

Werkstatt Pflegestützpunkte

Aktueller Stand der Entwicklung
von Pflegestützpunkten in Deutschland
und Empfehlungen zur Implementierung
und zum Betrieb von Pflegestützpunkten



Kuratorium Deutsche Altershilfe



Bundesministerium
für Gesundheit

Werkstatt Pflegestützpunkte

**Aktueller Stand der Entwicklung
von Pflegestützpunkten in Deutschland
und Empfehlungen zur Implementierung
und zum Betrieb von Pflegestützpunkten**

2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009

Dr. Peter Michell-Auli/Gerlinde Strunk-Richter/Ralf Tebest
(Kuratorium Deutsche Altershilfe)

Köln, im November 2009

Impressum

Werkstatt Pflegestützpunkte

Aktueller Stand von Pflegestützpunkten in Deutschland und
Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten

2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009

Herausgeber: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Projektleitung: Dr. Peter Michell-Auli, Gerlinde Strunk-Richter, Ralf Tebest, KDA

Redaktion: Ines Jonas, Harald Raabe, Monika Reuß, KDA

Organisation: Simone Helck, KDA

Satz: typeXpress, Sabine Brand, Köln

Umschlaggestaltung: typeXpress, Sabine Brand, Köln

Druck: Farbo Print + Media, Köln

© 2009 by Kuratorium Deutsche Altershilfe

Kuratorium Deutsche Altershilfe

An der Pauluskirche 3

50677 Köln

Tel.: 02 21/93 1847-0

E-Mail: info@kda.de

Internet: www.kda.de

**Das Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ wird finanziert vom
Bundesministerium für Gesundheit.**

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Eine konzeptionelle Bewertung der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung	8
2.1 Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen	8
2.2 Konzeptionelle Effekte der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI	10
2.3 Generelle Schwachstellen einer singulären Pflegeberatung und konzeptionelle Effekte der Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI	11
3. Die Situation in den Ländern	14
3.1 Baden-Württemberg	16
3.2 Bayern	17
3.3 Berlin	19
3.4 Brandenburg	21
3.5 Bremen	21
3.6 Hamburg	22
3.7 Hessen	24
3.8 Mecklenburg-Vorpommern	25
3.9 Niedersachsen	25
3.10 Nordrhein-Westfalen	27
3.11 Rheinland-Pfalz	28
3.12 Saarland	30
3.13 Sachsen	31
3.14 Sachsen-Anhalt	32
3.15 Schleswig-Holstein	32
3.16 Thüringen	34
4. Etablierung von Pflegestützpunkten	35
4.1 Mögliche Eckpunkte des Vorgehens	35
4.2 Kernelemente des Vorgehens	40
4.2.1 Leistungen des Pflegestützpunktes durch ein Betriebskonzept bestimmen ..	40
4.2.2 Verantwortlichkeiten und Abläufe bestimmen	46
5. Vom Pilot-Pflegestützpunkt zum regulären Pflegestützpunkt	55
5.1 Die Pilot-Pflegestützpunkte	55
5.2 Erfolgsfaktoren auf dem Weg zum Pflegestützpunkt	61
6. Erste quantitative Ergebnisse zu den Leistungen der Pflegestützpunkte	65
6.1 Auswertung der Dokumentationssysteme	65
6.2 Kundenbefragung	68

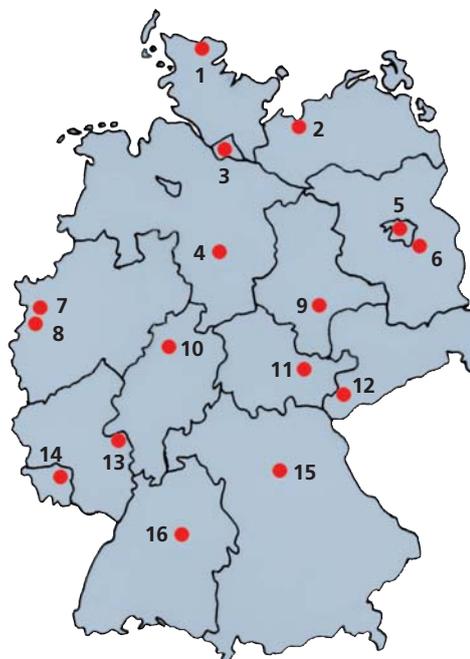
7. Instrumente, Praxisbeispiele und Lösungsansätze	
zum Betrieb von Pflegestützpunkten	70
7.1 Erfassung und Aktualisierung der Hilfs- und Unterstützungsangebote	70
7.2 Ansätze zur Weiterentwicklung der Vernetzungsstrukturen	73
7.3 Auswahl eines Dokumentationssystems	75
7.4 Arbeitshilfe für die Öffentlichkeitsarbeit und das Marketing	81
7.5 Beispiel einer Datenschutzvereinbarung	92
7.6 Checkliste für einen Stützpunktvertrag	94
8. Anlagen	
8.1 Interviewleitfaden der Einzelbesuche in den Pilot-Pflegestützpunkten	99
8.2 Selbstdarstellung der Pilot-Pflegestützpunkte	102
• Pilot-Pflegestützpunkt Denkendorf (Baden-Württemberg)	103
• Pilot-Pflegestützpunkt Nürnberg (Bayern)	105
• Pilot-Pflegestützpunkte Köpenick (Berlin)	106
• Pilot-Pflegestützpunkte Kreuzberg (Berlin)	108
• Pilot-Pflegestützpunkt Erkner (Brandenburg)	110
• Pilot-Pflegestützpunkt Hamburg (Hamburg)	112
• Pilot-Pflegestützpunkt Gladenbach (Hessen)	113
• Pilot-Pflegestützpunkt Wismar (Mecklenburg-Vorpommern)	114
• Pilot-Pflegestützpunkt Langenhagen (Niedersachsen)	115
• Pilot-Pflegestützpunkt Moers (Nordrhein-Westfalen)	117
• Pilot-Pflegestützpunkt Mönchengladbach (Nordrhein-Westfalen)	118
• Pilot-Pflegestützpunkt Ingelheim (Rheinland-Pfalz)	120
• Pilot-Pflegestützpunkt im Landkreis St. Wendel (Saarland)	121
• Pilot-Pflegestützpunkt Plauen (Sachsen)	122
• Pilot-Pflegestützpunkt Hettstedt (Sachsen-Anhalt)	124
• Pilot-Pflegestützpunkt Flensburg (Schleswig-Holstein)	125
• Pilot-Pflegestützpunkt Jena (Thüringen)	127
• Assoziierter Pilot-Pflegestützpunkt Köln (Nordrhein-Westfalen)	128
8.3 Erhebungsbogen der restlichen Projektlaufzeit	130
8.4 Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundes-	
versicherungsamts über die Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte	132
8.5 Pflichtenheft für die Dokumentationssoftware von Pflegestützpunkten	137
8.6 Umsetzungsplan für Öffentlichkeitsarbeit:	
Eröffnung eines Pflegestützpunktes	150

1. Einleitung

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 01.07.2008 in Kraft getreten ist, können Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI in Deutschland etabliert werden. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) ist in diesem Zusammenhang vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Durchführung der „Werkstatt Pflegestützpunkte“, deren Projektlaufzeit den Zeitraum November 2007 bis Juni 2010 umfasst, beauftragt worden und legt nunmehr den zweiten Zwischenbericht vor. Seit dem letzten Zwischenbericht im Juli 2008 sind auf der Landesebene die notwendigen Rahmenbedingungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten weitestgehend geschaffen worden. Das KDA möchte mit diesem Bericht vor allem einen Überblick über den aktuellen Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland sowie Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten darstellen.

Zu Beginn des Modellprojekts Werkstatt Pflegestützpunkte wurden Partner und Standorte für die modellhafte Erprobung von Pflegestützpunkten ermittelt. Sechzehn Standorte wurden als „Pilot-Pflegestützpunkte“ ins Projekt aufgenommen, diese sind:

1. Schleswig-Holstein (Flensburg)
2. Mecklenburg-Vorpommern (Wismar)
3. Hamburg
4. Niedersachsen (Langenhagen)
5. Berlin (Kreuzberg/Köpenick)
6. Brandenburg (Erkner)
7. Nordrhein-Westfalen (Mönchengladbach)
8. Nordrhein-Westfalen (Moers)
9. Sachsen-Anhalt (Hettstedt)
10. Hessen (Gladenbach)
11. Thüringen (Jena)
12. Sachsen (Plauen)
13. Rheinland-Pfalz (Ingelheim)
14. Saarland (St. Wendel)
15. Bayern (Nürnberg)
16. Baden-Württemberg (Denkendorf)



Am Projekt nehmen auch assoziierte Teilnehmer teil. Unter assoziierten Pilot-Pflegestützpunkten werden Einrichtungen verstanden, die am Modellprojekt teilnehmen, ohne einen Zuwendungsbescheid bekommen zu haben.

Die Pilot-Pflegestützpunkte haben in einem Zeitraum von ca. neun Monaten ihre Arbeit nach und nach aufgenommen. Die Voraussetzungen für die Arbeit als Pilot-Pflegestützpunkt waren sehr unterschiedlich. Das bezieht sich sowohl auf die Initiatoren, als auch auf die demografische und geografische Infrastruktur, die Starttermine, Trägerstrukturen, die Beratungsinfrastruktur und die räumliche und technische Ausstattung. Der Entwicklungsstand der einzelnen Pilot-Pflegestützpunkte ist bis heute sehr unterschiedlich. Ein wesentlicher Faktor dabei ist, ob entsprechende Strukturen bereits vorhanden waren wie z. B. in Flensburg, Berlin und Mönchengladbach, oder ob der Pilot-Pflegestützpunkt komplett neu aufgebaut werden musste, wie beispielsweise in Hettstedt,

Jena oder Moers. Darüber hinaus ist die Positionierung in den Ländern (siehe Kapitel 3) für die Entwicklung vom Pilot- zum regulären Pflegestützpunkt, vor allem unter den Aspekten gesetzlich geforderte Träger, Stützpunkteverträge und Finanzierung, von Bedeutung.

Die Ziele des Projektes, an denen sich die Gliederung dieses Zwischenberichtes ausrichtet, bestehen in der

- Begleitung der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Pilot-Pflegestützpunkte auf dem Weg zum regulären Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI
- Begleitforschung zu den Pilot-Pflegestützpunkten
- Entwicklung von Instrumenten zum Aufbau und zum Betrieb von Pflegestützpunkten

Im zweiten Kapitel wird eine konzeptionelle Bewertung der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung vorgenommen. Dabei wird ausgeführt, welche Zielsetzung mit der Errichtung von Pflegestützpunkten und der Einführung der Pflegeberatung verfolgt wird und welche Effekte dadurch zu einer Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft führen.

