Inhalte eintragen, wenn Sie die betreffende Antwort bzw. die Antworten anklicken.</i> Mehrfachauswahl ◆ Andere im Vertrag/Konzept enthaltene Inhalte bzw. Maßnahmen sind ____ <i>(Freitext)</i> ◆ Andere bereits begonnene/umgesetzte Inhalte bzw. Maßnahmen sind ____ <i>(Freitext)</i>																																				

E5	Welche (zusätzlichen) Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt? <i>Mehrfachauswahl, „keine Maßnahmen“ exklusiv</i> ◆ Auswertungen der Beratungsinhalte ◆ Auswertungen der Beratungsprozesse ◆ Auswertungen der Beratungsergebnisse ◆ Erhebung der Kundenzufriedenheit ◆ Erarbeitung/Anpassung von Verfahrensanweisungen ◆ Andere, und zwar: _____ (<i>Freitext optional</i>) ◆ Keine Maßnahmen																																												
E6	Werden den Beschäftigten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu den folgenden Aspekten angeboten? <i>Hinweis: Es zählen sowohl interne Angebote an Fort- und Weiterbildungen als auch die Kostenübernahme von externen Angeboten.</i> <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1" data-bbox="379 1043 1308 1861"> <thead> <tr> <th>Inhalte von Fort- und Weiterbildungen</th><th><i>Wird angeboten</i></th><th><i>Wird nicht angeboten</i></th><th><i>Keine Angabe</i></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>pflegefachliche Inhalte</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>sozialrechtliche Inhalte</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>soziale Kompetenzen (z. B. Gesprächsführung, Problemlösen)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>digitale Gestaltung der Pflegeberatung</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>rehabilitative Maßnahmen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Personen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Gesundheitsförderung und Prävention für Angehörige</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>digitale Angebote sowohl für pflegebedürftige Personen als auch Angehörige (z. B. Apps zur Dokumentation oder zum Austausch)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>technische Hilfsmittel für den (Pflege-)Alltag wie Notrufsysteme oder Geräte zur Messung von Gesundheitswerten (z. B. Blutdruck, Blutzucker)</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Anpassungsmaßnahmen für die Wohnsituation pflegebedürftiger Personen</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>	Inhalte von Fort- und Weiterbildungen	<i>Wird angeboten</i>	<i>Wird nicht angeboten</i>	<i>Keine Angabe</i>	<i>pflegefachliche Inhalte</i>	☐	☐	☐	<i>sozialrechtliche Inhalte</i>	☐	☐	☐	<i>soziale Kompetenzen (z. B. Gesprächsführung, Problemlösen)</i>	☐	☐	☐	<i>digitale Gestaltung der Pflegeberatung</i>	☐	☐	☐	<i>rehabilitative Maßnahmen</i>	☐	☐	☐	<i>Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Personen</i>	☐	☐	☐	<i>Gesundheitsförderung und Prävention für Angehörige</i>	☐	☐	☐	<i>digitale Angebote sowohl für pflegebedürftige Personen als auch Angehörige (z. B. Apps zur Dokumentation oder zum Austausch)</i>	☐	☐	☐	<i>technische Hilfsmittel für den (Pflege-)Alltag wie Notrufsysteme oder Geräte zur Messung von Gesundheitswerten (z. B. Blutdruck, Blutzucker)</i>	☐	☐	☐	<i>Anpassungsmaßnahmen für die Wohnsituation pflegebedürftiger Personen</i>	☐	☐	☐
Inhalte von Fort- und Weiterbildungen	<i>Wird angeboten</i>	<i>Wird nicht angeboten</i>	<i>Keine Angabe</i>																																										
<i>pflegefachliche Inhalte</i>	☐	☐	☐																																										
<i>sozialrechtliche Inhalte</i>	☐	☐	☐																																										
<i>soziale Kompetenzen (z. B. Gesprächsführung, Problemlösen)</i>	☐	☐	☐																																										
<i>digitale Gestaltung der Pflegeberatung</i>	☐	☐	☐																																										
<i>rehabilitative Maßnahmen</i>	☐	☐	☐																																										
<i>Gesundheitsförderung und Prävention für pflegebedürftige Personen</i>	☐	☐	☐																																										
<i>Gesundheitsförderung und Prävention für Angehörige</i>	☐	☐	☐																																										
<i>digitale Angebote sowohl für pflegebedürftige Personen als auch Angehörige (z. B. Apps zur Dokumentation oder zum Austausch)</i>	☐	☐	☐																																										
<i>technische Hilfsmittel für den (Pflege-)Alltag wie Notrufsysteme oder Geräte zur Messung von Gesundheitswerten (z. B. Blutdruck, Blutzucker)</i>	☐	☐	☐																																										
<i>Anpassungsmaßnahmen für die Wohnsituation pflegebedürftiger Personen</i>	☐	☐	☐																																										
E7	Werden den Beschäftigten noch andere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten? ◆ Ja, und zwar _____ (<i>Freitext optional</i>)																																												

	◆ Nein ◆ Keine Angabe
E8	Wurden Ihre Beschäftigten für Beratungsgespräche in speziellen Techniken geschult, um Probleme, Konflikte oder Herausforderungen bzw. Missverständnisse lösen zu können? <i>Mehrfachauswahl, „Nein, es gab keine Schulungen zu speziellen Techniken.“ und „keine Angabe“ exklusiv</i> ◆ Nein, es gab keine Schulungen zu speziellen Techniken. ◆ Ja, es gab Schulungen zu speziellen Problemlösetechniken. ◆ Ja, es gab Schulungen zu speziellen Mediationstechniken. ◆ Es stehen Leitfäden, Checklisten o. Ä. zum Umgang mit Problemen zur Verfügung. ◆ Sonstiges, und zwar: _____ <i>(Freitext optional)</i> ◆ Keine Angabe
E9	Wird für die Beschäftigten des Pflegestützpunktes Supervision angeboten? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein, weil: _____ <i>(Freitext optional)</i>
E10	Wie wird die Beratungstätigkeit dokumentiert? <i>Einfachauswahl</i> ◆ elektronisch, ohne spezielle Dokumentationssoftware ◆ elektronisch, mit spezieller Dokumentationssoftware ◆ papiergestützt, mit standardisierter Vorlage ◆ papiergestützt, ohne standardisierte Vorlage ◆ teils papiergestützt, teils elektronisch
E11	Gibt es ein standardisiertes Formular für den Versorgungsplan? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja. ◆ Nein, weil: _____ <i>(Freitext optional)</i>

Abschluss

	Sie haben nun das Ende der Befragung erreicht. Wir bitten Sie die Befragung abzuschicken.
--	---

F1	Bitte beachten Sie: Wenn Sie unten auf „weiter“ klicken, werden Ihre Antworten automatisch übermittelt und Sie können diese nicht mehr ändern. Gibt es noch etwas, das Sie uns abschließend zum Thema Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg mitteilen möchten? Bitte hier eintragen: _____ <i>(Freitext optional)</i>
	<i>Anzeige nach Aktivierung des „Absenden“-Buttons:</i> Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung und Zeit! Wir haben Ihre Antworten erhalten. Sie können den Fragebogen und Ihre Antworten nun als PDF herunterladen und die Seite dann schließen.

A3 Online-Befragung der Beschäftigten

Hinweis: Version mit Programmierhinweisen

Startseite

Herzlich Willkommen zur Online-Befragung im Rahmen der Evaluation der Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg!

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Kommission Pflegestützpunkte, vertreten durch die AOK Baden-Württemberg, hat das IGES Institut im Mai 2023 mit einem Forschungsvorhaben zur Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg beauftragt. Die Studie wird im Zeitraum von Mai 2023 bis Juni 2024 durchgeführt. Das Ziel der Evaluation wird durch die Vorgaben gemäß § 12 Abs. 1 des Rahmenvertrages bestimmt. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Versorgungsgeschehens und der Qualitätsentwicklung sollen dabei Erkenntnisse zur:

1. Arbeit der Pflegestützpunkte (auch in Bezug auf Umfang und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in den Pflegestützpunkten),
2. erforderlichen Anzahl an Beschäftigten innerhalb der Pflegestützpunkte,
3. grundsätzlichen Orientierungsgröße sowie
4. zu den Zielgrößen „Wohnortnähe“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ gewonnen werden.

Das Forschungsdesign ist vielfältig und umfasst unter anderem Fokusgruppenworkshops mit Beschäftigten der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg, eine zehntägige Erfassung des Leistungsgeschehens in den Pflegestützpunkten und Befragungen von Beschäftigten (online) sowie von Nutzerinnen und Nutzern (papierbasiert).

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig – genauere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der untenstehenden Datenschutzerklärung. Bitte beachten Sie, dass wir bei der Evaluation der Rahmenbedingungen auf Ihre Unterstützung angewiesen sind. Nur durch eine Vielzahl an beteiligten Standorten und Pflegestützpunkten sind wir am Ende in der Lage über valide Zahlen und Ergebnisse zu verfügen, um so zu weiterführenden Maßnahmen gelangen zu können.

Diese Online-Befragung sollte von Beschäftigten in den Pflegestützpunkten beantwortet werden, von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern.

Die Datenerfassung und die Auswertung der Ergebnisse erfolgt ausschließlich durch IGES unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen. Es werden keine Informationen erhoben, aus denen bei IGES ein Rückschluss auf einzelne Beschäftigte möglich wäre. Die Ergebnisse werden **in aggregierter Form** dargestellt. **Es werden keinerlei personenbezogene Auswertungen vorgenommen oder berichtet.**

Sie können die Befragung durch einen Klick auf den grünen Button beginnen. Sobald Sie die Befragung begonnen haben, wird Ihnen unten in der Fußzeile ein Code (sog. Token) aus Buchstaben-Zahlen-Kombination angezeigt. Bitte notieren Sie sich den Code. Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und mit Hilfe des Zugangscodes zu einem späteren Zeitpunkt fortsetzen.

Eine Teilnahme an der Befragung ist vom 09.08.2023 bis 19.09.2023 möglich.

Kontakt bei Rückfragen: evaluation-pflegestuetzpunkte@iges.com

Einleitung

Im Rahmenvertrag zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte nach § 7c Abs. 6 SGB XI in Baden-Württemberg (2018) ist eine Evaluation der Pflegestützpunkte vorgesehen.

Im Rahmen dieser Evaluation werden alle Beschäftigten in den Pflegestützpunkten aller 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg befragt. Wir möchten dabei mehr über Sie und Ihre Arbeit für den Pflegestützpunkt erfahren.

Die Beantwortung des Fragebogens wird in etwa 45-60 Minuten in Anspruch nehmen und umfasst die folgenden Themenbereiche:

1. Allgemeine Angaben zu Ihrer Qualifikation und Berufserfahrung
2. Lage und Erreichbarkeit
3. Beratungstätigkeit, Dokumentation und Einschätzung der Beratungsergebnisse
4. Bekanntheit, Zusammenarbeit und Vernetzung
5. Wünsche zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte und Abschluss

Derzeit findet zudem eine Online-Befragung der vorgesetzten Stellen der Pflegestützpunkte statt, in der zusätzliche strukturelle Angaben u. a. zum Personal, zur Öffentlichkeitsarbeit und zur regionalen Versorgungssituation je Standort/Außenstelle erhoben werden.

Die Ergebnisse werden Bestandteil eines wissenschaftlich fundierten Berichts an die Kommission Pflegestützpunkte (vertreten durch die AOK Baden-Württemberg) über die durchgeführte Evaluation. Die in § 12 des Rahmenvertrags zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte berücksichtigte Finanzierungform der Pflegestützpunkte ist nicht Gegenstand der Evaluation.

Hinweis: Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt nicht auf Ebene einzelner Beschäftigter. Die erhobenen Daten werden ausschließlich aggregiert ausgewertet und berichtet. Die Geschäftsstelle Pflegestützpunkte und der Auftraggeber bekommen keinen Zugang zu den erhobenen Daten.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, um unsere Fragen zu beantworten!

Allgemeine Angaben zur Qualifikation und Berufserfahrung

	Zunächst bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer Qualifikation, zu Ihrer Funktion im Pflegestützpunkt sowie Ihrer Berufserfahrung zu machen.
A1	<i>Einfachauswahl</i> <i>Drop-down der 44 Stadt-/Landkreise</i> ♦ Keine Angabe
A2	<i>Wenn der in A1 ausgewählte Kreis über mehrere Standorte verfügt:</i> In welchem Standort sind Sie in Ihrem Land-/Stadtkreis hauptsächlich tätig?