Im dritten Kapitel werden die von den Ländern geschaffenen Rahmenbedingungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten dargestellt. Im vierten Kapitel wird gezeigt, wie die Einrichtung eines regulären Pflegestützpunktes nach § 92 c SGB XI vor Ort aussehen kann. Dazu wird eine Vorgehensweise und ein Raster vorgestellt, wie u. a. die Aufgabenverteilung für einen Pflegestützpunkt zwischen den beteiligten Trägern entwickelt und festgelegt werden kann.

Im fünften Kapitel wird der derzeitige Status quo bei den Pilot-Pflegestützpunkten und erste Schlussfolgerungen, welche Faktoren die Etablierung von regulären Pflegestützpunkten fördern oder behindern, dargestellt.

Im sechsten Kapitel werden anhand quantitativer Ergebnisse aus dem Modellprojekt die Leistungen von Pflegestützpunkten vorgestellt. Hier ist zu beachten, dass die Pilot-Pflegestützpunkte hinsichtlich der Personalkapazitäten zum Teil sehr eingeschränkt sind und deshalb die Belastung durch Evaluationsinstrumente begrenzt werden musste. Vor diesem Hintergrund hat das KDA kein eigenes Evaluationsinstrument entwickelt, sondern stattdessen die vorhandenen Dokumentationen ausgewertet.

Im letzten Teil des Zwischenberichts, im Kapitel 7, werden Instrumente zum Betrieb von Pflegestützpunkten dargestellt. Hierzu gehören u. a. Ansätze zur Weiterentwicklung der Vernetzungsstrukturen, ein Pflichtenheft zur Unterstützung bei der Auswahl einer Softwarelösung und eine Arbeitshilfe für die Öffentlichkeitsarbeit und das Marketing.

Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse basieren auf unterschiedlichen Quellen:

- Um die aktuelle Situation jedes einzelnen Pilot-Pflegestützpunktes erheben zu können, wurde bei den Besuchen aller Pilot-Pflegestützpunkte ein standardisierter Interviewleitfaden verwendet (siehe Anlage 8.1). Um diese Aufgaben in angemessener Weise bearbeiten zu können, wurden alle Besuche durch zwei Mitarbeiter des Kuratoriums Deutsche Altershilfe durchgeführt und ein Zeitrahmen von acht Stunden pro Besuch mit den Akteuren vor Ort vereinbart.
- Im Rahmen der Begleitung der Piloten wurden kontinuierlich Gespräche mit den Mitarbeitenden dort, weiteren relevanten Akteuren vor Ort sowie auf der Bundes- und Landesebene geführt.

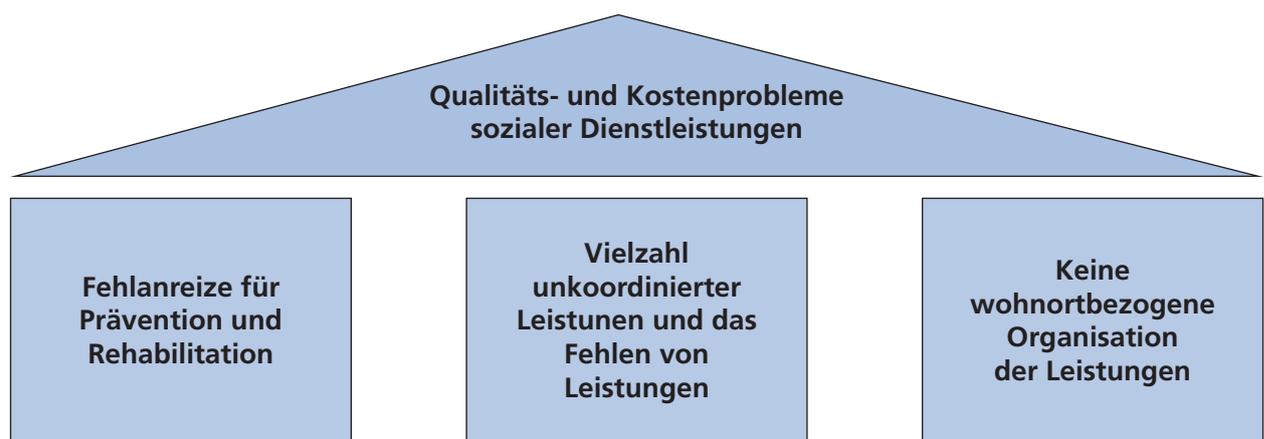
- Alle für die Etablierung von Pflegestützpunkten relevanten Dokumente und rechtlichen Rahmenbedingungen in den Ländern, wie beispielsweise Allgemeinverfügungen, Landesrahmenverträge etc., wurden ausgewertet.
- Wie in der ersten Projektphase (endete mit dem ersten Zwischenbericht im Juli 2008) wurden vier regionale Treffen durchgeführt. Die Werkstattgespräche fanden am 20. 11. 2008 in Hamburg, am 21. 11. 2008 in Heidelberg, am 24. 11. 2008 in Köln und am 02. 12. 2008 in Berlin statt. Thematische Schwerpunkte bildeten die Definition und Abgrenzung der Kernprozesse der Pflegestützpunkte und die Anforderungen an die Dokumentation. Auf vielfachen Wunsch wurde am 11. Mai 2009 ein bundesweites Werkstattgespräch in Köln veranstaltet, bei dem auch einige Vertreter der Landesministerien zugegen waren.
- Die quantitativen Ergebnisse des Kapitels 6 resultieren aus einer Kundenbefragung und einer Auswertung der Dokumentationen in den Pilot-Pflegestützpunkten.

2. Eine konzeptionelle Bewertung der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung

Kernbausteine des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sind die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatung nach §§ 92 c und 7 a SGB XI. Bevor in den folgenden Kapiteln die Thematik der Pflegestützpunkte sehr praxisorientiert betrachtet wird, soll in diesem Kapitel kurz erörtert werden, ob dieser Ansatz konzeptionell in der Lage ist, die Versorgung mit sozialen Dienstleistungen in Deutschland weiterzuentwickeln. Hierzu werden zunächst die bestehenden Qualitäts- und Kostenprobleme erörtert, um vor diesem Hintergrund die potenziellen Weiterentwicklungseffekte zu betrachten.

2.1 Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen

Bevor die Gründe für die bestehenden Versorgungsmängel, d. h. die Qualitäts- und Kostenprobleme sozialer Dienstleistungen erörtert werden, ist zu klären, was soziale Dienstleistungen sind. Es handelt sich hierbei zum einen um die Dienst-, Sach- und Geldleistungen, die nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) vorgesehen sind, zum anderen um alle Arten von sonstigen Dienstleistungen, die der Unterstützung eines Menschen dienen. Somit werden beispielsweise auch Einkaufsdienste als – haushaltsnahe – soziale Dienstleistungen verstanden.



Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation

Die Erbringung der sozialen Dienstleistungen auf Grundlage des SGB weist ein strukturelles Defizit auf. Sie werden im Rahmen eines gegliederten Leistungssystems bereitgestellt. Dies führt zu unzureichenden Anreizen für Prävention und Rehabilitation, da die unterschiedlichen Kosten- und Leistungsträger lediglich für ihren „Leistungstopf“ agieren. Prävention und Rehabilitation lohnen sich nur dann, wenn die daraus „erwirtschafteten Erträge“ in Form von geringeren Sozialausgaben dem eigenen „Leistungstopf“ zugute kommen. In der Konsequenz wird zu wenig in diese Bereiche investiert.¹ Für die Leistungsempfänger bedeuten diese Fehlanreize, dass mit einer Unter-

¹ Vgl. schon Jacobs 1995.

versorgung bei Leistungen im Bereich Prävention und Rehabilitation gerechnet werden muss. Bei Studien (bspw. SVR Gesundheit 2001/2002) zu den Ausgaben für Prävention hat sich darüber hinaus gezeigt, dass bestimmte Ausgaben nicht zielgerichtet eingesetzt werden.

Eine Vereinheitlichung des Leistungsrechts etwa für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen in einem großen Gesetzesvorhaben ist als Zielvorstellung zwar richtig, zum jetzigen Zeitpunkt aber noch nicht umsetzbar. Realistisch betrachtet kann es zunächst nur darum gehen, die „Fehlanreize“ sukzessive zu verringern. Mit der letzten Gesundheitsreform wurden bereits erste Schritte in diese Richtung unternommen. So wurde etwa die geriatrische Rehabilitation eine Pflichtleistung der Krankenkassen, um so der Situation entgegenzutreten, dass sich die geriatrische Rehabilitation für die Krankenkassen nicht lohnt, da die „ersparten Erträge“ – etwa in Form einer verringerten Inanspruchnahme von Pflegeleistungen – der Pflege- und nicht der Krankenkasse zugute kamen. Der Anreiz zur „Vergabe“ geriatrischer Rehabilitationsleistungen wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz weiter verstärkt: Die Krankenkasse muss nun mehr 3.072 Euro an die Pflegekasse zahlen, wenn innerhalb von sechs Monaten nach Begutachtung/Antragsstellung keine Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden (§ 40, Abs. 3 SGB V).

Vielzahl unkoordinierter Leistungen und das Fehlen von Leistungen

Die Situation wird für die Leistungsempfänger weiter dadurch erschwert, dass es eine Vielzahl von unterschiedlichen Ansprechpartnern und Leistungsanbietern wie etwa Hausärzte, Fachärzte, Geriatrische Kliniken, ambulante Pflegedienste, ambulante und stationäre Hospize, Wohnberatungsstellen sowie die Leistungserbringer für Soziotherapie, niedrigschwellige Betreuungsangebote, haushaltsnahe Dienstleistungen, mobile Präventionsangebote und Gerontopsychiatrie gibt. Das führt dazu, dass die Leistungen meist unkoordiniert erbracht werden. Ebenso fehlt eine flächendeckende Leistungsversorgung. Diese führt automatisch zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen.² Diese unzureichende Versorgung kann beispielsweise für die Pflegebedürftigen zu einem frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung führen. Indizien dafür gibt es. So wurde beispielsweise bei einer Erhebung, die das Kuratorium Deutsche Altershilfe im Auftrag des Kieler Sozialministeriums im Kreis Segeberg durchgeführt hat, festgestellt, dass 30 Prozent der Bewohner in Pflegeheimen übersorgt sind. Dieses Ergebnis wurde auch durch ein Modellprojekt zum Case Management in Ahlen bestätigt bei dem die Heimunterbringung um 40 Prozent abgesenkt werden konnte.³

Was fehlt, ist eine Beratungsstruktur, die dem Einzelnen hilft, das richtige Maß und die richtige Art an Leistungen in Anspruch zu nehmen. In Fällen bei denen es notwendig wird mehrere verschiedene Leistungen in Anspruch zu nehmen, wird aufgrund der für den Laien unübersichtlichen rechtlichen Situation und der komplexen Angebotsstruktur neben Beratungsleistungen häufig auch eine weitergehende Fallklärung und -steuerung erforderlich, um eine sinnvolle Leistungsanspruchnahme zu garantieren. Diese Unterstützungsfunktion wird als Case Management bezeichnet.