	<i>Ein Standort/eine Außenstelle ist wie folgt definiert: Ein regelmäßiges Verhalten von mind. 1 Pflegestützpunkt-Beschäftigten in einem Pflegestützpunktbüro.</i> <i>Einfachauswahl</i> ◆ Drop-down Standorte ◆ anderer Standort
A2_1	<i>Wenn „anderer Standort“ in A2</i> Für welchen anderen Standort füllen Sie diesen Fragebogen aus? <i>Ein Standort/eine Außenstelle ist wie folgt definiert: Ein regelmäßiges Verhalten von mind. 1 Pflegestützpunkt-Beschäftigten in einem Pflegestützpunktbüro.</i> _____ (<i>Freitext</i>)
A3	Wie lange sind Sie bereits im Pflegestützpunkt bzw. in der Pflegeberatung tätig? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Weniger als ein Jahr ◆ Ein bis unter drei Jahre ◆ Drei bis unter fünf Jahre ◆ mehr als fünf Jahre
A4	Welche Grundqualifikation haben Sie? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Pflegeausbildung ◆ Qualifikation im Bereich Soziales/Sozialpädagogik ◆ Ausbildung im Bereich Sozialversicherung ◆ Therapeutische Ausbildung ◆ Sonstiger Gesundheitsberuf ◆ Anderer Beruf, und zwar: _____ (<i>Freitext optional</i>)
A5	Haben Sie eine Weiterbildung zur Pflegeberaterin bzw. zum -berater nach § 7a SGB XI absolviert? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Ich mache gerade eine solche Weiterbildung ◆ Nein
A6	Haben Sie noch weitere/andere <u>Weiterbildungen</u> absolviert bzw. nehmen aktuell an einer Weiterbildung teil?

	sind für mich ausreichend. Die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten hinsichtlich <u>methodischer Kompetenzen</u> (z. B. Gesprächsführung, Problemlösen) sind für mich ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A8	Würden Sie sich zu weiteren Themen eine Fort- oder Weiterbildung/Schulung bzw. mehr „Know-how“ wünschen? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein.							
A8_1	<i>Wenn A8 „ja“:</i> Zu welchen Themen würden Sie sich eine Fort- oder Weiterbildung/Schulung bzw. mehr „Know-how“ wünschen? _____ <i>(Freitext optional)</i>							

Lage und Erreichbarkeit des Beratungsangebotes

	In diesem Abschnitt würden wir gerne mehr über die Lage und die Erreichbarkeit Ihres Standortes erfahren. Ein Standort/eine Außenstelle ist wie folgt definiert: Ein regelmäßiges Vorhalten von mind. 1 Pflegestützpunkt-Beschäftigten in einem Pflegestützpunktbüro.
B1	Beindet sich der Standort Ihrer Einschätzung nach – bezogen auf das Einzugsgebiet – in zentraler Lage (d. h. eher im Zentrum des Einzugsgebietes, von allen Richtungen gut erreichbar)? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja, in zentraler Lage und gut erreichbar. ◆ Ja, in zentraler Lage und aber nicht sehr gut erreichbar. ◆ Zwar nicht zentral, aber aus allen Richtungen gut erreichbar. ◆ Nein, weder zentral noch gut erreichbar. ◆ Keine Angabe
B2	Beindet sich der Standort in räumlicher Nähe zu anderen Ämtern, Behörden oder Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens? <i>Einfachauswahl</i>

	♦ Ja ♦ Nein, in unmittelbarer Nähe gibt es keine der genannten Institutionen.																								
B2_1	<i>Wenn B2 = „Ja, folgende Institutionen sind in der Nähe:“</i> Welche Ämter, Behörden oder Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens befinden sich in räumlicher Nähe zum Standort? <i>Mehrfachauswahl, „keine Angabe“ exklusiv</i> ♦ Rathaus ♦ Sozialamt ♦ Kranken-/Pflegekasse ♦ Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst ♦ Arztpraxen ♦ Krankenhaus oder Rehaeinrichtung ♦ Seniorenbüro ♦ Andere Beratungsstellen ♦ Andere, und zwar: _____ <i>(Freitext optional)</i>																								
B3	Bitte bewerten Sie die nachfolgenden allgemeinen Aussagen zur Erreichbarkeit des Standortes. <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Trifft über- haupt nicht zu</th><th>Trifft eher nicht zu</th><th>Trifft eher zu</th><th>Trifft voll und ganz zu</th><th>Keine An- gabe</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Unser Standort ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn) gut zu erreichen.</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i>Es stehen ausreichend Parkplätze bzw. Parkmöglichkeiten an <u>unserem Standort</u> zur Verfügung.</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td><i><u>Unser Standort</u> hat einen barrierefreien Zugang (z. B. Rampe, Fahrstuhl ohne Treppenstufen).</i></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>		Trifft über- haupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Keine An- gabe	<i>Unser Standort ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn) gut zu erreichen.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Es stehen ausreichend Parkplätze bzw. Parkmöglichkeiten an <u>unserem Standort</u> zur Verfügung.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i><u>Unser Standort</u> hat einen barrierefreien Zugang (z. B. Rampe, Fahrstuhl ohne Treppenstufen).</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	Trifft über- haupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Keine An- gabe																				
<i>Unser Standort ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn) gut zu erreichen.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																				
<i>Es stehen ausreichend Parkplätze bzw. Parkmöglichkeiten an <u>unserem Standort</u> zur Verfügung.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																				
<i><u>Unser Standort</u> hat einen barrierefreien Zugang (z. B. Rampe, Fahrstuhl ohne Treppenstufen).</i>	☐	☐	☐	☐	☐																				
B4	Wann ist der Standort <u>regulär</u> für Publikumsverkehr geöffnet? <i>Einfachauswahl</i> ♦ wochentags täglich (Montag bis Freitag) ♦ wochentags täglich (Montag bis Freitag) <u>und</u> am Wochenende ♦ nur an bestimmten Wochentagen																								

	◆ nur an bestimmten Wochentagen <u>und</u> am Wochenende ◆ nur am Wochenende ◆ gar nicht, nur nach Vereinbarung
B4_1	Wenn B4_ „gar nicht, nur nach Vereinbarung“ Wann ist der Standort <u>nur nach Vereinbarung</u> für Publikumsverkehr geöffnet? <i>Einfachauswahl</i> ◆ wochentags täglich (Montag bis Freitag) ◆ wochentags täglich (Montag bis Freitag) <u>und</u> am Wochenende ◆ nur an bestimmten Wochentagen ◆ nur an bestimmten Wochentagen <u>und</u> am Wochenende ◆ nur am Wochenende
B5	Bitte geben Sie die Gesamtstundenzahl der wöchentlichen Öffnungszeiten des Standortes an. <i>Hinweis: Gemeint ist hier die Gesamtstundenanzahl pro Woche, in denen der Pflegestützpunkt am Standort für Publikumsverkehr geöffnet ist bzw. Sie Termine anbieten (auch wenn diese über die offiziellen Sprechzeiten hinaus gehen).</i> ◆ Gesamtstundenzahl pro Woche: _____ <i>(numerisch, zweistellig, eine Dezimalstelle erlaubt, Format xx,x, Freitext)</i>
B6	Bietet der Standort auch Außensprechstunden an? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein
B6_1	<i>Wenn B6 = „Ja“</i> Bitte geben Sie für die Außensprechstunden die Anzahl der Stunden pro Monat an: <i>Einfachauswahl</i> ◆ Anzahl der Stunden pro Monat: _____ <i>(numerisch, zweistellig, eine Dezimalstelle, Freitext Pflicht)</i> ◆ Es werden <u>je nach Bedarf</u> Außensprechstunden angeboten, ca. _____ <i>(numerisch, zweistellig, eine Dezimalstelle, Freitext)</i> Stunden pro Monat.
B7	Sind die Beraterinnen und Berater in Ihrem Standort <u>über die Öffnungszeiten hinaus telefonisch</u> erreichbar? <i>Hinweis: Mit telefonischer Erreichbarkeit ist gemeint, dass Beraterinnen und Berater Anrufe annehmen oder z. B. auf einem Anrufbeantworter hinterlassene Nachrichten zeitnahe abhören und darauf reagieren können. Zeiten, zu denen</i>

die Beraterinnen und Berater telefonisch erreichbar sind, können Sie beim Klicken auf die passende Antwort eintragen. Bitte geben Sie die Zeiten wie in den folgenden Beispielen an: 08-15, 09:30-14:30.

Mehrfachauswahl, „Nein, nur während der Öffnungszeiten.“ exklusiv

- ♦ In der Regel ja, wochentags von _____ Uhr bis _____ Uhr
- ♦ In der Regel ja, am Samstag von _____ Uhr bis _____ Uhr.
- ♦ In der Regel ja, am Sonntag/Feiertag von _____ Uhr bis _____ Uhr.
- ♦ In der Regel ja, variabel je nach Stellenumfang der Beraterinnen und Berater.
- ♦ Nein, nur während der Öffnungszeiten.
- ♦ Anderes, und zwar: _____ (bitte kurz erläutern)
(Freitext)

Beratungstätigkeit, Dokumentation und Beratungsergebnisse

Im folgenden Abschnitt möchten wir gerne mehr über Ihre **Beratungstätigkeit, die Dokumentation sowie Ihre Einschätzung zu den Ergebnissen der Beratung** erfahren.

Unter Beratungstätigkeit werden alle Beratungsleistungen (Auskunft/Information/Einzelninformation, Beratung, § 7a-Beratung und Case Management) verstanden. Sollten sich Fragen ausschließlich auf eine spezielle Beratungstätigkeit beziehen (z. B. nur § 7a-Beratung), wird dies in der Frage ausdrücklich genannt.

B1 Bitte geben Sie an, wie häufig die folgenden Tätigkeiten in Ihrem persönlichen Arbeitsalltag vorkommen.

Hinweis: Wenn im Folgenden allgemein von Ratsuchenden oder ratsuchenden Personen die Rede ist, ist/sind immer die pflegebedürftige Person/Personen und/oder ihre Angehörigen gemeint.

Einfachauswahl pro Zeile

	Gar nicht	Ab und zu	Häufig (nicht täglich)	Sehr häufig, (fast) täglich	Keine Angabe
Einfache Informations- und Wissensvermittlung, d. h. allgemeine Auskünfte zu Leistungsansprüchen, zu Leistungserbringern	☐	☐	☐	☐	☐

	(Adresslisten, Preise etc.) mit geringem Zeitaufwand					
	Ausführliche Beratung, d. h. ausführliche Informations- und Wissensvermittlung zu Leistungen anhand der <u>individuellen</u> Konstellation, Unterstützung bei Anträgen, Widersprüchen etc. mit mittlerem Zeitaufwand	☐	☐	☐	☐	☐
	Fallbegleitung bei komplexen Bedarfen (z. B. Unterstützung und Begleitung von Ratsuchenden bei der Suche nach bzw. bei der Inanspruchnahme von geeigneten Versorgungsangeboten; Case- oder Fallmanagement)	☐	☐	☐	☐	☐
B2	Erbringen Sie persönlich Beratungsfälle nach § 7a SGB XI? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe					
B2_1	Wenn „Ja“ bei B2 Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil der Fälle von § 7a-Beratungen an der Gesamtzahl Ihrer Beratungsfälle pro Monat? <i>Hinweis: § 7a-Beratungen umfassen analog zum Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte: I. eine Problemanalyse sowie die gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung, II. die daraus abgeleitete Planung von Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen (Versorgungsplan), III. Interventionsdurchführung und IV. Abschluss der Beratung.</i> Der Anteil dieser Fälle an der Gesamtzahl aller Beratungen pro Monat liegt schätzungsweise bei ca. _____ Prozent (<i>Freitext numerisch, max. 2 Stellen ohne Komma</i>)					
B2_2	Wenn „Ja“ bei B2 Wie hoch ist schätzungsweise der Anteil der § 7a-Beratung, welche auch Leistungen zum Case Management umfassen? <i>Hinweis: Case Management-Leistungen umfassen analog zum Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte: I. eine Problemanalyse sowie die gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung (Assessment), II. die daraus abgeleitete Planung von Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen (Versor-</i>					

[illegible]

	Initiierung einer Fallbesprechung mit der jeweils zuständigen Stelle	☐	☐	☐	☐	☐																														
	Kontaktaufnahme zum Hausarzt	☐	☐	☐	☐	☐																														
	Kontaktaufnahme zu Pflegedienstleistern	☐	☐	☐	☐	☐																														
	Übergabe von Adresslisten der regionalen Dienstleister	☐	☐	☐	☐	☐																														
	Erläuterung zu wichtigen Auswahlkriterien bzw. Qualitätsmerkmalen für verschiedene Dienstleistungen	☐	☐	☐	☐	☐																														
	Koordination des Einsatzes unterschiedlicher Dienstleister	☐	☐	☐	☐	☐																														
	Unterstützung der Klienten bei Konflikten mit den Leistungserbringern bzw. den Kostenträgern	☐	☐	☐	☐	☐																														
B5	Wie häufig erbringen Sie die folgenden Leistungen im Rahmen Ihrer Beratungstätigkeit? Reflexion der Versorgung und kollegiale Beratung <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th><i>Sehr häufig, (fast) täglich</i></th><th><i>Häufig (nicht täglich)</i></th><th><i>Eher selten (Ab und zu)</i></th><th><i>Nie</i></th><th><i>Keine Angabe</i></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsplans</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Überprüfung, ob die gewählte Versorgung zur Erreichung der vereinbarten Ziele geeignet ist</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>psychosoziale Reflexion mit Pflegebedürftigen/ Angehörigen (z. B. darüber ob die gewählte Versorgungsform die Richtige ist)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Kollegiale Beratung (fallbezogen)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>							<i>Sehr häufig, (fast) täglich</i>	<i>Häufig (nicht täglich)</i>	<i>Eher selten (Ab und zu)</i>	<i>Nie</i>	<i>Keine Angabe</i>	Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsplans	☐	☐	☐	☐	☐	Überprüfung, ob die gewählte Versorgung zur Erreichung der vereinbarten Ziele geeignet ist	☐	☐	☐	☐	☐	psychosoziale Reflexion mit Pflegebedürftigen/ Angehörigen (z. B. darüber ob die gewählte Versorgungsform die Richtige ist)	☐	☐	☐	☐	☐	Kollegiale Beratung (fallbezogen)	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Sehr häufig, (fast) täglich</i>	<i>Häufig (nicht täglich)</i>	<i>Eher selten (Ab und zu)</i>	<i>Nie</i>	<i>Keine Angabe</i>																															
Überprüfung der Umsetzung des Versorgungsplans	☐	☐	☐	☐	☐																															
Überprüfung, ob die gewählte Versorgung zur Erreichung der vereinbarten Ziele geeignet ist	☐	☐	☐	☐	☐																															
psychosoziale Reflexion mit Pflegebedürftigen/ Angehörigen (z. B. darüber ob die gewählte Versorgungsform die Richtige ist)	☐	☐	☐	☐	☐																															
Kollegiale Beratung (fallbezogen)	☐	☐	☐	☐	☐																															
B6	Welche weiteren Leistungen im Rahmen Ihrer Beratungstätigkeit ein, die Sie (sehr) häufig erbringen? ◆ Ja, und zwar _____ (Freitext) ◆ Nein																																			
B7	Wie häufig führen Sie persönlich normalerweise Hausbesuche (Beratungen in der Häuslichkeit) durch? <i>Einfachauswahl</i> ◆ gar nicht																																			