² Lang, A. (2007), S. 330.

³ Klie, T. (2008), S. 26.

Keine wohnortbezogene Organisation der Leistungen

Soziale Dienstleistungen können nur in effektiver und effizienter Weise erbracht werden, wenn die Organisation wohnortbezogen erfolgt. Leistungen müssen sich auf den gegebenen Bedarf vor Ort beziehen. Es ist also zu erheben, welche Bedarfe tatsächlich bestehen, um dann (lediglich) die benötigten Leistungen bereitstellen zu können. Menschen können umso länger selbstständig leben, je besser die sie umgebenden Bedingungen darauf eingestellt werden. Dabei spielt das Wohnumfeld eine große Rolle. Nahegelegene Einkaufsmöglichkeiten, eine gute Anbindung an den Nahverkehr oder das Bereitstellen von Gemeinschaftsräumen begünstigen die soziale Partizipation und ermöglichen den Aufbau von sozialen Kontakten (z. B. in Form von Nachbarschaftstreffen). Wohnzufriedenheit führt unzweifelhaft zu mehr Lebensqualität der Leistungsempfänger. Dies betrifft auch die Möglichkeit möglichst lange in der eigenen Wohnung leben zu können. Deshalb sind Wohnberatung und Wohnungsanpassung notwendige Bestandteile in der begleitenden Beratung. Derartige wohnortbezogene Leistungen, die dem Entstehen sozialer Isolation und Hilfsbedürftigkeit entgegenwirken, werden aber oftmals nicht angeboten.

Soziale Unterstützungsleistungen in diesem Sinne sind auch als gemeinwesenorientierte Aufgabe zu verstehen, bei der die soziale Infrastruktur einschließlich der benötigten sozialen Dienstleistungen unter Hinzuziehung der örtlichen Akteure – der Leistungserbringer, politischen Entscheidungsträgern und Verwaltung, der Kirchen und Religionsgemeinschaften, den gewerblichen Anbietern und dem bürgerschaftlichen Engagement – weiterentwickelt wird. Ein Schlüsselfaktor in diesem Prozess ist die nachhaltige Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements, da dieses Sozialkapital sowohl zu Qualität erhöhenden als auch zu Kosten senkenden Effekten führen kann.

Derzeit fehlt ein konsistenter Ansatz für die wohnortbezogene Organisation der sozialen Dienstleistungen und Infrastruktur und damit ein Schlüsselbaustein, um ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im Alter zu gewährleisten. Durch eine qualitätsgesicherte Beratung und Begleitung wäre es aber möglich, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und „offen vor ambulant“ finanzierbar in die Realität umzusetzen. Die Dringlichkeit, die Probleme anzugehen, wird durch den demografischen Wandel verstärkt.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Einführung von Pflegeberatung (§ 7 a SGB XI) und Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) zur Erreichung des Ziels, eine wohnortbezogene Organisation von Beratung und Versorgung Hilfsbedürftiger sicherzustellen, beiträgt.

2.2 Konzeptionelle Effekte der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI

Ab dem 1. Januar 2009 haben alle Personen, die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch erhalten, einen einklagbaren „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin“ (§ 7 a SGB XI). Die Pflegeberatung wird im Gesetz u. a. durch die folgenden Bausteine beschrieben:

- Ermittlung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung „der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“.
- Erstellung eines Versorgungsplanes, der die „gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen“ erfasst.

- Steuerung des Versorgungsplanes in dem Sinne, dass zum einen auf die Durchführung hingewirkt wird, zum anderen die Durchführung überwacht wird. „Bei besonders komplexen Fallgestaltungen“ soll der Hilfeprozess ausgewertet und dokumentiert werden.

Diese Aufgabenbeschreibung entspricht den Funktionen des Case Managements⁴. Case Management kann allerdings nur dann umfassend wirksam sein, wenn der „Pflegerberater“ dem Postulat der Neutralität gerecht wird. Dies ist weder bei den Kranken- und Pflegekassen noch bei den Kommunen in vollem Umfang gegeben, da beide in Teilbereichen auch Kostenträger sind. Nichtsdestotrotz handelt es sich hier um einen sinnvollen Ansatz um das Problem der „Vielzahl an unkoordinierten Leistungen“ zu verringern.

Die Pflegeberatung bezieht sich auf alle „bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangebote“ (§ 92 c Abs. 2 SGB XI). In der Konsequenz bedeutet dies, dass für die definierte Personengruppe – nämlich alle Personen, die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch erhalten – eine „einheitliche Leistungserbringung“ suggeriert wird, wenn eine durchgehende Begleitung stattfindet. Das Problem einer zu geringen Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich Prävention und Rehabilitation, die aus dem gegliederten Leistungssystem entstehen, kann durch die zentrale Stelle „PflegerberaterIn“ zum Teil behoben werden. Es ist zu erwarten, dass die Pflegeberatung für Leistungen, die nicht in das Feld der Pflege- und Krankenkassen fallen, eine neutrale anwaltschaftliche Arbeit für den Klienten erfordern, um für diesen Rechtsansprüche klären zu können. Hierdurch werden dann bestehende Fehlanreize für Prävention und Rehabilitation „gelindert“. Damit wird auch die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005, in der festgelegt ist, dass für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen ein Gesamtkonzept notwendig ist, zum Teil abgearbeitet.

2.3 Generelle Schwachstellen einer singulären Pflegeberatung und konzeptionelle Effekte der Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI

Pflegestützpunkte fungieren u. a. als erste Anlaufstelle bei allen Fragen, die die Lebenslage „Pflege“ betreffen. Dieses wohnortnahe Angebot richtet sich sowohl an Pflegebedürftige und ihre Angehörigen als auch an alle diejenigen, die Informationen über diese Themen suchen, um im Falle eintretender Pflegebedürftigkeit, vorbereitet zu sein. Außerdem haben Pflegestützpunkte auf der Systemebene die Aufgabe alle Voraussetzungen zu schaffen, damit den Rat- und Hilfesuchenden auf der Ebene des jeweiligen Einzelfalls adäquat geholfen werden kann. Die dazu notwendigen Leistungen, insbesondere im Bereich der Vernetzung, Koordinierung und Bereitstellung von Informationen werden in dem vom Kuratorium Deutsche Altershilfe gemeinsam mit allen Pilot-Pflegestützpunkten entwickelten Betriebskonzept unter dem Begriff des Care Managements zusammengefasst. Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz haben die Pflegekassen und Krankenkassen zur wohnortnahen Versorgung, Beratung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einzurichten, wenn dies die oberste Landesbehörde bestimmt. Die gesetzliche Grundlage sieht vor, dass im Pflegestützpunkt eine „Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Hilfeleistungen“ (§ 92 c Absatz 2 SGB XI) ge-

⁴ Vgl. Ewers, Schaeffer 2005

währleistet wird. Hierbei sind alle Vorstrukturen mit einzubeziehen. „Die Pflegekassen haben [ebenso] jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die ... nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch ... an den Pflegestützpunkten beteiligen“ (§ 92 c Absatz 2 SGB XI). Damit bekommen die Kommunen, die in letzter Konsequenz die Verantwortung für die Gestaltung der sozialen Infrastruktur haben, den Status eines gleichberechtigten Trägers von Pflegestützpunkten.

Das Konzept der Pflegestützpunkte ergänzt den Ansatz einer singulären Pflegeberatung in substanzialer Art und Weise, da die Umsetzung einer singulären Pflegeberatung vor erheblichen Problemen stehen würde.

Der Pflegestützpunkt ist der Ort, an dem bei Bedarf durch die Pflegeberatung ein wohnortnahe Case Management durchgeführt wird. Durch diese Verwurzelung im Wohnquartier kann die soziale Infrastruktur im Wohnumfeld des Betroffenen mit in das Case Management einbezogen werden.

Die Pflegeberatung soll ein sehr breites Spektrum an Themen umfassen. Trotz umfassenden Schulungen ist es aber nicht möglich, dass ein Berater oder eine Beraterin zu jedem Thema in beliebiger Tiefe beraten kann. Die Pflegeberatung wird nur dann erfolgreich sein, wenn ergänzend andere Beratungsleistungen hinzugezogen werden, denn die Pflegeberater der Kassen werden kaum in der Lage sein, beispielsweise eine substanziale Wohnberatung anzubieten. Daher ist es notwendig, entsprechende Netzwerke aufzubauen und auf diesem Weg Beratungen zu Spezialthemen, wie Demenz und Wohnen – soweit dies möglich ist – vor Ort verfügbar zu machen. Durch die ebenfalls notwendige Vernetzung mit den relevanten Stellen für die Genehmigung von Leistungen dürften Hürden in der Inanspruchnahme von Leistungen verringert werden und dadurch die Verbrauchersouveränität nachhaltig gestärkt werden.

Ebenso ist der Aufbau von Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen mit und zwischen den Leistungserbringern und dem bürgerschaftlichen Engagement notwendig. Hierdurch können Schnittstellenprobleme in der Leistungserbringung reduziert werden und es ist davon auszugehen, dass sich durch den Aufbau entsprechender Netzwerke die gesamte Versorgungslandschaft weiterentwickelt.

Eine Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements auch durch die Netzwerkarbeit ist explizit vorgesehen. So erhöht sich etwa die Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 45.000 Euro um bis zu 5.000 Euro, wenn „Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden“ (§ 92 c Absatz 5 SGB XI). Vor allem im vorpflegerischen und betreuenden Bereich kommt diesem Engagement eine wichtige Rolle zu. Das soziale Netz des Hilfesuchenden wird gestärkt. Dadurch vermindert sich die Gefahr der Vereinsamung und pflegende Angehörige werden entlastet.

Diese Vernetzungsaufgaben als wesentliche Element des Care Management gehören zu den Kernkompetenzen des Pflegestützpunktes. Dabei besteht ein enger Zusammenhang zwischen Care Management und beispielsweise der Pflegeberatung bzw. dem Case Management. Je besser die Vernetzungsstrukturen funktionieren, desto weniger Pflegeberatung ist notwendig, da

diese sich nicht mit Vernetzungsaufgaben beschäftigen muss. Auf der anderen Seite werden über die Pflegeberatung und den Abgleich der benötigten mit den tatsächlich angebotenen Dienstleistungen Lücken im Versorgungssystem und Kooperationsprobleme zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern und Akteuren aufgedeckt. Dadurch ergeben sich wichtige Hinweise für die Vernetzungsarbeit des Pflegestützpunktes⁵ und die Initiierung neuer Versorgungsangebote. Zur Realisierung müssen das Care und Case Management eng zusammenarbeiten. Damit bietet es sich an sowohl das Care als auch das Case Management am Pflegestützpunkt anzusiedeln. Im Pflegestützpunkt besteht damit Transparenz über vorhandene und benötigte Leistungen sowie die Erfahrungen mit der Leistungserbringung. Auf dieser Basis kann der Pflegestützpunkt zum Impulsgeber innovativer Versorgungskonzepte werden. Dies setzt allerdings eine entsprechende Ressourcenausstattung voraus.