	◆ seltener als einmal pro Woche (max. 1-3x im Monat) ◆ höchstens einmal pro Woche ◆ bis zu dreimal pro Woche ◆ bis zu fünfmal pro Woche ◆ bis zu zehnmal pro Woche ◆ mehr als zehnmal pro Woche ◆ Anderes, und zwar ____ (Freitext)
B8	Haben Sie Ihrer Einschätzung nach ausreichend Zeit, um sich auf ein geplantes Beratungsgespräch vorzubereiten? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja, in der Regel schon ◆ teils-teils, weil: ____ (Freitext) ◆ Nein, weil: ____ (Freitext) ◆ Keine Angabe
B9	Kann der <u>derzeitige</u> regionale Beratungsbedarf Ihrer Einschätzung nach mit der derzeitigen Personalausstattung an Ihrem Standort gedeckt werden? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Im Großen und Ganzen ja. ◆ Nein, es gibt mehr Anfragen als zeitnah verfügbare Termine. ◆ Keine Angabe
B9_1	<i>Wenn B9 „Nein“:</i> Wie hoch wäre Ihrer Einschätzung nach der <u>derzeitige</u> Mehrbedarf an Personal (ohne bereits geplante aber noch nicht besetzte Stellen, d. h. zusätzlich zur SOLL-Besetzung)? <i>Hinweis: Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente (VZÄ) für zusätzlich benötigte Stellen an. Nachkommastellen sind möglich (z. B. 1,5). Wenn Sie keine Einschätzung abgeben können, überspringen Sie die Frage bitte.</i> Bitte hier die zusätzlichen VZÄ angeben: ____ (Freitext, numerisch mit zwei Kommastellen)
B10	Kann der <u>zukünftige</u> regionale Beratungsbedarf Ihrer Einschätzung nach mit der derzeitigen Personalausstattung an Ihrem Standort gedeckt werden? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Im Großen und Ganzen ja. ◆ Nein, es wird mehr Anfragen als zeitnah verfügbare Termine geben. ◆ Keine Angabe

B10_1	<i>Wenn B10 „Nein“:</i> Wie hoch wäre Ihrer Einschätzung nach der <u>zukünftige</u> Mehrbedarf an Personal (z. B. aufgrund steigender Anfragen)? <i>Hinweis: Bitte geben Sie die Vollzeitäquivalente (VZÄ) für zusätzlich benötigte Stellen an (Ohne den derzeitigen personellen Mehrbedarf, falls Sie diesen bereits angegeben haben). Nachkommastellen sind möglich (z. B. 1,5). Wenn Sie keine Einschätzung abgeben können, überspringen Sie die Frage bitte.</i> <i>Bitte hier die zusätzlichen VZÄ angeben: _____ (Freitext, numerisch mit zwei Kommastellen)</i>
B11	Welches schriftliche Material setzen Sie im Rahmen der Beratungsgespräche zur Unterstützung der Informationsvermittlung ein? <i>Mehrfachauswahl, „Ich nutze kein schriftliches Material“ exklusiv</i> ◆ Flyer, Broschüren, Informationszettel von Pflegestützpunkten ◆ Flyer, Broschüren, Informationszettel von der Pflege-/Krankenkasse ◆ Flyer, Broschüren, Informationszettel von anderen Anbietern der Region (z. B. Leistungserbringer oder anderen Beratungsstellen) ◆ Flyer, Broschüren, Informationszettel in unterschiedlichen Sprachen ◆ selbsterstelltes Informationsmaterial ◆ anderes, und zwar: _____ (Freitext optional) ◆ Ich nutze kein schriftliches Material.
B12	Nutzen Sie zur Strukturierung in Ihren Beratungsgesprächen Hilfen (z. B. Leitfäden, Checklisten o. Ä.) oder spezielle Techniken? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja, immer ◆ Ja, in manchen Fällen ◆ Nein
B13	Nutzen Sie standardisierte Vorgaben zur Ermittlung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs (z. B. Erhebungsbögen)? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja, und zwar _____ (Freitext optional) ◆ Nein
B14	Haben Sie in der Regel ausreichend Zeit, um die Ergebnisse Ihrer Beratungsgespräche zu dokumentieren? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein, weil _____ (bitte begründen Sie kurz) (Freitext optional)

B15	Bei den nächsten Fragen geht es um Ihre <u>persönliche Einschätzung</u> von verschiedenen Aspekten und Wirkungen der Pflegeberatung. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern die folgenden Aussagen zutreffen. <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Trifft überhaupt nicht zu</th><th>Trifft eher nicht zu</th><th>Trifft eher zu</th><th>Trifft voll und ganz zu</th><th>Keine Angabe</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Die Ratsuchenden wenden sich nach einem Beratungsgespräch oft mit Nachfragen nochmals an mich.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Die Ratsuchenden wissen nach meinen Beratungsgesprächen genau, welche Leistungsansprüche sie haben.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Ratsuchende wissen nach meinem Beratungsgespräch genau, was die nächsten Schritte sind, um ihre Leistungsansprüche zu erlangen bzw. ihre Versorgung zu organisieren.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Mir fehlen häufig Informationen von relevanten Akteuren, so dass ich Ratsuchende an andere Stellen verweisen muss.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Ich erfrage biografische oder kulturelle Besonderheiten der Ratsuchenden, um individuelle Lebenslagen in der Beratung berücksichtigen zu können.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Bei Bedarf kann ich den Ratsuchenden erläutern, welche digitalen Angebote (z. B. Apps oder Online-Plattformen) es zur Unterstützung der Pflegesituation gibt.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Ich arbeite gemeinsam mit den Ratsuchenden am Versorgungsplan.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Ich unterstütze die Ratsuchenden bei der Suche nach geeigneten Leistungsanbietern.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Ich überprüfe die Umsetzung des Versorgungsplans und passe ihn gegebenenfalls an.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Keine Angabe	Die Ratsuchenden wenden sich nach einem Beratungsgespräch oft mit Nachfragen nochmals an mich.	☐	☐	☐	☐	☐	Die Ratsuchenden wissen nach meinen Beratungsgesprächen genau, welche Leistungsansprüche sie haben.	☐	☐	☐	☐	☐	Ratsuchende wissen nach meinem Beratungsgespräch genau, was die nächsten Schritte sind, um ihre Leistungsansprüche zu erlangen bzw. ihre Versorgung zu organisieren.	☐	☐	☐	☐	☐	Mir fehlen häufig Informationen von relevanten Akteuren, so dass ich Ratsuchende an andere Stellen verweisen muss.	☐	☐	☐	☐	☐	Ich erfrage biografische oder kulturelle Besonderheiten der Ratsuchenden, um individuelle Lebenslagen in der Beratung berücksichtigen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	Bei Bedarf kann ich den Ratsuchenden erläutern, welche digitalen Angebote (z. B. Apps oder Online-Plattformen) es zur Unterstützung der Pflegesituation gibt.	☐	☐	☐	☐	☐	Ich arbeite gemeinsam mit den Ratsuchenden am Versorgungsplan.	☐	☐	☐	☐	☐	Ich unterstütze die Ratsuchenden bei der Suche nach geeigneten Leistungsanbietern.	☐	☐	☐	☐	☐	Ich überprüfe die Umsetzung des Versorgungsplans und passe ihn gegebenenfalls an.	☐	☐	☐	☐	☐
	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu	Keine Angabe																																																								
Die Ratsuchenden wenden sich nach einem Beratungsgespräch oft mit Nachfragen nochmals an mich.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Die Ratsuchenden wissen nach meinen Beratungsgesprächen genau, welche Leistungsansprüche sie haben.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Ratsuchende wissen nach meinem Beratungsgespräch genau, was die nächsten Schritte sind, um ihre Leistungsansprüche zu erlangen bzw. ihre Versorgung zu organisieren.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Mir fehlen häufig Informationen von relevanten Akteuren, so dass ich Ratsuchende an andere Stellen verweisen muss.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Ich erfrage biografische oder kulturelle Besonderheiten der Ratsuchenden, um individuelle Lebenslagen in der Beratung berücksichtigen zu können.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Bei Bedarf kann ich den Ratsuchenden erläutern, welche digitalen Angebote (z. B. Apps oder Online-Plattformen) es zur Unterstützung der Pflegesituation gibt.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Ich arbeite gemeinsam mit den Ratsuchenden am Versorgungsplan.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Ich unterstütze die Ratsuchenden bei der Suche nach geeigneten Leistungsanbietern.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
Ich überprüfe die Umsetzung des Versorgungsplans und passe ihn gegebenenfalls an.	☐	☐	☐	☐	☐																																																								
B16	Inwiefern stimmen Sie den folgenden Aussagen zu, wenn Sie an Ihre Beratungskompetenzen in der Pflegeberatung denken? <i>Einfachauswahl pro Zeile, Dropdown „Stimme überhaupt nicht zu“, „Stimme eher nicht zu“, „Stimme eher zu“, „Stimme voll und ganz zu“, „weiß nicht“</i>																																																												

	<i>Ich fühle mich hinsichtlich meiner Arbeit als Pflegeberaterin bzw. Pflegeberater ausreichend qualifiziert.</i> <i>Für jedes Problem in der Pflegeberatung kann ich eine Lösung finden oder anbieten.</i> <i>Wenn ein Problem in der Pflegeberatung auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.</i> <i>Bei auftretenden Problemen in der Beratung/Schwierigkeiten, Lösungsmöglichkeiten für die Probleme des Klienten anzubieten, kann ich diese in kollegialen Fallbesprechungen erörtern (bzw. mit meinem Vorgesetzten bzw. meiner Vorgesetzten) und erhalte hier Unterstützung.</i>																																																					
B17	Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen. <i>Einfachauswahl pro Zeile</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="368 663 770 797"></th> <th data-bbox="770 663 890 797">Stimme über- haupt- nicht zu</th> <th data-bbox="890 663 994 797">Stimme eher nicht zu</th> <th data-bbox="994 663 1098 797">Stimme eher zu</th> <th data-bbox="1098 663 1201 797">Stimme voll und ganz zu</th> <th data-bbox="1201 663 1315 797">Keine Angabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="368 797 770 931"><i>Ich biete Pflegeberatungen in einem großen Einzugsgebiet an, weshalb es für mich schwierig ist, alle vorhandenen lokalen Strukturen zu kennen.</i></td> <td data-bbox="770 797 890 931">☐</td> <td data-bbox="890 797 994 931">☐</td> <td data-bbox="994 797 1098 931">☐</td> <td data-bbox="1098 797 1201 931">☐</td> <td data-bbox="1201 797 1315 931">☐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 931 770 1155"><i>Aufgrund langer Anfahrtswege für Hausbesuche muss ich auf telefonische Beratungen ausweichen oder Ratsuchende müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bis der gewünschte Hausbesuch durchgeführt werden kann.</i></td> <td data-bbox="770 931 890 1155">☐</td> <td data-bbox="890 931 994 1155">☐</td> <td data-bbox="994 931 1098 1155">☐</td> <td data-bbox="1098 931 1201 1155">☐</td> <td data-bbox="1201 931 1315 1155">☐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1155 770 1290"><i>In meinem Arbeitsalltag kommt es zu Personalengpässen, da die Nachfrage nach der Pflegeberatung hoch ist.</i></td> <td data-bbox="770 1155 890 1290">☐</td> <td data-bbox="890 1155 994 1290">☐</td> <td data-bbox="994 1155 1098 1290">☐</td> <td data-bbox="1098 1155 1201 1290">☐</td> <td data-bbox="1201 1155 1315 1290">☐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1290 770 1491"><i>Ich habe in der Pflegeberatung Schwierigkeiten, den ratsuchenden Personen Anbieter von Leistungen zu vermitteln, da es vor Ort zu wenig Leistungserbringer gibt bzw. deren Kapazitäten erschöpft sind.</i></td> <td data-bbox="770 1290 890 1491">☐</td> <td data-bbox="890 1290 994 1491">☐</td> <td data-bbox="994 1290 1098 1491">☐</td> <td data-bbox="1098 1290 1201 1491">☐</td> <td data-bbox="1201 1290 1315 1491">☐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1491 770 1603"><i>Mir fehlen Informationen, um Ratsuchende zu digitalen Angeboten für den Pflegealltag beraten zu können.</i></td> <td data-bbox="770 1491 890 1603">☐</td> <td data-bbox="890 1491 994 1603">☐</td> <td data-bbox="994 1491 1098 1603">☐</td> <td data-bbox="1098 1491 1201 1603">☐</td> <td data-bbox="1201 1491 1315 1603">☐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1603 770 1738"><i>Mir fehlt in der Pflegeberatung die Zeit, um ausreichend auf individuelle, biografische Besonderheiten eingehen zu können.</i></td> <td data-bbox="770 1603 890 1738">☐</td> <td data-bbox="890 1603 994 1738">☐</td> <td data-bbox="994 1603 1098 1738">☐</td> <td data-bbox="1098 1603 1201 1738">☐</td> <td data-bbox="1201 1603 1315 1738">☐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="368 1738 770 1906"><i>Datenschutzrechtliche Vorschriften erschweren meine Arbeit, wenn es beispielsweise um die Weitergabe von Kontaktdaten oder das Einholen von Informationen geht.</i></td> <td data-bbox="770 1738 890 1906">☐</td> <td data-bbox="890 1738 994 1906">☐</td> <td data-bbox="994 1738 1098 1906">☐</td> <td data-bbox="1098 1738 1201 1906">☐</td> <td data-bbox="1201 1738 1315 1906">☐</td> </tr> </tbody> </table>							Stimme über- haupt- nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	<i>Ich biete Pflegeberatungen in einem großen Einzugsgebiet an, weshalb es für mich schwierig ist, alle vorhandenen lokalen Strukturen zu kennen.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Aufgrund langer Anfahrtswege für Hausbesuche muss ich auf telefonische Beratungen ausweichen oder Ratsuchende müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bis der gewünschte Hausbesuch durchgeführt werden kann.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>In meinem Arbeitsalltag kommt es zu Personalengpässen, da die Nachfrage nach der Pflegeberatung hoch ist.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Ich habe in der Pflegeberatung Schwierigkeiten, den ratsuchenden Personen Anbieter von Leistungen zu vermitteln, da es vor Ort zu wenig Leistungserbringer gibt bzw. deren Kapazitäten erschöpft sind.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Mir fehlen Informationen, um Ratsuchende zu digitalen Angeboten für den Pflegealltag beraten zu können.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Mir fehlt in der Pflegeberatung die Zeit, um ausreichend auf individuelle, biografische Besonderheiten eingehen zu können.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	<i>Datenschutzrechtliche Vorschriften erschweren meine Arbeit, wenn es beispielsweise um die Weitergabe von Kontaktdaten oder das Einholen von Informationen geht.</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	Stimme über- haupt- nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe																																																	
<i>Ich biete Pflegeberatungen in einem großen Einzugsgebiet an, weshalb es für mich schwierig ist, alle vorhandenen lokalen Strukturen zu kennen.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																																	
<i>Aufgrund langer Anfahrtswege für Hausbesuche muss ich auf telefonische Beratungen ausweichen oder Ratsuchende müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen, bis der gewünschte Hausbesuch durchgeführt werden kann.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																																	
<i>In meinem Arbeitsalltag kommt es zu Personalengpässen, da die Nachfrage nach der Pflegeberatung hoch ist.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																																	
<i>Ich habe in der Pflegeberatung Schwierigkeiten, den ratsuchenden Personen Anbieter von Leistungen zu vermitteln, da es vor Ort zu wenig Leistungserbringer gibt bzw. deren Kapazitäten erschöpft sind.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																																	
<i>Mir fehlen Informationen, um Ratsuchende zu digitalen Angeboten für den Pflegealltag beraten zu können.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																																	
<i>Mir fehlt in der Pflegeberatung die Zeit, um ausreichend auf individuelle, biografische Besonderheiten eingehen zu können.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																																	
<i>Datenschutzrechtliche Vorschriften erschweren meine Arbeit, wenn es beispielsweise um die Weitergabe von Kontaktdaten oder das Einholen von Informationen geht.</i>	☐	☐	☐	☐	☐																																																	
B18	Wie schätzen Sie allgemein Ihre Arbeitsbelastung ein? <i>Einfachauswahl</i>																																																					