In der Umsetzung von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten bedarf es noch der Entwicklung von Lösungsansätzen aus der Praxis heraus. Dies betrifft insbesondere die Frage wie die Pflegeberatung „aufeinander abgestimmt“ bereitgestellt werden kann und „hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen“ getroffen werden können. Klärungsbedürftig kann auch die Schnittstelle zwischen Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI und der bestehenden Beratungsstrukturen sein, wenn diese bereits in Teilsegmenten eine Art von Case Management anbieten. Wenn in der Öffentlichkeit das Problem der „Doppelstrukturen“ diskutiert wird, haben diese Erörterungen ihre Berechtigung, wenn hierunter die „Schnittstellenproblematik“ subsumiert wird. Wie substantiell diese Problemlage tatsächlich ist, hängt allerdings von der jeweils bestehenden Beratungsinfrastruktur und der Bereitschaft der beteiligten Akteure ab, aufeinander zuzugehen und eine sich durch Vernetzung ergänzende Beratungsinfrastruktur aufzubauen.

Während im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Komponente der Ergebnisqualität und deren Transparenz gestärkt wurden, fehlt eine entsprechende qualitätssichernde Komponente für die Pflegestützpunkte. Dies ist bedauerlich, da sich Pflegestützpunkte – im Vergleich zu einem Ansatz bei dem die qualitätssichernden Komponenten bei den einzelnen Anbietern von Beratungsleistungen angesiedelt sind – in besonderer Weise eignen, um ein qualitätsgesichertes Beratungs- und Begleitungssystem zu etablieren. Erste Ansätze hierzu werden in Kapitel 4.1 unter Eckpunkt 7 vorgestellt. Die Länder haben allerdings die Möglichkeit, im Rahmen der Bestimmungen der obersten Landesbehörde nach § 92 c Absatz 8 entsprechende Regularien festzulegen. Allerdings wird hiervon nur in Ansätzen Gebrauch gemacht (siehe Kapitel 3).

3. Die Situation in den Ländern

Seit 1. Juli 2008 ist es möglich, Pflegestützpunkte einzurichten, sofern dies die oberste Landesbehörde bestimmt. Tabelle 1 zeigt, dass sich mittlerweile beinahe alle Bundesländer entschlossen haben, Pflegestützpunkte aufzubauen. Die gewählten Strategien sind dabei zum Teil sehr unterschiedlich.

Tabelle 1: Landesstrategien zur Implementierung von Pflegestützpunkten (PSP)

Bundesländer	PSP werden eingerichtet	Anzahl PSP	Kosten	Personal
Baden-Württemberg	Ja	50	80.000 € pro Jahr	Anforderungen wurden auf Landesebene formuliert, denen der Personaleinsatz gerecht werden muss
Bayern	Ja	60	—	Präsenzzeit und Personaleinsatz sollen auf lokaler Ebene geklärt werden
Berlin	Ja	36	133.500 € pro Jahr	2,5 Vollzeitstellen
Brandenburg	Ja	bisher 7	—	—
Bremen	Ja	3	—	—
Hamburg	Ja	8	Personalkosten können von den Trägern auch durch Personalabordnung erbracht werden. Für personalunabhängige Sachkosten erfolgt eine hälftige Teilung zwischen den Kranken- und Pflegekassen sowie der Freien und Hansestadt Hamburg	3 Vollzeitstellen
Hessen	Ja	26	—	2 Vollzeitstellen

Bundesländer	PSP werden eingerichtet	Anzahl PSP	Kosten	Personal
Mecklenburg-Vorpommern	Ja	18	—	—
Niedersachsen	Ja	—	Kranken- und Pflegekassen beteiligen sich mit 30.000–50.000 € pro Pflegestützpunkt	Anforderungen wurden auf Landesebene formuliert, denen der Personaleinsatz gerecht werden muss
Nordrhein-Westfalen	Ja	162	—	2 Vollzeitstellen
Rheinland-Pfalz	Ja	135	Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der Pflegestützpunkte jeweils zur Hälfte getragen.	1,5 Vollzeitstellen
Saarland	Ja	6	Die Gesamtkosten aller Pflegestützpunkte werden jährlich von den Vertragspartnern auf Landesebene gemeinsam vereinbart und von den Pflege- und Krankenkassen, den jeweiligen Landkreisen und dem Land jeweils zu einem Drittel getragen.	3 Vollzeitkräfte
Sachsen	Nein	—	—	—
Sachsen-Anhalt	Nein	—	—	—
Schlesw.-Holstein	Ja	15	—	—
Thüringen	Ja	4	—	—

Welche Strategien in den einzelnen Ländern bei der Implementierung im Detail verfolgt werden, wird im Folgenden zusammengefasst. Dabei wurden alle dem Kuratorium Deutsche Altershilfe vorliegenden Bestimmungen der obersten Landesbehörden sowie weitergehende Landesrahmenvereinbarungen mit einbezogen. Um Interpretationen seitens des KDA zu vermeiden, wurden möglichst häufig Passagen aus den vorliegenden Texten wörtlich übernommen. Auf dieser Basis erfolgte eine Abstimmung mit allen obersten Landesbehörden, deren Ergänzungen mit in die Darstellungen aufgenommen worden sind.

3.1 Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg sollen zunächst 50 Pflegestützpunkte implementiert werden. In jedem Stadt- und Landkreis ist die Errichtung grundsätzlich eines Pflegestützpunktes vorgesehen. Der sukzessive Aufbau eines flächendeckenden Netzes ist nach Abschluss der wissenschaftlichen Evaluation möglich. Derzeit ist kein Landesrahmenvertrag geplant. Stattdessen wurde am 15. Dezember 2008 offiziell ein Kooperationsvertrag zur Einführung von Pflegestützpunkten zwischen den Pflege- und Krankenkassen und den kommunalen Landesverbänden unterzeichnet. Die Allgemeinverfügung soll erst nach der Klärung der Modalitäten zur Einführung von Pflegestützpunkten erfolgen.

Vorgehen bei der Errichtung

Um die Implementierung zu unterstützen, wurde von den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen, den Ersatzkassen sowie den kommunalen Landesverbänden eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Pflegestützpunkte mit der Rechtsform eines eingetragenen Vereins gegründet. Das Landesministerium für Arbeit und Soziales arbeitet beratend und moderierend in der LAG Pflegestützpunkte mit. Sofern Verbände der Leistungserbringer in der Pflege, Verbände der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen oder die Verbände der privaten Krankenversicherung in der Mitgliederversammlung der LAG Pflegestützpunkte mitwirken wollen, wird die Mitgliederversammlung über die Form deren Mitwirkung entscheiden.

Die LAG Pflegestützpunkte erarbeitet gemeinsame Vorgaben zur Implementierung von Pflegestützpunkten und prüft die Anträge auf Anschubfinanzierung hinsichtlich ihrer Plausibilität und leitet sie an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen weiter. Zu den Vorgaben gehören insbesondere Anforderungen an die Personal- und Sachausstattung von Pflegestützpunkten sowie bedarfsgerechte Standards für die örtliche und telefonische Erreichbarkeit, für die Qualifikation des eingesetzten Personals und für geeignete Formen der aufsuchenden Hilfe. Des Weiteren kann die Arbeit des Pflegestützpunktes auf der lokalen Ebene durch ein fachkundiges Gremium unterstützt werden, dessen Zusammensetzung die Kosten- und Leistungsträger des Pflegestützpunktes regeln.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

In den Pflegestützpunkten soll die personelle Ausstattung so bemessen sein, dass eine durchgängige personelle Präsenz mindestens einer Fachkraft, feste Öffnungszeiten an Vor- und Nachmittagen von Montag bis Freitag, und in begründeten Fällen aufsuchende Beratung und andere

hilfebezogene Aufgaben im Vor- und Umfeld der Pflege angeboten werden können. Leistungsentscheidungen obliegen weiterhin den zuständigen Leistungsträgern.

Trägerschaft

Über die Trägerschaft der einzelnen Pflegestützpunkte entscheidet die LAG Pflegestützpunkte anhand der eingereichten Konzeptionen. Dabei sind kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig zu berücksichtigen. Kommt eine Errichtung unter Beteiligung eines kommunalen Trägers nicht zustande, erfolgt die Errichtung bei einer durch die LAG Pflegestützpunkte zu bestimmenden Stelle. Dabei sind regionale Schwerpunkte einer Pflegekasse in der pflegerischen Versorgung nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Finanzierung

Die Kosten eines Pflegestützpunktes werden kalkulatorisch mit einem durchschnittlichen pauschalen Aufwand von ca. 80.000 Euro pro Jahr angesetzt. Zur Orientierung bei den Verhandlungen der Finanzierung des Pflegestützpunktes auf der lokalen Ebene gilt eine Drittelfinanzierung von Kranken- und Pflegekassen und den kommunalen Trägern. Die Mittelaufteilung der Kranken- und Pflegekassen untereinander erfolgt auf Basis der Versichertenstatistik KM 6. Finanzierungsanteile können ganz oder teilweise durch entsendetes Personal sichergestellt werden. Die Personalkosten der im Pflegestützpunkt eingesetzten Pflegeberatenden sind von den entsendenden Stellen zu tragen. Gleiches gilt für die originären Beratungsleistungen nach SGB XII. Falls sich weitere Akteure am Pflegestützpunkt beteiligen, sollen diese einen angemessenen jährlichen Beitrag an der Finanzierung leisten.

Evaluation und Qualitätssicherung

Die Träger der Pflegestützpunkte erstellen einen jährlichen Bericht über die Arbeit des Pflegestützpunktes und stellen damit sicher, dass sie die Anforderungen der LAG Pflegestützpunkte erfüllen. Darüber hinaus ist eine wissenschaftliche Evaluation vorgesehen, deren Ergebnisse bei der Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte berücksichtigt werden sollen.

3.2 Bayern

Das bayerische Kabinett hat sich am 30. Juni 2009 für die Errichtung von Pflegestützpunkten in Bayern ausgesprochen. Die Errichtungsbestimmung in Form einer Allgemeinverfügung steht noch aus. Es wird von den politisch Verantwortlichen angestrebt, dass sich die Pflege- und Krankenkassen sowie die kommunalen Spitzenverbände in Bayern vor Erlass der Allgemeinverfügung auf eine Landesrahmenvereinbarung verständigen, um die konkrete Errichtung von Pflegestützpunkten vor Ort zu erleichtern. Die Rahmenvertragsverhandlungen dauern derzeit noch an.

In Bayern sollen in einer ersten Implementierungsphase bis zu 60 Pflegestützpunkte errichtet werden.