	◆ Sehr hoch ◆ Hoch ◆ Mittel ◆ Niedrig ◆ Sehr niedrig ◆ Keine Angabe
--	--

Bekanntheit, Zusammenarbeit und Vernetzung

	Im letzten Abschnitt würden wir gerne mehr über die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Akteuren in Ihrer Region erfahren.
C1	In anderen Studien hat sich gezeigt, dass eine einheitliche Außenwirkung der Pflegestützpunkte von Vorteil ist. Wie stehen Sie dazu? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Stimme überhaupt nicht zu ◆ Stimme eher nicht zu ◆ Stimme eher zu ◆ Stimme voll und ganz zu ◆ Weiß nicht
C2	Wie gut ist das Beratungsangebot Ihrer Einschätzung nach in der Region/am Standort <u>bei der Bevölkerung</u> bekannt? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Sehr gut bekannt ◆ Eher gut bekannt ◆ Eher wenig bekannt ◆ Weiß nicht
C3	Wie gut ist das Beratungsangebot Ihrer Einschätzung nach in der Region/am Standort bei den anderen, an der Versorgung beteiligten Akteuren bekannt? <i>Hinweis: Bitte geben Sie möglichst pauschale Einschätzungen für die jeweilige Akteursgruppe ab, da die Bekanntheit des Beratungsangebotes variieren kann (z. B., wenn einige Hausärzte/innen das Beratungsangebot sehr gut kennen und andere gar nicht).</i> <i>Einfachauswahl je Zeile</i>

		<i>Sehr gut bekannt</i>	<i>Eher gut- bekannt</i>	<i>Eher we- nig be- kannt</i>	<i>Keine An- gabe</i>
	<i>Selbstständig arbeitende Pflegebera- terinnen/Pflegeberater</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Pflegekassen</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Krankenkassen</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Medizinischer Dienst (MD, SMD)</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Ambulante Pflegedienste</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Anbieter von Angeboten zur Unter- stützung im Alltag</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozial- dienste/Entlassmanagement)</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Rehabilitationseinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Haus- und Fachärzte/innen</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Heilmittelerbringer (z.B. Physio- und Ergotherapeuten/innen)</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Leistungserbringer der Eingliede- rungshilfe</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Kostenträger der Eingliederungshilfe</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>ergänzende unabhängige Teilhabe- beratung (EUTB)</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Betreuungsbehörden</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Rechtliche Betreuer/innen, Betreu- ungsverein</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Kostenträger der Hilfe zur Pflege</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Einrichtungen der Kinder- und Ju- gendhilfe</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>sozialpsychiatrischer Dienst</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Anbieter der Altenhilfe (z. B. Bera- tungsangebote für ältere Menschen, Seniorenbüros)</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Selbsthilfegruppen/-vereine</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Beratungsstellen/Organisationen für Menschen mit Migrationshinter- grund</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>Wohnraumberatungsstellen</i>	☐	☐	☐	☐
	<i>andere kommunale Beratungsstellen (nicht Pflegestützpunkte)</i>	☐	☐	☐	☐

C4	Gibt es in Ihrer Region andere Akteure, die mögliche Aufgabenbereiche von Pflegestützpunkten bereits abdecken? <i>Einfachauswahl</i> ◆ Ja ◆ Nein ◆ Keine Angabe
C4_ 1	Wenn „Ja“ bei C4 Welche Akteure decken mögliche Aufgabenbereiche von Pflegestützpunkten bereits ab? <i>Mehrfachauswahl</i> ◆ Selbstständig arbeitende Pflegeberaterinnen/Pflegeberater ◆ Pflegekassen ◆ Krankenkassen ◆ Ambulante Pflegedienste ◆ Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag ◆ Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement) ◆ Haus- und Fachärzte/innen ◆ ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) ◆ Betreuungsbehörden ◆ Rechtliche Betreuer/innen, Betreuungsverein ◆ Kostenträger der Hilfe zur Pflege ◆ Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ◆ Anbieter der Altenhilfe (z. B. Beratungsangebote für ältere Menschen, Seniorenbüros) ◆ Beratungsstellen/Organisationen für Menschen mit Migrationshintergrund ◆ Wohnraumberatungsstellen ◆ andere kommunale Beratungsstellen (nicht Pflegestützpunkte) ◆ Andere, und zwar _____ <i>(Freitext)</i>
C5	Wie häufig führen Sie persönlich Vernetzungstätigkeiten durch? <i>Hinweis: Beziehen Sie sich bei Ihrer Angabe auf einen durchschnittlichen Monat dieses Jahres.</i> <i>Dropdown pro Zeile, „Sehr häufig (wöchentlich)“, „Häufig (monatlich)“, „Nicht so häufig (seltener als monatlich)“, „Nie“, „keine Angabe“</i>

	gion kennen die Rolle und Aufgaben des Pflegestützpunktes genau																																															
	Ich habe Zugriff auf eine regionale Datenbank, die aktuelle Informationen und Kontaktdaten über relevante Akteure für die pflegerische und soziale Versorgung und Betreuung in meiner Region enthält.	☐	☐	☐	☐	☐																																										
	Ich habe mir im Rahmen meiner Tätigkeit ein eigenes Netzwerk mit Ansprechpersonen aufgebaut.	☐	☐	☐	☐	☐																																										
	Mir fehlt im Berufsalltag die Zeit, ein Netzwerk mit regionalen Akteuren aufzubauen, die für die Pflegeberatung eine wichtige Rolle spielen.	☐	☐	☐	☐	☐																																										
	Ich habe ausreichend zeitliche Ressourcen, an Fachveranstaltungen teilzunehmen.	☐	☐	☐	☐	☐																																										
	Unser Pflegestützpunkt verfügt über Listen/eine eigene Datenbank mit relevanten Akteuren in unserer Region, einschließlich Kontaktdaten.	☐	☐	☐	☐	☐																																										
C9	Im Nachfolgenden geht es um Ihre Einschätzung zur Zusammenarbeit/Ver-netzung mit den regionalen Akteurinnen und Akteuren im Rahmen Ihrer Arbeit. Bitte geben Sie für die folgenden Akteurinnen und Akteure an, inwiefern Sie mit diesen zusammenarbeiten. <i>Mehrfachauswahl pro Zeile, In der Regel keine Zusammenarbeit und Akteur gibt es in der Region nicht exklusiv</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>In der Regel keine Zusammenar-beit</th><th>Ab und zu fall-bezo-gene Zusammenar-beit</th><th>Häufiger fallbezo-gene Zusammenar-b-eit</th><th>Fall-über-grei-fende Zusammenar-beit</th><th>Akteur gibt es in der Region nicht</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pflegekassen</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Krankenkassen</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Medizinischer Dienst (MD, SMD)</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>(Andere) Pflegestütz-punkte/Standorte</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>Ambulante Pflegedienste</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr> <td>(Teil-)stationäre Pflegeeinrich-tungen</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>							In der Regel keine Zusammenar-beit	Ab und zu fall-bezo-gene Zusammenar-beit	Häufiger fallbezo-gene Zusammenar-b-eit	Fall-über-grei-fende Zusammenar-beit	Akteur gibt es in der Region nicht	Pflegekassen	☐	☐	☐	☐	☐	Krankenkassen	☐	☐	☐	☐	☐	Medizinischer Dienst (MD, SMD)	☐	☐	☐	☐	☐	(Andere) Pflegestütz-punkte/Standorte	☐	☐	☐	☐	☐	Ambulante Pflegedienste	☐	☐	☐	☐	☐	(Teil-)stationäre Pflegeeinrich-tungen	☐	☐	☐	☐	☐
	In der Regel keine Zusammenar-beit	Ab und zu fall-bezo-gene Zusammenar-beit	Häufiger fallbezo-gene Zusammenar-b-eit	Fall-über-grei-fende Zusammenar-beit	Akteur gibt es in der Region nicht																																											
Pflegekassen	☐	☐	☐	☐	☐																																											
Krankenkassen	☐	☐	☐	☐	☐																																											
Medizinischer Dienst (MD, SMD)	☐	☐	☐	☐	☐																																											
(Andere) Pflegestütz-punkte/Standorte	☐	☐	☐	☐	☐																																											
Ambulante Pflegedienste	☐	☐	☐	☐	☐																																											
(Teil-)stationäre Pflegeeinrich-tungen	☐	☐	☐	☐	☐																																											

	<i>selbstständig arbeitende Pflegeberaterinnen/Pflegeberater</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Rehabilitationseinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Haus- und Fachärzte/innen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Heilmittelerbringer (z. B. Physio- und Ergotherapeuten/innen)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Leistungserbringer der Eingliederungshilfe</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Kostenträger der Eingliederungshilfe</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Betreuungsbehörden</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Rechtliche Betreuer/innen, Betreuungsverein</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Kostenträger der Hilfe zur Pflege</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>sozialpsychiatrischer Dienst</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Anbieter der Altenhilfe (z.B. Beratungsangebote für ältere Menschen, Seniorenbüros)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Selbsthilfegruppen/-vereine</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Beratungsstellen/Organisationen für Menschen mit Migrationshintergrund</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Wohnraumberatungsstellen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>andere kommunale Beratungsstellen (nicht Pflegestützpunkte)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
C9_1	Wenn C9 = „Ab und zu fallbezogene Zusammenarbeit“, „Häufiger fallbezogene Zusammenarbeit“, „Fallübergreifende Zusammenarbeit“ Bitte geben Sie für die Akteurinnen und Akteure, mit denen Sie zusammenarbeiten, an, wie gut Sie mit diesen zusammenarbeiten. <i>Hinweis: Bitte geben Sie möglichst pauschale Einschätzungen für die jeweilige Akteursgruppe ab, da die Qualität der Zusammenarbeit variieren kann (z. B., wenn die Zusammenarbeit mit einigen Pflegekassen sehr gut und mit anderen weniger gut ist).</i> <i>Einfachauswahl pro Zeile</i>					

		<i>Sehr gute Zusammenarbeit</i>	<i>Gute Zusammenarbeit</i>	<i>Weniger gute Zusammenarbeit</i>	<i>Schwierige Zusammenarbeit</i>	<i>Keine Angabe</i>
	<i>Pflegekassen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Krankenkassen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Medizinischer Dienst (MD, SMD)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>(Andere) Pflegestützpunkte/Standorte</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Ambulante Pflegedienste</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>selbstständig arbeitende Pflegeberaterinnen/Pflegeberater</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Krankenhäuser/Kliniken (z. B. Sozialdienste/Entlassmanagement)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Rehabilitationseinrichtungen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Haus- und Fachärzte/innen</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Heilmittelerbringer (z. B. Physio- und Ergotherapeuten/innen)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Leistungserbringer der Eingliederungshilfe</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Kostenträger der Eingliederungshilfe</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Betreuungsbehörden</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Rechtliche Betreuer/innen, Betreuungsverein</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Kostenträger der Hilfe zur Pflege</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>sozialpsychiatrischer Dienst</i>	☐	☐	☐	☐	☐
	<i>Anbieter der Altenhilfe (z.B. Beratungsangebote für ältere Menschen, Seniorenbüros)</i>	☐	☐	☐	☐	☐

	Selbsthilfegruppen/-vereine	☐	☐	☐	☐	☐
	Beratungsstellen/Organisationen für Menschen mit Migrationshintergrund	☐	☐	☐	☐	☐
	Wohnraumberatungsstellen	☐	☐	☐	☐	☐
	andere kommunale Beratungsstellen (nicht Pflegestützpunkte)	☐	☐	☐	☐	☐

Wünsche zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte und Abschluss

F1	Abschließend möchten wir gerne von Ihnen wissen, welche Anregungen und Wünsche Sie zur Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte haben. Bitte hier eintragen: _____ (Freitext)
F2	Sie haben nun das Ende der Befragung erreicht. Bitte beachten Sie: Wenn Sie unten auf „weiter“ klicken, werden Ihre Antworten automatisch übermittelt und Sie können diese nicht mehr ändern. Gibt es noch etwas, das Sie uns abschließend zum Thema Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg mitteilen möchten? Bitte hier eintragen: _____ (Freitext)
	<i>Anzeige nach Aktivierung des „Absenden“-Buttons:</i> Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung und Zeit! Wir haben Ihre Antworten erhalten. Sie können den Fragebogen und Ihre Antworten nun als PDF herunterladen und die Seite dann schließen.