Vorgehen bei der Errichtung

In Bayern befinden sich folgende Ansätze in der Umsetzung: Zum einen wird eine kassenartenübergreifende zentrale telefonische Anlaufstelle, der „Pflegeservice Bayern“, als eine Erst-anlaufstelle etabliert, zum anderen sollen Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Der „Pflegeservice Bayern“ hat zum 1. Juli 2009 seinen Betrieb aufgenommen und ist unter der kostenlosen Telefonnummer 0 800/7 72 11 11 zu erreichen. Die nähere Ausgestaltung des Angebotes und des Anforderungsprofils an die Beratung, die Organisation und die Finanzierung obliegt ausschließlich der Arbeitsgemeinschaft der Kranken- und Pflegekassenverbände in Bayern.

Über den Standort der örtlichen Pflegestützpunkte entscheiden seine Träger. Es wird angestrebt, in jedem Regierungsbezirk Pflegestützpunkte sowohl in ländlich strukturierten Regionen als auch in städtischen Ballungsräumen zu errichten. Pflegestützpunkte sollen zunächst in den Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet werden, wo sich die Kommunen an der Errichtung beteiligen. Der Pflegestützpunkt kann z. B. bei einer kreisangehörigen Gemeinde, einer kreisfreien Stadt, einem Landkreis, dem Bezirk oder einer Krankenkasse/Pflegekasse angesiedelt sein. Es ist auch nicht auszuschließen, den Pflegestützpunkt bei einem Leistungserbringer zu errichten, wenn es sich um einen zugelassenen Vertragspartner der Pflegekassen handelt, eine räumliche, wirtschaftliche und organisatorische Trennung zwischen Leistungserbringer und Pflegestützpunkt gewährleistet ist und die Leistungserbringerverbände der konkurrierenden Anbieter ihr Einverständnis erteilen.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

Präsenzzeit und Personaleinsatz sollen auf lokaler Ebene geklärt werden. Das Personal wird von den Trägern in den Pflegestützpunkt entsendet und unterliegt uneingeschränkt dem Direktionsrecht des entsendenden Trägers. Wenn die telefonische Erstberatung durch den „Pflegeservice Bayern“ nicht ausreicht oder eine persönliche Beratung erforderlich ist oder gewünscht wird, sollen Ratsuchende an den zuständigen Pflegeberater oder den örtlichen Pflegestützpunkt vermittelt werden. Ratsuchende können sich auch direkt an diese beiden letztgenannten Einrichtungen wenden. Im Bedarfsfalle muss die Pflegeberatung von den Pflegekassen auch aufsuchend in der häuslichen Umgebung der Ratsuchenden durchgeführt werden.

Trägerschaft

Träger der lokalen Pflegestützpunkte sollen die Kranken- und Pflegekassen und die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sein. In Bayern sind dies die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger der örtlichen Altenhilfe und Träger der Hilfe zur Pflege hinsichtlich ambulanter Leistungen und die Bezirke als Träger der Hilfe zur Pflege hinsichtlich stationärer und teilstationärer Leistungen. In den Regionen, in denen örtliche Pflegestützpunkte entstehen, sollen die bestehenden Angehörigenfachstellen und die geplanten Koordinierungsstellen für Ehrenamt und Selbsthilfe (KES) in die Pflegestützpunkte integriert werden.

Evaluation und Qualitätssicherung

Das StMAS beabsichtigt im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel, die Tätigkeit und die Auslastung der Pflegestützpunkte wissenschaftlich zu begleiten und durch eine neutrale Stelle evaluieren zu lassen. Die Evaluation soll auch die Arbeit der in die Pflegestützpunkte integrierten Angehörigenfachstellen und ggf. der Koordinationsstellen für Ehrenamt und Selbsthilfe (KES) umfassen. Je nach den Ergebnissen der Evaluation ist sowohl die weitere Errichtung von Pflegestützpunkten als auch ein Abbau der aufgebauten Strukturen möglich.

3.3 Berlin

In Berlin wurde zum 10. Januar 2009 die Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten erlassen. Ein Landesrahmenvertrag, in dem das Vorgehen bei der Implementierung der Pflegestützpunkte geregelt wird, ist am 1. Juni 2009 in Kraft getreten. In der ersten Phase sollen 24 Pflegestützpunkte errichtet werden. Dabei sollen die zwölf Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ (dazu gehören auch die Pilot-Pflegestützpunkte in Berlin) zu regulären Pflegestützpunkten weiterentwickelt werden. Bis Ende 2011 ist geplant, einen Pflegestützpunkt pro 95.000 Einwohner zur Verfügung zu stellen. Zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Landesrahmenvertrages würde das 36 Pflegestützpunkte bedeuten.

Vorgehen bei der Errichtung

Neben den zwölf Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“, die zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt werden, sollen die anderen zwölf Pflegestützpunkte in der ersten Implementierungsphase auf der Grundlage der Erfahrungen der Geschäfts- und Service-Stellen der Kranken- und Pflegekassen errichtet werden.

Das Land Berlin und die Kranken- und Pflegekassen verständigen sich über die Standorte der Pflegestützpunkte. Dabei sind die vorhandenen Strukturen zu berücksichtigen. Pflegestützpunkte werden nicht bei Leistungserbringern errichtet.

Bei den Pflegestützpunkten, die aus den bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ hervorgehen, ist das Land geschäftsführender Träger (Aufgabe kann vertraglich delegiert werden). Bei den weiteren Pflegestützpunkten ist der koordinierende Ansprechpartner der Kranken- und Pflegekassen zugleich auch geschäftsführender Träger. Zur fachlichen Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Angebotes wird ein Steuerungsgremium eingerichtet, das aus insgesamt zwölf Mitgliedern besteht. Dabei entsendet jede Kassenart ein Mitglied und der Berliner Senat sechs Mitglieder. Zu den Aufgaben des Steuerungsgremiums gehören u. a. die Beobachtung und Analyse des Gesamtbedarfs an Beratungsleistungen, die Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung und von spezialisierten Beratungsangeboten sowie die Entwicklung eines gemeinschaftlichen Corporate Design und einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit. Zur Umsetzung und Begleitung des Steuerungsgremiums wird außerdem ein Fachbeirat gebildet. Dieser besteht aus drei Mitgliedern der Kranken- und Pflegekassen, drei Mitgliedern des Landes Berlin und sechs Vertretern der im Land zugelassenen und tätigen ambulanten und stationären Pflegeein-

richtungen. Der Fachbeirat unterbreitet dem Steuerungsgremium Empfehlungen, dass diese bei seiner Arbeit angemessen berücksichtigen soll.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

Das Land Berlin stattet die bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ mit durchschnittlich 2,5 Vollzeitstellen aus. Die anderen Pflegestützpunkte werden von den Kranken- und Pflegekassen ebenfalls mit durchschnittlich 2,5 Vollzeitstellen ausgestattet. In den Pflegestützpunkten findet Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI statt. In den bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ wird die Pflegeberatung in gemeinsamen Sprechstunden durch die Pflegeberater der Kranken- und Pflegekassen angeboten. Das Nähere regeln die Kranken- und Pflegekassen untereinander. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ gewährleisten eine § 7 a SGB XI entsprechende Beratung für Menschen, bei denen erkennbar ein Hilfe- und Betreuungsbedarf und/oder eine Pflegebedürftigkeit besteht, und die nicht nach § 7 a SGB XI anspruchsberechtigt sind, bzw. für deren Angehörige. Die Wahrnehmung dieser Aufgabe erfolgt in allen Pflegestützpunkten im Rahmen der gemeinsamen Sprechstunden, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ mit den Pflegeberatern der Kassen in den Pflegestützpunkten abhalten. Die Öffnungszeiten sollen mindestens zwölf Stunden pro Woche betragen. Im Rahmen der Kooperation der Pflegestützpunkte können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Vertragspartner grundsätzlich in allen Pflegestützpunkten eingesetzt werden. Die Beratung zu thematischen Schwerpunkten für spezielle Zielgruppen stellen die Träger der Pflegestützpunkte gemeinsam sicher. Die konkrete Ausgestaltung ist im Steuerungsgremium zu entwickeln. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegestützpunkten leiten auf Wunsch der Rat- und Hilfesuchenden auch Anträge auf Leistungen unmittelbar an die zuständigen Leistungsträger weiter. Die Leistungsentscheidung und Leistungsgewährung erfolgt in alleiniger Zuständigkeit des jeweiligen Kosten- und Leistungsträgers.

Trägerschaft

Träger der Pflegestützpunkte sind die Kranken- und Pflegekassen und das Land Berlin, die für jeden Pflegestützpunkt jeweils einen koordinierenden Ansprechpartner ihrer Trägerseite bestimmen. Die Rechtsstellung der Träger der bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ bleibt von der Beteiligung an den Pflegestützpunkten unberührt. Dies gilt auch für die Anstellungsverhältnisse.

Finanzierung

Die für den Betrieb der Pflegestützpunkte erforderlichen Aufwendungen werden, soweit sie nicht die Pflegeberatung betreffen, von den Trägern der Pflegestützpunkte grundsätzlich anteilig getragen. Um eine aufwändige Erfassung und Zuordnung einzelner Aufwendungen zu vermeiden, werden diese unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten grundsätzlich pauschal getragen. Die Kosten für das Personal und die Sachaufwendungen der bisherigen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ trägt weiterhin das Land Berlin, das von 133.500 Euro pro Jahr und bisheriger Koordinierungsstelle bei einem Gesamtvolumen von 1.602.000 Euro aus-

geht. Die Kosten für die Sachaufwendungen und das Personal zur Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI in den von den Kranken- und Pflegekassen errichteten Pflegestützpunkten werden auch von diesen getragen. Dabei treffen die Kranken- und Pflegekassen in Berlin und die Ersatzkassen eine Vereinbarung über die Ausgleichsfinanzierung. Die Anschubfinanzierung nach § 92 c Abs. 5 SGB XI soll vorrangig zur Herstellung eines vergleichbaren Standards in den Pflegestützpunkten eingesetzt werden. Hierzu zählen beispielsweise die Herstellung von Barrierefreiheit, die Anpassung der Kommunikationsinfrastruktur und die einheitliche Außengestaltung der Berliner Pflegestützpunkte.

Evaluation und Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung gehört in den Verantwortungsbereich des Steuerungsgremiums (s. o.) und wird durch den Fachbeirat (s. o.) unterstützt.

Um eine einheitliche qualitätsgesicherte und neutrale Beratung hilfesuchender und anspruchsberechtigter Personen zu erreichen, entwickeln die Träger der Pflegestützpunkte in Berlin in den wesentlichen Eckpunkten abgestimmtes Erhebungsverfahren des Hilfebedarfes (Assessment-Verfahren/Versorgungsplan). Außerdem vereinbaren die Träger der Pflegestützpunkte ein Verfahren zum Case Management. Dabei soll u. a. festgelegt werden, an welchen Stellen der Beratung und in welcher Form andere Beratungsstellen, im Land zugelassene Pflegeeinrichtungen, Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements, Selbsthilfegruppen und kirchliche und sonstige religiöse Gemeinschaften einzubinden sind.