A4 Fragebogen der Nutzerinnen und Nutzer

Liebe Nutzerinnen und Nutzer der Beratung in den Pflegestützpunkten,

das IGES Institut wurde durch die Kommission Pflegestützpunkte damit beauftragt, die Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg zu untersuchen. Ziel der Untersuchung ist es, das Beratungsangebot weiterzuentwickeln und damit auch die Beratungsqualität weiter zu optimieren. Dabei sollen auch regionale Strukturen berücksichtigt werden.

Wir möchten Sie herzlich dazu einladen, an der folgenden Befragung zu **Ihren persönlichen Erfahrungen mit der Beratung in Pflegestützpunkten** teilzunehmen.

Bitte füllen Sie dafür den anliegenden **Fragebogen** aus. Die Beantwortung wird **etwa 15 bis 20 Minuten** in Anspruch nehmen. Gehen Sie bitte den ganzen Fragebogen bis zum Ende durch.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Es entstehen Ihnen **keine** Nachteile, wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen. Die Befragung findet **anonym** statt. Es ist kein Rückschluss auf Ihre Person oder Ihre Beraterin bzw. Ihren Berater möglich. Ihre Antworten werden **anonym** und gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen ausgewertet.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post (mit dem beigefügten Rückumschlag), E-Mail oder Fax **bis spätestens 10.11.2023** an untenstehende Kontaktdaten.

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

D-10117 Berlin

Fax: 030 230 809 11

E-Mail:

**[evaluation-
pflegestuetzpunkte@iges.com](mailto:evaluation-pflegestuetzpunkte@iges.com)**

Bei Fragen können Sie unser Projektteam telefonisch erreichen unter:

030 230 809 213

[Mo-Fr 9 bis 14 Uhr]

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Grit Braeseke vom IGES Institut

[Projektleitung]

Datenschutzhinweis

Dieser Datenschutzhinweis gibt Auskunft darüber, welche Daten erhoben und in welcher Weise genutzt werden. Es sind keine negativen Konsequenzen mit einer Nichtteilnahme an der Befragung verbunden.

Verantwortlicher

Für die Datenverarbeitung ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich.

Daten der Befragung

Im Rahmen der Befragung erfasst die IGES Institut GmbH grundsätzlich nur Daten, die für das Forschungsvorhaben zur Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg notwendig sind. Daten zu Ihrer Altersgruppe oder Pflegegrad dienen lediglich der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe.

Die Teilnahme an der Befragung erfolgt freiwillig.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt durch die IGES Institut GmbH nach postalischem Versand der Fragebögen ohne Angabe Ihrer Adressdaten an die IGES Institut GmbH. Die Daten werden weder an den Auftraggeber (Kommission Pflegestützpunkte) oder andere Institutionen oder Personen weitergegeben. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt anonymisiert. Ein Rückschluss auf einzelne Personen ist im Rahmen der Datenverarbeitung nicht möglich. Es findet zu keinem Zeitpunkt eine personenbezogene Auswertung statt, es wird ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Datenerhebung ausgewertet.

Einsatz von Dienstleistern/Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens ist der Einsatz von externen Dienstleistern oder eine Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums nicht vorgesehen.

Betroffenenrechte

Die Befragung ist anonym und enthält keine personenbezogenen Daten. Eine Berichtigung, Sperrung oder Löschung der Daten ist auf Anforderung bei der IGES Institut GmbH aufgrund der anonymen Speicherung und Verarbeitung nicht möglich.

Sollten Sie Fragen zu diesem Datenschutzhinweis haben, können Sie sich unter der E-Mailadresse datenschutz@iges.com an den Datenschutzbeauftragten der IGES Institut GmbH wenden.

Bitte beachten Sie: Der Fragebogen richtet sich an die Person, die eine Beratung im Pflegestützpunkt in Anspruch genommen hat. Dies kann die pflegebedürftige Person selbst, eine Angehörige bzw. ein Angehöriger oder eine nahestehende Person sein. Die pflegebedürftige Person kann den Fragebogen allein oder gemeinsam mit einer anderen Person ausfüllen bzw. ihn komplett von einer anderen Person ausfüllen lassen. Bitte füllen Sie pro Person nur einen Fragebogen aus.

A. Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person/Person, für die die Beratung in Anspruch genommen wurde

Welcher Altersgruppe ist die pflegebedürftige Person zuzuordnen?

- A1** ☐ 0-17 Jahre ☐ 18-64 Jahre ☐ 65-74 Jahre ☐ 75-84 Jahre
☐ 85-89 Jahre ☐ 90 Jahre und älter ☐ keine Angabe

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- A2** ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐ keine Angabe

A3 Welchen Pflegegrad hat die pflegebedürftige Person?

- ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4
☐ Pflegegrad 5 ☐ (noch) keinen ☐ weiß ich nicht ☐ keine Angabe

A4 Wo haben Sie die Beratung in Anspruch genommen?

Hinweis: Wenn Sie den Land-/Stadtkreis oder den Pflegestützpunkt nicht kennen, überspringen Sie diese Frage bitte.

Bitte Land-/Stadtkreis eintragen (z. B. Landkreis Esslingen, Stadt Karlsruhe):

Bitte Pflegestützpunkt bzw. Ort eintragen, in/an dem die Beratung stattfand (z. B. Pflegestützpunkt Nürtingen, Pflegestützpunkt Wendlingen) :

A5 Warum haben Sie diesen Pflegestützpunkt gewählt?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

- ☐ Wir/Ich wurde/n an diesen Pflegestützpunkt verwiesen, als wir/ich einen Termin in einem anderen Pflegestützpunkt ausmachen wollte/n.
- ☐ Zu diesem Pflegestützpunkt ist der Weg von meinem/unserem Zuhause am kürzesten bzw. am besten zu erreichen.
- ☐ In diesem Pflegestützpunkt gibt es ein spezielles Beratungsangebot, das wir in Anspruch genommen haben und das es in anderen Pflegestützpunkten nicht gibt.
- ☐ Es gab lange Wartezeiten/keine freien Termine in anderen Pflegestützpunkten.
- ☐ Der Pflegestützpunkt liegt auf meinem/unserem Weg (z. B. zur Arbeit, Arzt, Einkaufen).
- ☐ Mir/uns wurde genau dieser Pflegestützpunkt bzw. eine Beraterin/ein Berater im Pflegestützpunkt empfohlen.
- ☐ anderes, und zwar: _____

A6 Wie sind Sie in den Pflegestützpunkt gekommen?

- ☐ zu Fuß
- ☐ mit dem Auto/Taxi
- ☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn)
- ☐ mit dem Fahrrad
- ☐ Die Pflegeberatung fand bei mir/uns zu Hause (Hausbesuch) oder telefonisch statt.
- ☐ anderes, und zwar: _____

A7 Wie lange haben Sie in etwa von Ihrem Zuhause bis in den Pflegestützpunkt gebraucht (Hinweg)?

Hinweis: Wenn Sie den Pflegestützpunkt von einem anderen Ort aus aufgesucht haben, geben Sie bitte an, wie lange Sie wahrscheinlich von Ihrem Zuhause aus gebraucht hätten.

- ☐ ca. _____ Minuten (bitte eintragen)
- ☐ kein Anreiseweg (Pflegeberatung fand bei mir/uns zuhause bzw. telefonisch statt).

B. Kenntnis und Anliegen der Beratung im Pflegestützpunkt**B1 Woher wussten Sie, dass es das Angebot einer Beratung im Pflegestützpunkt gibt?**

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

Ich wusste von dem Angebot durch:

- ☐ die Kranken- oder Pflegekasse
- ☐ einen Pflegestützpunkt
- ☐ eine Beratungsstelle (nicht Pflegestützpunkt)
- ☐ eine kommunale Anlaufstelle (z. B. Sozialhilfe, Eingliederungshilfe)
- ☐ eine Pflegeeinrichtung oder einen Pflegedienst
- ☐ den Gutachter/die Gutachterin des Medizinischen Dienstes, der/die den Pflegegrad ermittelt hat.
- ☐ meinen Haus- oder Facharzt/meine Haus- oder Fachärztin
- ☐ ein Krankenhaus oder eine Klinik
- ☐ einen Arbeitgeber oder eine Veranstaltung im Unternehmen
- ☐ eine Selbsthilfeorganisation/ Seniorenbegegnungsstätten oder Ähnliches
- ☐ Werbung (nicht von Kranken-/Pflegekasse; z. B. TV, Zeitung, Internet)
- ☐ Angehörige, Freunde, Nachbarschaft
- ☐ Sonstiges, und zwar:

B2 Weshalb haben Sie die Beratung in Anspruch genommen?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

(Pflege-)Situation

- ☐ Wir/Ich möchte/n mich/uns **vorsorglich** zur Pflegesituation beraten lassen.
- ☐ Die Pflegesituation hat sich **verschlechtert**.
- ☐ Es trat eine **plötzliche Erkrankung/Pflegebedürftigkeit** ein.
- ☐ Die **Entlassung aus dem Krankenhaus** stand bevor oder fand gerade statt.
- ☐ anderer Grund, und zwar: _____

Informationen zu Leistungen

- ☐ Wir/Ich hatte/n **Fragen zu den Leistungen der Pflegekasse**.
- ☐ Wir/Ich hatte/n **Fragen zu Leistungen der Sozialhilfe**.
- ☐ Wir/Ich hatte/n **Fragen zur Schwerbehinderung/zum Schwerbehindertenausweis**.
- ☐ Wir/Ich hatte/n **Fragen zu Leistungen zum Thema Wohnen** (z. B. Wohnberechtigungsschein, Umzug).

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

- ☐ Wir/Ich hatte/n **Fragen zu anderen Leistungen**, nämlich:

- ☐ Wir/Ich benötigte/n **Hilfe bei der Auswahl von Hilfsmitteln** (z. B. Rollator).
- ☐ Wir/Ich benötigte/n **Hilfe bei der Suche nach einem Pflegedienst/einem Pflegeheimplatz.**
- ☐ Wir/Ich benötigte/n Beratung zu **rechtlichen Fragestellungen.**

Unterstützung bei Anträgen/Formularen

- ☐ Wir/Ich benötigte/en Hilfe bei **Formularen/Anträgen der Pflegekassen.**
- ☐ Wir/Ich benötigte/en Hilfe bei **Formularen/Anträgen anderer Institutionen.**
- ☐ Wir/Ich hatte/n **Fragen zum Pflegegrad-Bescheid (inkl. Ablehnung oder Widerspruch).**

Informationen zur Pflege

- ☐ Wir/Ich hatte/n **allgemeine Fragen** zur Pflegesituation.
- ☐ Wir/Ich hatte/n Fragen zur Organisation der Pflege für Menschen mit **geistigen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz)**.
- ☐ Wir/Ich hatte/n Fragen zur Organisation der Pflege für Menschen mit **psychischen Erkrankungen**.
- ☐ Wir/Ich hatte/n Fragen zur Organisation der Pflege für **pflegebedürftige Kinder**.
- ☐ Wir/Ich hatte/n Fragen zur Organisation der **Kurzzeit-/Verhinderungspflege**.
- ☐ Wir/Ich hatten Fragen zur Organisation/Kontaktaufnahme zu **Leistungserbringern** (z. B. ambulante Pflegedienste, Tagespflege, Betreuungsdienste und -angebote, Hauswirtschaftsdienste).
- ☐ Wir benötigten **Unterstützung für die angehörige Person**, die die Pflege übernimmt.

C. Persönliche Einschätzung der letzten Beratung im Pflegestützpunkt

C1 Es war ganz **einfach**, einen Termin für die Beratung auszumachen.

[illegible]

C2	Ich/wir konnte/n den Gesprächen gut folgen und habe/n alles verstanden, was der Berater bzw. die Beraterin erklärt hat.					
	trifft gar nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	teils/teils ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll und ganz zu ☐	nicht notwendig/nicht zutreffend ☐
C3	In der Beratung konnten die meisten unserer/meiner Fragen beantwortet werden.					
	trifft gar nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	teils/teils ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll und ganz zu ☐	nicht notwendig/nicht zutreffend ☐
C4	Durch die Beratung kann die Pflege- bzw. Versorgungssituation besser organisiert werden.					
	trifft gar nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	teils/teils ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll und ganz zu ☐	nicht notwendig/nicht zutreffend ☐
C5	Für die Beratung stand ausreichend Zeit zur Verfügung.					
	trifft gar nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	teils/teils ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll und ganz zu ☐	nicht notwendig/nicht zutreffend ☐
C6	Ich/Wir wusste/n nach dem Beratungsgespräch genau, was als Nächstes zu tun ist .					
	trifft gar nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	teils/teils ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll und ganz zu ☐	nicht notwendig/nicht zutreffend ☐
C7	Die Beraterin bzw. der Berater konnte uns/mir direkt die richtigen Anlaufstellen für unsere/meine Fragen und Anliegen nennen.					
	trifft gar nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	teils/teils ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll und ganz zu ☐	nicht notwendig/nicht zutreffend ☐
C8	Durch die Beratung hat sich mein Wissen über Leistungen der Pflegekasse und sonstige Unterstützungsmöglichkeiten deutlich verbessert .					
	trifft gar nicht zu ☐	trifft eher nicht zu ☐	teils/teils ☐	trifft eher zu ☐	trifft voll und ganz zu ☐	nicht notwendig/nicht zutreffend ☐

C9	Die Beraterin bzw. der Berater ist auf alle unsere Fragen und Wünsche eingegangen.					
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	nicht notwendig/ nicht zutreffend
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C10	Bei Entscheidungen, die wir hinsichtlich bestimmter Maßnahmen nicht treffen konnten, wurden wir durch die Beraterin bzw. den Berater aktiv unterstützt .					
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	nicht notwendig/ nicht zutreffend
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C11	Die Beraterin bzw. der Berater sorgt dafür , dass die besprochenen Maßnahmen (z. B. Pflegedienst finden, Tagespflege organisieren etc.) umgesetzt werden.					
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	nicht notwendig/ nicht zutreffend
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C12	Die Beraterin bzw. der Berater hat den Kontakt zu den an der Umsetzung der besprochenen Maßnahmen relevanten Stellen hergestellt oder wird dies noch tun .					
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	nicht notwendig/ nicht zutreffend
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C13	Die Beraterin bzw. der Berater hat sich bei mir/uns erkundigt , ob die Umsetzung der besprochenen Maßnahmen funktioniert hat oder ob es Probleme gab.					
	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu	nicht notwendig/ nicht zutreffend
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C14	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Beratung?					
	ganz und gar nicht zu- frieden	eher nicht zu- frieden	teils/teils	eher zufrieden	voll und ganz zu- frieden	
	☐	☐	☐	☐	☐	

D. Verbesserungsvorschläge

D1 Was könnte Ihrer Meinung nach bei der Beratung in Pflegestützpunkten **verbessert** werden?

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an.

Kenntnis und Erreichbarkeit

- ☐ mehr **Information oder Werbung**, für das Angebot der Pflegeberatung
- ☐ bessere **Erreichbarkeit** des Pflegestützpunktes (z. B. telefonisch)
- ☐ bessere **Erreichbarkeit** des Pflegestützpunktes (z. B. Anbindung mit ÖPNV, Parkplätze, Barrierefreiheit)
- ☐ es sollte immer **derselbe/dieselbe Berater/Beraterin** für mich zuständig sein
- ☐ es sollten **mehr Hausbesuche** angeboten werden

Beratungsinhalte und Qualifikation der Berater/Beraterinnen

- ☐ der/die Berater/Beraterin sollte besser über lokale Angebote informiert sein (z. B. Angebote für pflegende Angehörige, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Anlaufstellen für spezielle Gruppen (z. B. pflegebedürftige Kinder, Demenz))

- ☐ Ausbau der Angebote zu weiteren Beratungsthemen, und zwar:

Kommunikation im Beratungsgespräch

- ☐ es muss **nichts verbessert** werden
- ☐ verständlichere **Erklärungen** im Beratungsgespräch (z. B. verständlichere Sprache)
- ☐ bessere **Kommunikation** mit dem/der Berater/Beraterin (z. B. mehr auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen, eine angenehmere Atmosphäre schaffen, sich mehr Zeit nehmen)
- ☐ klarere **Strukturierung des Beratungsgesprächs**, z. B. Benennung von Verantwortlichkeiten (Wer macht was?) und Prioritäten (Was muss zuerst gemacht werden?)

- ☐ etwas Anderes sollte verbessert werden, und zwar:

G. Abschluss**G2 Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?**

*Bitte beachten Sie: Wir können **keine Informationen an die Kranken- oder Pflegekasse** weiterleiten. Bei Fragen zur Pflegeversicherung nehmen Sie bitte Kontakt zur Ihrer zuständigen Pflegekasse auf. Vielen Dank!*

Sofern Sie uns noch etwas mitteilen möchten, bitte hier eintragen:

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte senden Sie nun den Fragebogen an uns zurück.

A5 Ausfüllhilfe zur Tätigkeitserfassung

IGES

1

Nutzungsanleitung Tätigkeitserfassung Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg im Zeitraum 19.09.23 bis 16.10.23

Inhalt

1.	Registrierungs- und Anmeldeprozess	2
1.1	Registrierung	2
1.2	Eingabe der Stammdaten	2
1.3	Anmeldung nach erfolgreicher Registrierung	3
1.4	Passwort vergessen/ändern	3
1.5	Kontakt für Rückfragen	3
2.	Erfassung der Tätigkeiten	4
2.1	Tätigkeiten mit Klientenbezug	4
2.1.1	Klienten anlegen bzw. auswählen	4
2.1.2	Angaben zu Klienten	5
2.2	Klientenbezogene Tätigkeiten erfassen	6
2.2.1	Erläuterungen zu den Kategorien klientenbezogener Tätigkeiten	7
2.2.2	Tätigkeit bearbeiten	8
2.3	Tätigkeiten ohne Klientenbezug	10
3.	Eingabe der Gesamtarbeitszeit eines Arbeitstages	12
3.1	Druckansicht für alle Eintragungen eines Tages	12
3.2	Beenden der Erfassung/Erfassungstool schließen	13

Technischer Hinweis: Nutzen Sie, wenn möglich, folgende Browser auf Ihrem PC:



Edge



Mozilla Firefox

nicht verwenden:



Internet Explorer



Google Chrome

1. Registrierungs- und Anmeldeprozess

The registration form features two tabs: 'Anmeldung' and 'Registrierung'. The 'Registrierung' tab is selected. Below the tabs are three input fields: 'Email-Adresse', 'Passwort', and 'Passwort wiederholen'. A dark blue button labeled 'Registrieren' is positioned below the password fields.

1.1 Registrierung

Bevor Sie mit der Eingabe Ihrer Daten zur Erfassung Ihrer Tätigkeiten starten können, bitten wir Sie, sich über den Link <https://evaluation-pflegestuetzpunkte.iges.de/> unter „Registrierung“ einmalig mit Ihrer E-Mail-Adresse (aus Datenschutzgründen sollten ausschließlich Sie auf diese E-Mail-Adresse Zugriff haben) und einem selbst gewählten Passwort zu registrieren. Es erfolgt im Anschluss keine E-Mail-Benachrichtigung über eine erfolgreiche Registrierung.

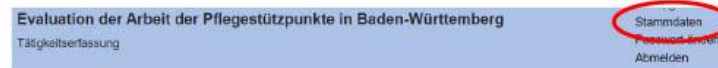
1.2 Eingabe der Stammdaten

Nachdem Sie sich registriert haben, werden Sie aufgefordert, einmalig Ihre „Stammdaten“ einzutragen – Ihren Pflegestützpunkt/Standort und Ihre Funktion (siehe Abbildung nächste Seite).

Anschließend werden Sie zur Tätigkeitserfassung weitergeleitet.

The 'Stammdaten' form is divided into two main sections: 'Ort' and 'Funktion'.
Ort Section: Includes a 'Kreis' dropdown menu (set to 'Böblingen (LK)'), a 'Standort' dropdown menu (set to 'Standort Leornberg'), a checkbox for 'Anderer Standort', and a text field for 'Standortname'.
Funktion Section: Includes a 'Funktion' dropdown menu (set to 'Pflegeberaterin/-berater mit Weiterbildung für die Beratung nach § 7a SGB XI'), a checkbox for 'Koordinierende Stelle', and a dropdown menu for 'Anteil für koordinierende Tätigkeiten an einer Vollzeitstelle (39,5 Stunden)' (set to 'keine koordinierende Stelle').
A green 'Speichern' button is located at the bottom of the form.

Sollten Sie diese Stammdaten später ändern wollen, kommen Sie über die Auswahl „Stammdaten“ im Fenster oben rechts in dieses Untermenü.



1.3 Anmeldung nach erfolgreicher Registrierung

Wenn Sie bereits registriert sind, starten Sie das Erfassungstool an den Folgetagen über das Menü „Anmeldung“: Hier können Sie sich unmittelbar mit Ihren Registrierungsdaten (E-Mail-Adresse und selbst gewähltes Passwort) anmelden und anschließend Ihre Eingaben vornehmen.

A screenshot of the login form. At the top, there are two tabs: 'Anmeldung' (selected) and 'Registrierung'. Below the tabs, there are two input fields: 'Email-Adresse' with the value 'gnt.braeseke@iges.com' and 'Passwort' with a masked password '*****'. At the bottom, there are two buttons: 'Anmelden' and 'Passwort vergessen'.

1.4 Passwort vergessen/ändern

Im Falle des Verlusts Ihres Passworts, können Sie auf der Startseite unter „Anmeldung“ auf den Button „Passwort vergessen“ klicken. Ihnen wird umgehend eine E-Mail an Ihre E-Mail-Adresse mit einem neuen Passwort gesendet. Bitte geben Sie dies manuell ein (nicht mit rechten Mausklick und „Einfügen“ copy und paste bzw. nicht über die Tastenkombination STRG + C und STRG + V).

Passwort ändern

Um Ihr Passwort nach einem Verlust oder grundsätzlich zu ändern, klicken Sie, nachdem Sie sich angemeldet haben, oben rechts auf „Passwort ändern“. Sie haben dann die Möglichkeit ein neues Passwort einzugeben.



1.5 Kontakt für Rückfragen

IGES Institut GmbH
Ulrike Pörschmann-Schreiber
ulrike.poerschmann-schreiber@iges.com
Telefon: 030 230 809 213

2. Erfassung der Tätigkeiten

Bitte füllen Sie diese Tätigkeitserfassung innerhalb des Erfassungszeitraums vom 19.09.2023 bis 16.10.2023 möglichst für **10 aufeinanderfolgende Arbeitstage** aus, in denen kein Urlaub geplant ist. Sollten Sie, z. B. aufgrund eines längeren Urlaubs, im Erfassungszeitraum keine zehn aufeinanderfolgenden Arbeitstage haben, dann erfassen Sie bitte trotzdem so viele Tage wie möglich. Sollten Sie innerhalb des von Ihnen gewählten Zeitraums ungeplant ausfallen (z. B. krankheitsbedingt), kreuzen Sie bitte in der Tätigkeitserfassung an: „Heute keine Tätigkeit für den Pflegestützpunkt“. Verfahren Sie bitte auch so, wenn Sie geplant nicht an allen 10 aufeinanderfolgenden Tagen im Pflegestützpunkt arbeiten, z. B. aufgrund Ihrer regulären Arbeitszeit in Teilzeit.

Erfassen Sie Ihre Tätigkeiten am besten am Ende eines Arbeitstages und nutzen Sie tagsüber die zur Verfügung gestellte **Dokumentationshilfe** für Notizen (insb. für die Zuordnung von Tätigkeiten zu einzelnen Klienten, für Zeitverbräuche einzelner Tätigkeiten etc.). Wenn Sie unsicher sind, was genau an der einen oder anderen Stelle einzutragen ist, können Sie auch auf dieser Seite die Nutzungsanleitung aufrufen.

Wählen Sie zunächst den Tag aus, für den Sie Tätigkeiten erfassen wollen – dieser wird dann in dunkelblauer Farbe angezeigt:

Bitte klicken Sie auf den entsprechenden Tag, um Ihre Tätigkeiten einzutragen.

Tätigkeitstag

[Nutzungsanleitung](#)

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5
Tag 6	Tag 7	Tag 8	Tag 9	Tag 10

2.1 Tätigkeiten mit Klientenbezug

2.1.1 Klienten anlegen bzw. auswählen

Tätigkeiten mit Klientenbezug

Klient 1 [Klient bearbeiten](#) [+ Neuer Klient](#)

Noch keine Tätigkeiten erfasst.

Neue Tätigkeit hinzufügen

[Auswahl/Erneuerungsinformation](#)
[Beratung](#)
[Beratung nach 7a SGB XI](#)
[Case Management](#)
[Dokumentation/Recherche](#)
[Kollaborative Fallberatung](#)
[Koordination](#)

Um klientenbezogene Tätigkeiten erfassen zu können, müssen zunächst die Klientinnen/Klienten (d. h. die pflegebedürftigen Personen) angelegt werden. Wählen Sie dazu die Schaltfläche „+ Neuer Klient“. Die von Ihnen angelegten Klientinnen bzw. Klienten werden **fortlaufend nummeriert**. Das ermöglicht es Ihnen, für ein und denselben Klienten an einem Tag mehrere Tätigkeiten (mit und ohne direkten Klientenkontakt) einzutragen oder an darauffolgenden Tagen ggf. eine Tätigkeit ein und derselben Person zuzuordnen. Nutzen Sie als **Dokumentationshilfe** die zur Verfügung gestellte Liste, auf der Sie

sich zum Namen der Klientin/des Klienten die vom System vergebene Nummer (z. B. Hr. Müller - Klient 5) notieren können.

Tätigkeiten mit Klientenbezug

Klient 1
▼
K

Wenn Sie für eine bereits erfasste Klientin bzw. einen Klienten eine Tätigkeit eintragen möchten, wählen Sie die entsprechende Nummer (z. B. Klient 1) im Feld oben links aus.

2.1.2 Angaben zu Klienten

.... erfolgen im Untermenü „Klient bearbeiten“:

Klient bearbeiten

Klient 10

Klient 10

Anonymer Fall ☐

Kontaktart ▼

Es sind keine weiteren Angaben möglich ☐

Wohnort der pflegebedürftigen Person ▼

Speichern
Nutzungsanleitung

Bitte machen sie hier Angaben zur Kontaktart (Erst- oder Folgekontakt) sowie zum Wohnort der pflegebedürftigen Person (innerhalb oder außerhalb des Einzugsgebietes des PSP). Sollte es sich um eine Klientin/einen Klienten handeln, die/der bereits **vor Beginn des Erhebungszeitraumes** beraten wurde (Folgekontakt), werden ergänzende Angaben zur Anzahl und zum geschätzten Zeitaufwand vorangegangener Beratungen erbeten.