3.4 Brandenburg

In Brandenburg verfolgt die oberste Landesbehörde das Ziel, einzelne Pflegestützpunkte durch so genannte Einzelverfügungen zu bestimmen, sofern sich die Pflege- und Krankenkassen mit den Kommunen auf ein gemeinsam getragenes Konzept geeinigt haben. Bisher wurden sieben Bestimmungsbescheide für die Errichtung von Pflegestützpunkten in Neuruppin, Eisenhüttenstadt, den Pilot-Pflegestützpunkt Erkner, Oranienburg, Lübben, Werder und Senftenberg erlassen. Die Stützpunkte in Erkner, Eisenhüttenstadt und Neuruppin haben ihre Arbeit bereits aufgenommen.

3.5 Bremen

Die Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten ist am 1. Oktober 2008 in Kraft getreten. Mittlerweile haben drei Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufgenommen (einer davon in Bremerhaven).

Personelle Ausstattung

Die Öffnungszeiten sind montags bis freitags von 10 bis 13.30 Uhr und von 14 bis 17 Uhr.

Finanzierung

Die Kosten und das Personal übernehmen die Kranken- und Pflegekassen sowie das Land Bremen, die Stadtgemeinde Bremen und die Stadt Bremerhaven.

3.6 Hamburg

In Hamburg werden im Verlauf des Jahres 2009 zunächst acht Pflegestützpunkte und ein Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche eingerichtet. Bis 30.06.2011 wird entschieden, wie viele Pflegestützpunkte für ein wohnortnahes Pflegestützpunkt-Netzwerk erforderlich sind. Die Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Ein Landesrahmenvertrag wurde am 16. Januar 2009 unterzeichnet.

Vorgehen bei der Errichtung

In der ersten Implementierungsphase errichten die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit den Hamburger Bezirksämtern (Kommunen) acht Pflegestützpunkte. Dabei soll das Einzugsgebiet eines Pflegestützpunktes eine Größe von 100.000 Einwohnern im Alter von 60 und mehr Jahren nicht überschreiten. Darüber hinaus wird ein Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche bei einem für ganz Hamburg zuständigen Beratungszentrum für Behinderte Menschen eingerichtet.

Bei der Errichtung der Pflegestützpunkte soll insbesondere auf die vorhandenen und vernetzten Beratungsstrukturen der Bezirksämter für Senioren und Menschen mit Behinderung aufgebaut werden. Zur fachlichen Steuerung und Qualitätssicherung der Arbeit von Pflegestützpunkten wird auf der Landesebene ein Steuerungsausschuss eingerichtet. Dieser besteht aus sechs Mitgliedern der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen, zwei Mitgliedern der Sozialbehörde und vier Mitgliedern der Bezirksämter. Zu den Aufgaben des Steuerungsausschusses gehören u. a. die fachliche Steuerung, die Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung, die Festlegung von Daten und Kennzahlen für das Berichtswesen der Pflegestützpunkte und zur regionalen Einbindung und Beteiligung sowie die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen „Corporate Design“ und einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

Die Vertragspartner stellen für jeden Pflegestützpunkt mindestens drei Vollzeitstellen zur Verfügung. Davon entfallen zwei Vollzeitkräfte auf die Kranken- und Pflegekassen und eine Vollzeitstelle auf die Freie und Hansestadt Hamburg.

Pflegestützpunkte mit thematischen Schwerpunkten oder für bestimmte Zielgruppen, deren Angebot und Fachwissen sowohl Ratsuchenden als auch Beratern Hamburgweit zur Verfügung steht, können im Einvernehmen mit den Rahmenvertragspartnern in Angliederung an bestehende spezialisierte Beratungsangebote eingerichtet werden. Die Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI bleibt von der Errichtung der Pflegestützpunkte unberührt. Sie ist von den Kranken- und Pfl-

gekassen soweit wie möglich in die Pflegestützpunkte zu integrieren. Pflegestützpunkte unterstützen und beraten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Vorbereitung von Anträgen auf Leistungen bei den jeweiligen Leistungsträgern und leiten die Anträge auf Wunsch unmittelbar an den zuständigen Leistungsträger weiter. Die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI erfolgt durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kassen. Diese arbeiten in enger Kooperation mit den für die Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Bezirksamter. Die Leistungsentscheidung und Leistungsgewährung erfolgt in alleiniger Zuständigkeit des jeweiligen Kostenträgers.

Trägerschaft

Die Kranken- und Pflegekassen und die Kommunen haben die gemeinsame Trägerschaft der Pflegestützpunkte.

Finanzierung

Die Personalkosten können von den Trägern direkt übernommen oder in Form von Personalabordnung erbracht werden. Die arbeitsplatzbezogenen Sachkosten werden entsprechend der Personalstellenanteile getragen. Für die übrigen Sachkosten erfolgt eine hälftige Teilung zwischen den Kranken- und Pflegekassen sowie der Freien und Hansestadt Hamburg. Die Mittel der Anschubfinanzierung sollen für die Herrichtung und Ausstattung der einzelnen Pflegestützpunkte und für gemeinsame Maßnahmen der Rahmenvertragspartner zur Qualitätssicherung der Arbeit der Pflegestützpunkte, zum Beispiel für den Ausbau eines einheitlichen „Corporate Design“, für Öffentlichkeitsarbeit mit einem Internetauftritt sowie für den Aufbau eines einheitlichen Dokumentationsverfahrens eingesetzt werden.

Evaluation und Qualitätssicherung

Die Arbeit der Pflegestützpunkte wird wissenschaftlich evaluiert. Die Rahmenvertragspartner werten bis zum 31. 12. 2010 die bis zum 31. 07. 2010 vorliegenden Erfahrungen aus der Arbeit der Pflegestützpunkte sowie der Evaluation aus und vereinbaren auf der Grundlage dieser Daten die für Hamburg notwendige Anzahl der Pflegestützpunkte. Um die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Angebotes weiter zu unterstützen, berufen die Vertragspartner auf Vorschlag des Steuerungsgremiums einen Fachbeirat, der sich insbesondere aus Vertretern von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtlichen und sonstigen zum Bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, aus den im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen, aus Mitgliedern des Landes-Seniorenbeirates und der Landesarbeitsgemeinschaft behinderter Menschen sowie aus Vertretern der Fachwissenschaft zusammensetzt.

3.7 Hessen

Die Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten vom 8. Dezember 2008 ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Der Rahmenvertrag der Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und den Kommunalen Spitzenverbände für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Land Hessen befindet sich noch im Unterschriftenverfahren.

Vorgehen bei der Errichtung

1. Stufe (Umsetzung)

Es wird zunächst in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt in Hessen mindestens ein Pflegestützpunkt an einer bestehenden oder im Aufbau befindlichen kommunalen Stelle eingerichtet. Die Träger der Pflegestützpunkte handeln bei deren Einrichtung und Betrieb gemeinsam, gleichberechtigt und partnerschaftlich. Eine Ansiedlung bei Leistungserbringern wird von den vertragsschließenden Parteien des Rahmenvertrages aus wettbewerbsrechtlichen Gründen abgelehnt.

Zur fachlichen Steuerung und Qualitätssicherung der Arbeit von Pflegestützpunkten wird auf Landesebene ein Steuerungsausschuss gebildet. Dieser besteht aus sechs Mitgliedern der Kranken- und Pflegekassen und sechs Mitgliedern der Kommunen.

Zur den Aufgaben des Steuerungsausschusses gehören u. a. die Festlegung einer Geschäftsordnung zur Regelung des laufenden Betriebes des Pflegestützpunktes, der Zusammenarbeit der Fachkräfte dort, der gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung und der administrativen Führung des Pflegestützpunktes; außerdem die Entwicklung von Standards zur Qualitätssicherung, die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen „Corporate Design“ sowie die Entwicklung von Standards zur regionalen Einbindung und Beteiligung. Zur Umsetzung dieser Aufgaben wird, zunächst befristet auf drei Jahre, eine Koordinierungsstelle im Umfang einer Vollzeitstelle geschaffen.

2. Stufe (Vorbereitung)

Es ist geplant, im Jahr 2010, nach einer Bestandsaufnahme und einer Anhörung des Landespflegeausschuss, über die zweite Stufe der Einrichtung von Pflegestützpunkten zu entscheiden. Ziel ist es, die mit dem Gesetz angestrebte wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten zu erreichen. Die wissenschaftliche Begleitforschung, insbesondere zu den Bemessungskriterien der zweiten Stufe, wird vom Land finanziert. Das Ausschreibungsverfahren wird in enger Abstimmung mit den Pflege- und Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden durchgeführt.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

In der Aufbauphase beläuft sich die Personalgrundausrüstung auf maximal zwei Vollzeitstellen, paritätisch besetzt durch Mitarbeitende der Kassen und Mitarbeitende der Träger der Sozialhilfe.

Die Leistungsentscheidung verbleibt eigenverantwortlich im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Kostenträgers.

Trägerschaft

Träger der Pflegestützpunkte sind die Kranken- und Pflegekassen und die örtlichen Träger der Sozialhilfe.

Finanzierung

Die Personalkosten werden von der jeweils entsendenden Organisation getragen.

Evaluation und Qualitätssicherung

Die Arbeit der hessischen Pflegestützpunkte wird kontinuierlich durch den landesweiten Steuerungsausschuss der Kostenträger begleitet und evaluiert. Die Kostenträger sorgen für ein einheitliches Dokumentationssystem, auf dessen Grundlage der Steuerungsausschuss nach drei Jahren einen umfassenden Bericht vorlegt.

3.8 Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern sollen Pflegestützpunkte implementiert werden. Derzeit wird auf Landesebene zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren abgestimmt. Daraufhin soll eine Allgemeinverfügung erlassen werden.

3.9 Niedersachsen

In Niedersachsen ist geplant, pro Landkreis, kreisfreier Stadt sowie der Region Hannover (in Form kommunaler Gebietskörperschaften) mindestens einen Pflegestützpunkt zu implementieren. Eine Landesrahmenvereinbarung wurde am 28. Mai 2009 unterzeichnet.