Klient bearbeiten

Klient 10

Klient 10

Anonymer Fall ☐

Kontaktart ▼

bisherige Kontakte vor dem Zeitraum dieser Tätigkeitserfassung

keine weiteren Angaben möglich ☐

Anzahl bisheriger Kontakte (falls nicht genau nachvollziehbar, bitte ungefähre Anzahl eintragen)

0

daß für insgesamt ungefähr aufgewendete Zeit in Stunden (ggf. Schätzung)

Zeitdauer

Es sind keine weiteren Angaben möglich ☐

Wohnort der pflegebedürftigen Person ▼

Speichern
Nutzungsanleitung

Die Angaben zur Klientin/zum Klienten können auch zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt/geändert werden:

Wählen Sie hierzu im Bereich „Tätigkeiten mit Klientenbezug“ zunächst den Klienten aus (z. B. Klient 8) und anschließend „Klient bearbeiten“. Ein „fälschlicherweise“ angelegter Klient kann entweder korrigiert werden (Klient bearbeiten) oder verbleibt im System, ohne dass ihr/ihm Tätigkeiten zugeordnet werden.

Achtung: Haben Sie im Erfassungszeitraum einen Erstkontakt, den Sie in den folgenden Tagen erneut beraten, ist die Kontaktart **nicht zu ändern**. Dadurch, dass Sie dann für einen bereits angelegten Klienten Eintragungen vornehmen, ist die Beratungszeit bei der Datenauswertung eindeutig zuordenbar.

2.2 Klientenbezogene Tätigkeiten erfassen

„Klienten“ sind in erster Linie Personen mit Pflegebedarf (Beratungsfall). Die Frage nach dem Wohnort (innerhalb oder außerhalb des Einzugsgebietes) bezieht sich auf die pflegebedürftige Person. Wenn Sie persönlich oder (video-)telefonisch/per Mail etc. Kontakt mit einer Angehörigen/einem Angehörigen/Betreuerin/Betreuer o. ä. hatten, bezieht sich „Klient“ z. T. auch auf diese Person (z. B., wenn nach der Art der Anreise zum Pflegestützpunkt und der Anreisezeit der Klientin/des Klienten gefragt wird).

Bitte erfassen Sie hier alle Tätigkeiten, die sich direkt einer Klientin/einem Klienten bzw. einem Fall zuordnen lassen. Sie können hier Tätigkeiten mit und ohne Klientenkontakt eintragen: Für Tätigkeiten **mit direktem Klientenkontakt**, unabhängig davon, ob es ein persönlicher oder ein telefonischer oder E-Mail-Kontakt ist, wählen Sie bitte eine der Kategorien „Auskunft/Einzelninformation“, „Beratung“, „Beratung nach § 7a SGB XI“ oder „Case Management“ (nähere Erläuterungen dazu siehe unten).

Tätigkeiten mit Klientenbezug, aber **ohne direkten Klientenkontakt** können „Dokumentation/Recherche“, „Kollegiale Beratung“ oder „Koordinierung“ sein (nähere Erläuterungen dazu siehe unten). Sie können für einen Klienten an einem Tag mehrere unterschiedliche Tätigkeiten dokumentieren.

2.2.1 Erläuterungen zu den Kategorien kundenbezogener Tätigkeiten

Auskunft/Einzelinformation

... steht für alle ratsuchenden Kontakte zu Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit, Leistungsansprüchen und Hilfsangeboten zur Verfügung. Die persönliche Lebenssituation der pflegebedürftigen Person wird hierbei nicht mit einbezogen. Es werden ausschließlich Informationsmaterialien zu angefragten Einzelthemen weitergegeben, keine Folgekontakte.

Beratung

.... steht für alle ratsuchenden Kontakte zu Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit, Leistungsansprüchen und Hilfsangeboten unter Einbezug der persönlichen Lebenssituation der pflegebedürftigen Person zur Verfügung. Die Beratung ist fallabschließend oder es gibt Folgekontakte und ist als Kurzzeitintervention mit dem Ziel der Problemlösung anzusehen. Es erfolgt keine Erstellung eines Versorgungsplanes. Die Ratsuchenden können mit Informationen weitgehend selbst umgehen, es ist kein Kontakt über PSP mit anderen Akteuren oder Netzwerk notwendig.

Beratung nach § 7a SGB XI

... kann sowohl eine individuelle, umfassende Beratung als auch ein Unterstützungsprozess im Sinne des Case Managements sein. Formales Kriterium für die § 7a-Beratung ist der Bezug von Leistungen nach dem SGB XI. Bei Beratung nach § 7a SGB XI sollen folgende Schritte stattfinden: Assessment, Erstellung individueller Versorgungsplan, Unterstützung der Umsetzung, Monitoring und Evaluation (Evaluation nicht zwingend erforderlich).

Case Management (CM)

... ist eine zeitlich begrenzte Einzelfallbearbeitung von § 7a-Fällen. CM ist ein auf den Einzelfall bezogener, umfassender Unterstützungsprozess für Personen mit komplexen Problemlagen. CM-Fälle sind im Gegensatz zu § 7a-Beratungen zwingend zu evaluieren und können in Fallkonferenzen eingebracht werden. Strukturelle Versorgungslücken werden aufgegriffen und durch Evaluation für die Systemebene (Altenhilfeplanung/Sozialplanung) zugänglich gemacht. **ACHTUNG: Ist eine Klientin/ein Klient einmal als CM-Fall dokumentiert worden, sind auch alle folgenden Kontakte mit dieser Person oder den Angehörigen/Betreuerinnen und Betreuern etc., selbst wenn sie nur kurze Einzelinformationen beinhalten, als CM zu erfassen.**

Dokumentation/Recherche

Tragen Sie hier den Zeitverbrauch für Dokumentations- und Recherchetätigkeiten für konkrete Klientinnen/Klienten ein, die Sie in Vor- oder Nachbereitung eines direkten Kontaktes bzw. Gesprächs erledigen.

Kollegiale Beratung

Tragen Sie hier den Zeitverbrauch für kundenbezogene Beratung/Besprechung mit Kolleginnen oder Kollegen oder ggf. externen Experten ein.

Koordinierung

Tragen Sie hier den Zeitverbrauch für kundenbezogene, koordinierende Tätigkeiten ein, z. B., wenn Sie freie Pflegeplätze suchen, spezialisierte Leistungserbringer oder Angehörige/Bezugspersonen kontaktieren oder Rücksprache mit der Pflegekasse halten.

2.2.2 Tätigkeit bearbeiten

Tätigkeit bearbeiten

Beratung

Beratungsort (wo haben Sie die Beratung durchgeführt?)

☐ im Pflegestützpunkt (Standort)
☐ Hausbesuch (beim Klienten)
☐ Außenselbst/Außensprechstunde
☐ Sonstiges (z. B. nach Vortrag)
☐ Homeoffice

Dauer:

> <= 1 Stunde
 > 1 bis 2 Stunden
 > 2-4 Stunden
 > 4-6 Stunden
 > 6-8 Stunden

Fallabschluss

Information/Vermittlung § 7a XI - Beratung

Speichern Abbrechen Nutzungsanleitung

Wenn Sie eine Kategorie ausgewählt haben, erscheint in einem neuen Fenster die Eingabemaske „Tätigkeit bearbeiten“.

Angezeigt wird die gewählte Kategorie (hier: „Beratung“) und für Tätigkeiten mit direktem Klientenkontakt (unabhängig davon, ob persönlich, telefonisch oder per Mail) die Frage nach dem Beratungsort, an dem Sie die Beratung durchgeführt haben, der Dauer der Beratung (beim Anklicken eines Zeitintervalls öffnet sich jeweils ein Auswahlfeld mit 15 bzw. 30-minütigen Abständen) sowie ergänzend die Fragen nach dem Fallabschluss und der Information/Vermittlung einer § 7a SGB XI-Beratung. Haben Sie alle Felder ausgefüllt, wählen Sie

speichern, um den Eintrag abzuschließen.

Hinweis zur Auswahl der Zeitintervalle

Für die Datenerfassung ist es nicht erforderlich, Ihre Tätigkeiten minutengenau anzugeben. Daher können Sie für die Dauer Ihrer Tätigkeiten zwischen verschiedenen Zeitintervallen wählen. Für eine Dauer von bis zu zwei Stunden umfassen die Intervalle je 15 Minuten. Für alle Zeitangaben über zwei Stunden je 30 Minuten. Für Tätigkeiten, die zwei Stunden oder länger dauern, kommt es zu zeitlichen Überschneidungen der Intervalle (2-2,5 Stunden, 2,5-3 Stunden, 3-3,5 Stunden etc.). Haben Sie für eine Tätigkeit bspw. genau zwei Stunden gebraucht, entscheiden Sie bitte selbst, ob sie eher ab- oder aufrunden und das niedrigere oder größere Intervall angeben möchten.

War der/die Klient/Klientin vor Ort?

☒ Ja

☐ Nein

Anreiseart:

Fahrrad

Bus/Bahn

Auto/Taxi

> 2-4 Stunden

> 4-6 Stunden

> 6-8 Stunden

Je nach gewählter Option öffnen sich weitere Untermenüs: Bei Auswahl „im Pflegestützpunkt“ oder „Außenstelle/Außensprechstunde“ wird gefragt, ob die Klientin/der Klient bzw. Angehörige/Betreuer o. ä. persönlich vor Ort waren (persönliche Beratung) und falls ja, werden Angaben zur Anreise der Klienten/Angehörigen/Betreuer erbeten. **Diese Angaben wurden bisher gem. Pflichtenheft nicht erhoben – sie werden im Rahmen der Evaluation jedoch zur Beantwortung der Frage der Wohnortnähe benötigt.** Erfragen Sie diese Angaben bitte während des Erhebungszeitraumes bei allen persönlichen Kontakten und nutzen Sie bei Bedarf die von IGES zur Verfügung gestellte **Dokumentationshilfe**, um diese Informationen zu notieren. Die **Anreisezeit** (ohne Rückweg) sollte bezogen auf den Weg vom Wohn-/ggf. Arbeitsort der ratsuchenden Person angegeben werden.

gen auf den Weg vom Wohn-/ggf. Arbeitsort der ratsuchenden Person angegeben werden.

Bei Auswahl „Hausbesuch“ und „Außenstelle/Außensprechstunde“ als Beratungsort werden Sie zusätzlich zur Dauer der Beratung gebeten, Ihre Wegezeiten (Summe für Hin- und Rückweg) anzugeben.

Hinweis zur Außenstelle/Außensprechstunde

Außenstellen/Außensprechstunden sind Beratungsorte, die nur zeitweise durch Beraterinnen und Berater der Pflegestützpunkte besetzt sind. Die personelle Besetzung kann dabei nur nach Bedarf/Vereinbarung, zu festen Sprechzeiten (z. B. 1x wöchentlich von 12-15 Uhr) oder in z. B. 14-tägigen Intervallen erfolgen.

Hinweis zur Angabe Ihrer Wegezeiten (Summe für Hin- und Rückweg)

Für die Beratungsorte „Hausbesuch (beim Klienten)“ und „Außenstelle/Außensprechstunde“ hinterlegen Sie bitte Ihre Reisezeit (Hin- und Rückweg). Wenn Sie in der **Außenstelle/Außensprechstunde mehrere Klientinnen bzw. Klienten beraten**, hinterlegen Sie Ihre Reisezeit bitte **nur für eine Klientin bzw. einen Klienten**. Wählen Sie für die restlichen Fälle bitte „keine“ aus.

Für die kundenbezogenen **Tätigkeiten ohne direkten Klientenkontakt** (Kategorien „Dokumentation/Recherche“, „Kollegiale Beratung“ oder „Koordinierung“) ist jeweils nur die Dauer der Tätigkeit zu erfassen sowie Ihre ggf. dabei anfallenden Reisezeiten (bei „Dokumentation/Recherche“ sind **keine** Reisezeiten vorgesehen).

Tätigkeit bearbeiten

Kollegiale Fallberatung

Dauer	Reisezeit	Wie viele Personen waren außer Ihnen noch beteiligt?
> <= 1 Stunde	> <= 1 Stunde	1
> 1 bis 2 Stunden	> 1 bis 2 Stunden	2
> 2-4 Stunden	> 2-4 Stunden	3
> 4-6 Stunden	> 4-6 Stunden	4
> 6-8 Stunden	> 6-8 Stunden	5

Speichern Abbrechen Notberganotung

Bei „kollegialer Beratung“ ist ergänzend anzugeben, wie viele Personen außer Ihnen an der Beratung beteiligt waren.

2.3 Tätigkeiten ohne Klientenbezug

Tätigkeiten <u>ohne</u> Klientenbezug			
Noch keine Tätigkeiten erfasst.			
Neue Tätigkeit hinzufügen:			
Administrative Tätigkeiten/Verwaltung	Fort- und Weiterbildung	Mitarbeit in Arbeitsgruppen/Gremien	Öffentlichkeitsarbeit
Schulungen für Dritte, Gesprächskreise	Tätigkeitserfassung	Vernetzung	Wissensmanagement/Cyberbankpflege

Tragen Sie hier jeweils den Zeitverbrauch (und ggf. die Reisezeit) für Tätigkeiten ein, die **nicht speziell für einen bestimmten Beratungsfall** erfolgen. Dafür stehen folgende Kategorien zur Verfügung:

Administrative Tätigkeiten/Verwaltung

Dazu gehören vor allem Tätigkeiten in den Bereichen allgemeine Büroorganisation, Beschaffung, Abrechnung und Qualitätsmanagement.

Fort- und Weiterbildung

Tragen Sie hier die Zeitverbräuche für Ihre eigene Fort- und Weiterbildung ein, die Sie **im Rahmen Ihrer regulären Arbeitszeit** absolvieren.

Mitarbeit in Arbeitsgruppen/Gremien

Tragen Sie hier die Zeitverbräuche für die Vor- und Nachbereitung sowie die Teilnahme an Arbeitsgruppen-/Gremiensitzungen u. ä. ein.

Öffentlichkeitsarbeit

Dazu gehören alle Aktivitäten, die primär der allgemeinen Bekanntmachung der PSP in der Öffentlichkeit dienen, insb. das Erstellen von Informationsmaterial, die Vorstellung der Arbeit der PSP auf Veranstaltungen und bei regionalen Akteuren, das Vorbereiten und Halten von Vorträgen etc.