Vorgehen bei der Errichtung

Jede Gebietskörperschaft kann selbst darüber entscheiden, ob sie die von den Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung gestellte Mitfinanzierung zur Einrichtung von einem oder mehreren Pflegestützpunkten einsetzt. Die Ansiedlung von Pflegestützpunkten bei kommunalen Gebietskörperschaften und Seniorenservicebüros wird als vorrangig anzustrebende Form angesehen. Grundlage einer regionalen Vereinbarung zwischen den Kommunen und Kranken- und Pflegekassen über den Betrieb eines oder mehrerer Pflegestützpunkte ist die Vorlage eines Konzepts

durch die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Die endgültige Fassung soll grundsätzlich innerhalb von zwölf Wochen abgeschlossen sein. Im Falle eines Vertragsabschlusses zeigen die Landesverbände dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit den Abschluss der regionalen Vereinbarung an. Jenes erklärt innerhalb von 14 Tagen gegenüber den Vereinbarungspartnern schriftlich, ob der Einrichtung des Pflegestützpunktes stattgegeben oder widersprochen wird.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

Als Mindestpersonalausstattung sind zwei Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter vorgesehen, deren Qualifikation sich grundsätzlich an den Kriterien der Pflegeberatung orientiert und die mindestens jeweils 50 Prozent einer Vollzeitkraft einbringen. Die Pflegestützpunkte werden durch kommunale Mitarbeitende besetzt und sollen Öffnungszeiten einschließlich telefonischer Erreichbarkeit von mindestens 30 Wochenstunden an fünf Werktagen je Woche vorhalten. Darüber hinaus soll grundsätzlich die Öffnung an einem Wochentag bis 18.00 Uhr sichergestellt werden.

Grundsätzlich ist eine dauerhafte Abstellung von Personal der Kranken- und Pflegekassen an die Pflegestützpunkte nicht vorgesehen. Die Pflegekassen führen auf Initiative des Pflegestützpunktes Pflegeberatungen im Sinne des § 7 a SGB XI durch. Diese können auch im Pflegestützpunkt erfolgen.

Die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen stellen die gesamten Angebotsstrukturen (SGB V und SGB XI) einer kommunalen Gebietskörperschaft zusammen und übermitteln diese der betreffenden Kommune bzw. dem Pflegestützpunkt. Außerdem werden dem Pflegestützpunkt die speziellen Kontaktdaten und Ansprechpartner der jeweiligen Kassenart für die entsprechende Kommune/Region mitgeteilt. Diese Daten sollen regelmäßig aktualisiert werden. In den Pflegestützpunkten werden keine Leistungsentscheidungen zu Lasten einer Pflegekasse oder Krankenkasse getroffen.

Die Pflegestützpunkte erstellen eine Angebotskarte aller pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote und aktualisieren diese regelmäßig.

Trägerschaft

Die Pflegestützpunkte werden gemeinsam von den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen und der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft betrieben.

Finanzierung

Die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen stellen zur Mitfinanzierung der Pflegestützpunkte einen Betrag von maximal 2.124.000 Euro jährlich zur Verfügung. Die Aufteilung unter den Landesverbänden erfolgt nach der Statistik KM6/Versicherte. Verteilt werden diese Mittel nach folgendem Schlüssel:

Ein Euro je Bewohnerin/Bewohner per anno im Alter ab 60 Jahren (mindestens 30.000 Euro je kommunaler Gebietskörperschaft und höchstens 50.000 Euro pro Pflegestützpunkt).

Evaluation und Qualitätssicherung

Die jährliche finanzielle Trägerbeteiligung der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen setzt voraus, dass die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft den Landesverbänden jeweils zum 01.01. des Folgejahres einen Bericht über die Arbeit des Pflegestützpunktes im abgelaufenen Kalenderjahr vorlegt, der u. a. Angaben zu enthalten hat über die Art und Anzahl der durchgeführten Leistungen, die Zahl und Qualifikation der Mitarbeitenden, die Erfüllung der vereinbarten Öffnungszeiten und die Erstellung der Angebotskarte aller pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote.

3.10 Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen sollen bis 2010 mindestens drei Pflegestützpunkte je Kreis oder kreisfreier Stadt eingerichtet werden. Eine Rahmenvereinbarung dazu wurde am 1. Mai 2009 unterzeichnet. Die Allgemeinverfügung ist am 6. Juni 2009 in Kraft getreten.

Vorgehen bei der Errichtung

Die federführende Organisation des Verfahrens zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in den Kreisen und kreisfreien Städten obliegt grundsätzlich der Pflegekasse mit den meisten Pflegebedürftigen im jeweiligen Kreis oder in der kreisfreien Stadt.

Pflegestützpunkte sollen in räumlicher und organisatorischer Anbindung an bestehende Angebote der Kranken- und Pflegekassen und der Kommunen errichtet werden. In der Erprobungsphase werden grundsätzlich drei Pflegestützpunkte pro Kreis und kreisfreier Stadt eingerichtet: einer in räumlich-organisatorischen Strukturen der Kommunen und grundsätzlich zwei in räumlich-organisatorischer Anbindung an die Strukturen der Kranken- und Pflegekassen. Gerade in Regionen mit großer Bevölkerungszahl können auch in der Erprobungsphase mehr als drei Pflegestützpunkte errichtet werden. Im Hinblick auf die räumlich-organisatorische Anbindung soll auch bei einer solchen Abweichung das Verhältnis von zwei (Kranken- und Pflegekassen) zu eins (Kommunen) beibehalten bleiben. Die Träger der Pflegestützpunkte vereinbaren auf der kommunalen Ebene, wie bestehende Angebote der Wohnberatung und andere komplementäre Unterstützungsleistungen in die Arbeit der Pflegestützpunkte eingebunden oder mit ihnen verbunden werden. Mit anderen an der Beratung und Unterstützung beteiligten Organisationen sollen Kooperationsvereinbarungen getroffen werden. Eine landesweit einheitliche Telefon-Service-Nummer ist vorgesehen. In der Start- und Erprobungsphase soll außerdem die Arbeit mobiler Pflegestützpunkte modellhaft erprobt werden. Unter anderem zur Beratung und Unterstützung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten, richten das Landesministerium und die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam ein Landeszentrum für Pflegeberatung ein. Zu dessen Aufgaben gehören auch die Akkreditierung der Pflegestützpunkte und die Verteilung eines Landeslogos.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

In der zweijährigen Start- und Erprobungsphase soll die Personalausstattung grundsätzlich aus zwei Vollzeit-Präsenzkräften bestehen. Dabei ist in jedem Pflegestützpunkt eine gemeinsame Personalausstattung durch Kassen und Kommunen vorzusehen.

In den Pflegestützpunkten arbeiten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Kranken- und Pflegekassen und der Kreise und kreisfreien Städte – insbesondere bei der Organisation komplexer Hilfeeinrichtungen – eng zusammen. Die Leistungsentscheidungen werden nicht im Stützpunkt getroffen und obliegen weiterhin den jeweils zuständigen Leistungsträgern. Die Beratung gemäß § 7 a SGB XI ist soweit wie möglich integraler Bestandteil der Arbeit von Pflegestützpunkten. Dabei arbeiten die zuständigen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Kassen eng mit den kommunalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammen. Soweit im Einzelfall erforderlich, können hierzu Fallkonferenzen durchgeführt werden. Die Arbeit der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater wird grundsätzlich an der zugehenden Beratung ausgerichtet.

Trägerschaft

Träger der Pflegestützpunkte sind die Kommunen und die Kranken- und Pflegekassen gemeinsam. Die Möglichkeit der gemeinsamen Beauftragung Dritter besteht.

Finanzierung

Jeder Träger trägt seine Personalkosten selbst, es sei denn, es wird ein Kostenausgleich vereinbart. Gleiches gilt für die Sachkosten. Die Kosten der landesweit einheitlichen Telefon-Service-Nummer werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kommunen zu jeweils einem Drittel getragen.

Evaluation und Qualitätssicherung

Bis zum 31. 12. 2010 wird eine Erprobungsphase durchgeführt. Erkenntnisse über die Arbeit der Pflegestützpunkte werden in dieser Phase gesammelt, in einem Bericht zusammengefasst, dem Landeszentrum für Pflegeberatung vorgelegt und anschließend gemeinsam ausgewertet. Darüber hinaus ist geplant, einen fachlichen Beirat zu gründen.

3.11 Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz wird pro 30.000 Einwohner ein Pflegestützpunkt eingerichtet. Dazu werden die 135 BEKO-Stellen (Beratungs- und Koordinierungsstellen) zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt. Eine Allgemeinverfügung ist am 1. Juli 2008, ein Landesrahmenvertrag am 1. Januar 2009 in Kraft getreten.

Vorgehen bei der Errichtung

Die Träger der Pflegestützpunkte sollen bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte und dem laufenden Betrieb gemeinsam, gleichberechtigt und partnerschaftlich handeln. Zur Begleitung des Auf- und Ausbaus, des laufenden Betriebs und der Sicherung der Qualität und Transparenz der Arbeit der Pflegestützpunkte wird in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt eine Kooperationsgemeinschaft Pflegestützpunkte gebildet. Diese setzt sich zusammen aus:

- einer Vertreterin bzw. einem Vertreter des Landes,
- einer Vertreterin bzw. einem Vertreter des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt,
- einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Pflegekassen,
- einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Krankenkassen,
- einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen sowie
- dem oder der Vorsitzenden der Regionalen Pflegekonferenz bzw. der Stellvertreterin oder dem Stellvertreter als beratendes Mitglied ohne Stimmrecht.

Der Vorsitz der Kooperationsgemeinschaft obliegt den gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen. Beschlüsse sind einstimmig zu fassen und für den Pflegestützpunkt verbindlich. Pflegestützpunkte bei einer zugelassenen Pflegeeinrichtung müssen räumlich und organisatorisch von der Einrichtung der Leistungserbringer getrennt sein.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

Im Zeitraum vom 01.01.2009 bis 31.12.2010 werden grundsätzlich insgesamt 1,5 Vollzeitstellen pro Pflegestützpunkt eingesetzt. Die Träger der Beratungs- und Koordinierungsstellen bringen die Fachkräfte in den jeweiligen Pflegestützpunkt mit 25 Prozent einer Vollzeitstelle für Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI ein. Die darüber hinaus gehenden bisherigen Aufgaben werden mit dem verbleibenden Stellenumfang (75 Prozent einer Vollzeitstelle) wahrgenommen. Die Pflege- und Krankenkassen stellen für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI pro Pflegestützpunkt die Hälfte einer Vollzeitstelle zur Verfügung. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes notwendigen administrativen Aufgaben werden grundsätzlich von der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter der beim jeweiligen Pflegestützpunkt federführenden Kranken- und Pflegekasse oder deren Verbänden wahrgenommen. Die Dienst- und Fachaufsicht verbleibt beim jeweiligen Anstellungsträger. Dieser stellt bei längerfristigem Ausfall eine geeignete Ersatzkraft zur Verfügung.

Trägerschaft

Träger der Pflegestützpunkte sind die Kranken- und Pflegekassen einerseits sowie die zuständigen Landkreise, kreisfreien Städte und das Land andererseits. Diese kooperieren mit den Trägern der Beratungs- und Koordinierungsstellen.