Schulungen für Dritte, Gesprächskreise

Dazu gehören die Vor- und Nachbereitung sowie Durchführung von Schulungen, z. B. für Angehörige und Gesprächskreise in der Region.

Tätigkeitserfassung

Bitte tragen Sie hier die Zeit ein, die Sie pro Tag für diese Tätigkeitserfassung benötigen.

Vernetzung

Hier geht es um die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote gem. § 7c Abs. 2 SGB XI. Dazu gehören alle Aktivitäten, die dem Auf- und Ausbau der fachlichen Zusammenarbeit mit anderen, an der Versorgung beteiligten Akteuren dienen, u. a. die Vorstellung des Pflegestützpunktes bei

potentiellen Netzwerkpartnern, die Durchführung von (Fach-)Veranstaltungen, die Teilnahme an Fachveranstaltungen anderer Akteure etc.

Wissensmanagement/Datenbankpflege

Dazu gehören alle Tätigkeiten zur Beschaffung und Verarbeitung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, rechtlicher Regelungen und Informationen zu Angebotsstrukturen u. ä.

3. Eingabe der Gesamtarbeitszeit eines Arbeitstages

Geben Sie nun Ihre Gesamtarbeitszeit für diesen Tag an (ohne Pausen) – getrennt nach der Zeit für Tätigkeiten für den Pflegestützpunkt und ggf. für Tätigkeiten außerhalb des Rahmenvertrages (für letztere sind keine Tätigkeiten zu erfassen). Falls an einem Arbeitstag keine Tätigkeit für den Pflegestützpunkt erfolgte (z. B. aufgrund von Krankheit oder anderweitigen Tätigkeiten), kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an und gehen Sie auf „Tag speichern“.

Druckansicht

Wie viele Stunden haben Sie an diesem Tag für den Pflegestützpunkt gearbeitet?

Bitte geben Sie die Anzahl der Stunden im Format hh:mm ein. Falls Sie an diesem Tag nicht für den Pflegestützpunkt tätig waren (aufgrund von kurzfristigem Urlaub, Krankheit, o. ä.) geben Sie bitte „an diesem Tag keine Tätigkeit für den Pflegestützpunkt“ an.

Anzahl Stunden für Tätigkeiten für den Pflegestützpunkt:

Anzahl Stunden für Leistungsinhalt außerhalb des Rahmenvertrags:

an diesem Tag **keine** Tätigkeit für den Pflegestützpunkt: ☐

Tag speichern

Bitte klicken Sie auf den entsprechenden Tätigkeitstag

✓ Tag 1

Wenn Sie die Eintragungen für einen Tag abgeschlossen haben, erscheint davor ein Häkchen.

Um im Nachhinein Eintragungen zu ändern/ergänzen, klicken Sie auf den entsprechenden Tag und fügen Sie Tätigkeiten hinzu oder ändern Sie Ihre Eingaben, indem Sie eine bereits gespeicherte Tätigkeit anklicken. Das Löschen eines Eintrags erfolgt über den roten Button am Zeilenende.

Tätigkeit	Dauer	Reisezeit	
Koordinierung	31-45 min	keine Reisezeit	

3.1 Druckansicht für alle Eintragungen eines Tages

Druckansicht

Wie viele Stunden haben Sie an diesem Tag für den Pflegestützpunkt gearbeitet?

Bitte geben Sie die Anzahl der Stunden im Format hh:mm ein. Falls Sie an diesem Tag nicht für den Pflegestützpunkt tätig waren (aufgrund von kurzfristigem Urlaub, Krankheit, o. ä.) geben Sie bitte „an diesem Tag keine Tätigkeit für den Pflegestützpunkt“ an.

Anzahl Stunden für Tätigkeiten für den Pflegestützpunkt:

Anzahl Stunden für Leistungsinhalt außerhalb des Rahmenvertrags:

an diesem Tag **keine** Tätigkeit für den Pflegestützpunkt: ☐

Tag speichern

Sobald Sie „Tag speichern“ gewählt haben, erhalten Sie über „Druckansicht“ (oben rot hervorgehoben) in einem neuen Fenster eine vollständige Übersicht über alle von Ihnen für den gewählten Tag erfassten Leistungen und können diese auf Vollständigkeit prüfen

sowie bei Bedarf drucken (mit der Tastenkombination „Strg+P“ oder über Rechtsklick mit der Maus und Auswahl „Drucken“). Hier ein Beispiel einer Druckansicht:

Evaluation der Arbeit der Pflegefachkräfte in Baden-Württemberg
Tätigkeitsbefragung

https://ghf.badenwuerttemberg.de
Sie müssen
Passewort eingeben
Anmelden

Tabelle

Tag 1

Anzahl Stunden (in Tätigkeiten) für die Pflegefachkräfte: 90,00

Anzahl Stunden (in Leistungen) bei zusätzlicher Rahmenkategorie: 30,00

Tätigkeiten **als** Klientenbezug

Klient 2

Tätigkeiten

Tätigkeit	Caesar	Reinhold
Individuelle Patientenberatung Bewertung 1	01:10:00 min	keine Patienten

Klient 7

Tätigkeiten

Tätigkeit	Caesar	Reinhold
Individuelle Patientenberatung Bewertung 1	01:10:00 min	keine Patienten

Klient 1

Tätigkeiten

Tätigkeit	Caesar	Reinhold
Ausmaß/Erwartungsbereichen in Pflegekategorie H Klient mit Differenzialerwartung, keine Fuß nicht mehr möglich	01:40:00 min	keine Patienten

Ausmaß/Erwartungsbereichen in Pflegekategorie H
Klient mit Differenzialerwartung, keine Fuß
nicht mehr möglich

Klient 9

Tätigkeiten

Tätigkeit	Caesar	Reinhold
Beratung in Pflegekategorie H Klient mit Differenzialerwartung, keine Fuß nicht mehr möglich	1:40 min	keine Patienten

Beratung in Pflegekategorie H
Klient mit Differenzialerwartung, keine Fuß
nicht mehr möglich

Ausmaß/Erwartungsbereichen in Pflegekategorie H
Klient mit Differenzialerwartung, keine Fuß
nicht mehr möglich

Klient 9

Tätigkeiten

Tätigkeit	Caesar	Reinhold
Care Management in Pflegekategorie H Klient mit Differenzialerwartung, keine Fuß nicht mehr möglich	1:40 min	keine Patienten

Care Management in Pflegekategorie H
Klient mit Differenzialerwartung, keine Fuß
nicht mehr möglich

Tätigkeiten **als** Klientenbezug

Tätigkeiten

Tätigkeit	Caesar	Reinhold
Pflege und Wundversorgung	105:10:00 min	45:30 min

Wundversorgung 01:15 min

Wundversorgung	01:15 min	keine Patienten oder 0 min
----------------	-----------	----------------------------

Zurück zur Erfassungsmaske kommen Sie über den „Zurück“-Button oben oberhalb der Tagesnummer oder über den Browser (← ganz oben links).

3.2 Beenden der Erfassung/Erfassungstool schließen

.... erfolgt über die Option „Abmelden“ oben links im Fenster.

Abmelden

A6 Dokumentationshilfe zur Tätigkeitserfassung

Beispiel zum Umgang mit der Dokumentationshilfe zur Tätigkeitserfassung in den Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg

Sie entscheiden sich am 19. September 2023 mit der Tätigkeitserfassung zu beginnen und füllen die Dokumentationshilfe für den ersten der zehn Tage des Datenerhebungszeitraumes aus (Tag 1). An diesem Tag sind Sie vormittags zunächst im Pflegestützpunkt tätig. Dort führen Sie folgende Tätigkeiten durch:

- 10 und 15 Minuten telefonische Auskunft/Information für zwei Ratsuchende (anonyme Fälle),
- ca. 35 Minuten Recherche für Ihre Klientin, Frau Ilse Müller, deren Sohn später noch einen Beratungstermin bei Ihnen hat,
- ca. 30 Minuten Abhören des Anrufbeantworters, Lesen und Beantworten von E-Mails,
- ca. 2 Stunden und 15 Minuten Vorbereiten eines Vortrages für eine Veranstaltung.

Am Mittag fahren Sie 25 Minuten in eine Ihrer Außensprechstunden. Dort beraten Sie etwa 40 Minuten Frau Müllers Sohn, der Fragen zur Finanzierung und Beantragung von Kurzzeitpflege hat (keine § 7a SGB XI-Beratung). In der Außensprechstunde arbeiten Sie weiter an der Vorbereitung des Vortrages (30 Minuten). Am Nachmittag beraten Sie Herrn Helmut Schröder und seine Frau zur Höherstufung von Herrn Schröders Pflegegrad (ca. 35 Minuten). Anschließend fahren Sie zurück in den Pflegestützpunkt (25 Minuten) und dokumentieren beide Beratungen jeweils ca. 20 Minuten sowie den Arbeitsaufwand für die Tätigkeitserfassung für Tag 1 (ca. 15 Minuten).

Tag [] (1 – 10) (Datum:)

Klientenbezogene Tätigkeiten (pro Klientin/Klient und Tag neues Blatt erforderlich)

Name Klientin/Klient (nur für interne Nutzung)	Klient Nr. und Beratungsort (wie im Erfassungstool zugeordnet)	Nur bei persönlichem Kontakt: Art der Anreise der Klienten/Angehörigen und Zeit	Tätigkeiten* mit Klientenkontakt (persönlich/(video-)telefonisch/per E-Mail)	Tätigkeiten mit Klientenbezug (ohne persönlichen Klientenkontakt)
	Klient Beratungsort: ☐ im PSP ☐ Hausbesuch ☐ Außensprechstunde/-stelle ☐ Sonstiges ☐ Homeoffice	☐ zu Fuß ☐ Fahrrad ☐ Bus/Bahn ☐ Auto/Taxi Anreisezeit (einfach, ohne Rückweg): : (hh:mm)	☐ Auskunft /Einzelninformation ☐ Beratung ☐ Beratung nach § 7a XI ☐ Case Management Dauer der Beratung: : (hh:mm) Ggf. Reisezeit (bei Hausbesuch, Außensprechstunde/-stelle, Hin- und Rückweg): : (hh:mm) Info/Vermittlung § 7a XI: ☐ zur § 7a-Beratung informiert ☐ Vermittlung an Pflegekasse ☐ weder noch Fallabschluss: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht abschätzbar	☐ Dokumentation/Recherche Dauer der Tätigkeit: : (hh:mm) ☐ Kollegiale Beratung Dauer der Tätigkeit: : (hh:mm) Ggf. Reisezeit (Hin- und Rückweg): : (hh:mm) ☐ Koordinierung Dauer der Tätigkeit: : (hh:mm) Ggf. Reisezeit (Hin- und Rückweg): : (hh:mm)

Tätigkeiten ohne Klientenbezug

Art der Tätigkeit*	Dauer der Tätigkeit	Ggf. Reisezeit der Beraterin/des Beraters (Hin- und Rückweg)
Tag 1 (Datum: _____)		
☐ Administration/Verwaltung	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)
☐ Fort- und Weiterbildung	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)
☐ Mitarbeit in Arbeitsgruppen/Gremien	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)
☐ Öffentlichkeitsarbeit	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)
☐ Schulungen etc. für Dritte	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)
☐ Vernetzung	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)
☐ Wissensmanagement/Datenbank	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)
☐ Tätigkeitserfassung	_ _ _ : _ _ _ (hh:mm)	

*Erläuterungen zu den Tätigkeiten mit und ohne Klientenbezug finden Sie in der Nutzungsanleitung auf den Seiten 7 bis 11.

Literaturverzeichnis

- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. (o. J.). *Pflegestützpunkte in Bayern*. <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/pflege-zu-hause/pflegestuetzpunkte/>
- Braeseke, G., Pflug, C. & Beikirch Elisabeth. (2018). *Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final__20181220_.pdf
- Büscher, A., Oetting-Roß, C. & Sulmann, D. (2016). *Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege*. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Pflegeberatung-1.pdf
- Hahnel, E., Pflug, C., Braeseke, G., Musfeldt, M., Oehse, I., Delekat, M., Wentz, L., Pörschmann-Schreiber, U. & Priesemuth, B. (2021). *Wissenschaftliche Evaluation der Arbeit der Pflegestützpunkte in Brandenburg*. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e26312/e27119/e27120/e27122/attr_objs27124/IGES2021_EvaluationderPflegesttzpunkte_Endbericht_final_30062021_ger.pdf
- Hauser, R. (o. J.). *Supervision ist ein Instrument der Personalentwicklung*. <https://www.hausercoaching.de/blog/supervision>
- Hilbert, T. (2020). *Studie zur Digitalisierung der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg*.
- Kaiser, M. (2024). Neue Pflegevorausberechnung für Baden-Württemberg: Ergebnisse für das Land bis 2060 und für die Kreise bis 2040. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg*(3/2024), 3–14.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2003). *Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität* (Drucksache 15/530). <https://dserver.bundestag.de/btd/15/005/1500530.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2023). *Resilienz im Gesundheitswesen: Wege zur Bewältigung künftiger Krisen : Gutachten 2023*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. (2020). *Bevölkerungsvorausberechnung nach Altersgruppen: Bevölkerungsvorausberechnung bis 2040 mit Wanderungen nach 5 Altersgruppen. Land Baden-Württemberg*. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. <https://www.statistik-bw.de/BevoelkGebiet/Vorausrechnung/98015021.tab?R=LA>
-

- UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH (Hrsg.). (o. J.). *Monitor Patientenberatung 2016*. https://v-up.de/Dokumente/2016_upd_monitor_patientenberatung_komp.pdf
- Werding, M. & Krämer, H. (o. J.). *Bedarfsgerechtigkeit: Ausführliche Definition im Online-Lexikon*. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/bedarfsgerechtigkeit-28385>
- Wolff, J. K., Pflug, C., Meier, D., Roll, P., Dehl, T., Topalov, L. & Nolting, H.-D. (2023). *Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20230622_IGES_Abschlussbericht_Evaluation_Pflegeberatung.pdf

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com