Finanzierung

Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der Pflegestützpunkte jeweils zur Hälfte getragen. Die Personal- und Sachkosten für die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI bleiben hiervon unberührt. Die Kosten der Qualifizierungsmaßnahmen können grundsätzlich aus den Mitteln der Anschubfinanzierung nach § 92 c Abs. 5 Satz 1 SGB XI finanziert werden.

Evaluation und Qualitätssicherung

Die Begleitung des Auf- und Ausbaus, des laufenden Betriebs und der Sicherung der Qualität und Transparenz der Arbeit der Pflegestützpunkte erfolgt in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt durch die eingerichtete Kooperationsgemeinschaft (s. o.). Es ist vorgesehen, eine Evaluation durchzuführen.

3.12 Saarland

Im Saarland soll mindestens ein Pflegestützpunkt pro Landkreis implementiert werden. Eine Allgemeinverfügung ist am 14. August 2008, ein Landesrahmenvertrag am 19. Dezember 2008 in Kraft getreten. Sieben der vorerst geplanten acht Pflegestützpunkte arbeiten bereits.

Vorgehen bei der Errichtung

In jedem Landkreis bzw. im Regionalverband Saarbrücken wird zumindest ein Pflegestützpunkt eingerichtet. Die Träger der Pflegestützpunkte bilden auf Kreis- bzw. Regionalverbandsebene jeweils eine Kooperationsgemeinschaft im Sinne einer BGB-Gesellschaft. Diese besteht aus jeweils zwei Vertretern des Kreises bzw. Regionalverbandes und der Kranken- und Pflegekassen und einem Vertreter des Landes. Die Pflege- und Krankenkassen bestimmen, welche Kassenart für einen Pflegestützpunkt jeweils federführend ist. Die verantwortliche Führung des Pflegestützpunktes obliegt einem zu bildenden Kooperationsausschuss und einer Geschäftsführung. Die Landkreise bzw. der Regionalverband und die federführende Kasse übernehmen im zweijährigen Wechsel den Vorsitz im Kooperationsausschuss. Die laufende Geschäftsführung obliegt dem jeweils nicht vorsitzenden Vertragspartner. Zu den Aufgaben des Kooperationsausschuss gehörten u. a.

- die Festlegung einer Geschäftsführung des laufenden Stützpunkt-Betriebes, der Zusammenarbeit der Fachkräfte dort, der gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung und der administrativen Führung des Stützpunktes,
- die Festsetzung des Personal-, Kosten- und Finanzierungsplanes und
- die Festlegung von konzeptionellen Grundsätzen.

Die Geschäftsführung des jeweiligen Pflegestützpunktes ist an Beschlüsse des Kooperationsausschusses gebunden und verantwortlich für deren Umsetzung sowie die Sicherstellung des laufenden Betriebes des Pflegestützpunktes. Dazu gehört auch die Führung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, soweit sich ihre Tätigkeit auf die Umsetzung dieses Vertrages bezieht. Die Geschäftsführung hat im Kooperationsausschuss regelmäßig über ihre Arbeit zu berichten.

Über die Einrichtung von weiteren bzw. die Auflösung von eingerichteten Pflegestützpunkten entscheiden die Pflegekassen/Krankenkassen, die Landkreise bzw. der Regionalverband Saarbrücken und das Land einvernehmlich.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

Bezogen auf 100.000 Einwohner sollen von den Trägern der Pflegestützpunkte mindestens drei Vollzeit-Beratungskräfte und zusätzlich Verwaltungskräfte im erforderlichen Umfang vorgehalten werden. Die wöchentliche Arbeitszeit einer Beratungskraft soll mindestens die Hälfte der tariflichen Arbeitszeit umfassen. Durch eine entsprechende Gestaltung des Dienstplanes soll eine ganztägige Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes sichergestellt werden. Die im Pflegestützpunkt tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben Beschäftigte des bereitstellenden Trägers und unterliegen weiterhin dessen Dienstaufsicht.

Beratung nach § 7 a SGB XI und nach § 11 SGB XII wird in der Verantwortung der jeweiligen Pflegekassen bzw. der Sozialhilfeträger in deren Geschäftsstellen erbracht oder in den Pflegestützpunkten. Im Falle der Erbringung im Pflegestützpunkt sind diese Beratungsleistungen gleichgewichtig von den jeweiligen Leistungsträgern sicherzustellen.

Trägerschaft

Träger der Pflegestützpunkte sind die im Saarland tätigen Pflege- und Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die jeweiligen Landkreise bzw. der Regionalverband Saarbrücken.

Finanzierung

Die Gesamtkosten aller Pflegestützpunkte inklusive Außenstellen werden jährlich von den Vertragspartnern auf Landesebene gemeinsam vereinbart. Diese werden von den Pflege- und Krankenkassen, den jeweiligen Landkreisen/dem Regionalverband Saarbrücken und dem Land jeweils zu einem Drittel getragen.

Evaluation und Qualitätssicherung

Alle Pflegestützpunkte sind verpflichtet, eine einheitliche Software anzuwenden, ihre Daten für eine landesweite Auswertung zur Verfügung zu stellen sowie über die Tätigkeit einen jährlichen Bericht zu verfassen.

3.13 Sachsen

In Sachsen werden nach jetzigem Stand keine Pflegestützpunkte eingerichtet.

3.14 Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalt plant derzeit keine Pflegestützpunkte einzurichten. Stattdessen wird modellhaft eine „vernetzte Pflegeberatung“ evaluiert.

3.15 Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein ist es vorgesehen, in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt einen Pflegestützpunkt zu errichten. Die Allgemeinverfügung ist am 17. 10. 2008 in Kraft getreten. Ein vorläufiger Landesrahmenvertrag vom 01. 01. 2009 wurde am 01. 07. 2009 von dem endgültigen Landesrahmenvertrag abgelöst.

Vorgehen bei der Errichtung

Es obliegt der eigenständigen Entscheidung jedes Kreises bzw. jeder kreisfreien Stadt, sich an der Errichtung eines Pflegestützpunktes zu beteiligen. Die acht vorhandenen trägerunabhängigen Beratungsstellen wurden zum 01. 01. 2009 in Pflegestützpunkte umgewandelt. Die Pflegeberatung erfolgt bedarfsgerecht in den Pflegestützpunkten.

Personelle Ausstattung und Aufgaben

In den Pflegestützpunkten stehen geeignete Fachkräfte im Umfang von grundsätzlich zwei Vollzeitstellen zur Verfügung. Darüber hinaus stehen 0,5 Vollzeitstellen für eine Verwaltungskraft zur Verfügung. Die im Pflegestützpunkt tätigen Beraterinnen und Berater müssen über ein abgeschlossenes Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik oder ein vergleichbares Studium und/oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft verfügen. Daraus ergibt sich eine Vergütung bis zu Entgeltgruppe 9 TVöD.

Die Pflege- und Krankenkassen haben zum 01.02.2009 eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Deren Aufgaben liegen u. a. in der Unterstützung bei der Sicherstellung der einheitlichen Aufgabebearbeitung und in der Umsetzung von Vorgaben zur Qualitätssicherung. Außerdem soll über die Koordinierungsstelle die Prüfung der Kosten-, Personal- und Finanzpläne der Pflegestützpunkte, die Koordinierung der Zusammenarbeit der Pflegestützpunkte mit dem Pflegenottelefon sowie die Unterstützung bei der Beantragung der Anschubfinanzierungsmittel erfolgen. Der Pflegestützpunkt ist in seinem Einzugsbereich Anlauf- und Koordinierungsstelle für alle Bürgerinnen und Bürger rund um das Älterwerden, Pflegebedürftigkeit und Krankheit. Er arbeitet eng mit allen Beteiligten im Netzwerk sowie den Pflegeberatern zusammen. Die § 7 a-Pflegeberater übernehmen das umfängliche Einzelfall-Management bei (voraussichtlichem) Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Im Landesrahmenvertrag ist die Aufgabenverteilung zwischen Pflegestützpunkten und Pflegeberatung wie folgt geregelt:

Aufgabenteilung zwischen Pflegestützpunkt und Pflegeberatung

Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI)	Pflegeberatung (§ 7 a SGB XI)
<p>Grundlagenarbeit und Initiativen für das regionale Care Management (Oberbegriff Management-Strukturen. CrM erarbeitet neue Strukturen und Angebote, erarbeitet und aktualisiert übergreifende Netzwerke etc.):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prävention im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge – Beratung zu allgemeinen Fragen hinsichtlich Alter, Pflege und Unterstützung – Allgemeine Situationsklärung in der Alltagsbewältigung – Erste Beratung des Klienten zu den Möglichkeiten in seinem speziellen Fall, ggf. inkl. Antragstellung und Wohnraumberatung – Überleitung – Psychosoziale Betreuung – Motivation des Klienten/des Umfeldes – Förderung der Compliance – Beschwerdemanagement – Krisenmanagement – Öffentlichkeitsarbeit – Einbindung Ehrenamt/Selbsthilfegruppen 	<p>Case-Management (steuert den Einzelfall) bei (voraussichtlichem) Anspruch auf und Überbau aller SGB-XI-Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Individuelle und vollumfängliche Einzelfallberatung und -begleitung – Einzelfallberatung und -begleitung – Hilfeplan-Erstellung (incl. Fallkonferenz) – Hilfeplan-Evaluierung und ggf. Hilfeplananpassung – Organisation unterstützender Maßnahmen incl. Antragstellung (bspw. Wohnraumanpassung) – Organisation ergänzender Hilfen – Psychosoziale Betreuung – Motivation/Förderung der Compliance des Klienten – Rückkoppelung für Care Management – Beschwerdemanagement – Krisenmanagement

Bei gleichzeitigem Anspruch auf Leistungen nach SGB XI und SGB XII kann auf Wunsch des kommunalen Trägers die Verantwortlichkeit für das Case Management regional vereinbart werden, um so Doppelstrukturen zu vermeiden.

Trägerschaft

Träger sind die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen sowie die Kreise und kreisfreien Städte.

Finanzierung

Die Aufwendungen für den Betrieb eines Pflegestützpunktes werden als Pauschale festgestellt. Damit sind sämtliche Personal- und Sachkosten abgegolten. Das Land Schleswig-Holstein sowie die Kreise und kreisfreien Städte beteiligen sich jeweils grundsätzlich mit einem Drittel als freiwillige Leistung nach Maßgabe der kommunalen Haushalte. Die Pflege- und Krankenkassen tragen grundsätzlich ein Drittel der Aufwendungen.

Evaluation und Qualitätssicherung

Die Evaluation und Qualitätssicherung gehören zu den Aufgaben der eingerichteten Koordinierungsstelle auf Landesebene.

3.16 Thüringen

In Thüringen ist noch keine abschließende Entscheidung über die Implementierung von Pflegestützpunkten gefallen. Das Land wird zunächst drei bis vier Modellregionen einrichten, in denen die Implementierung von Pflegestützpunkten erprobt wird.

4. Etablierung von Pflegestützpunkten

Im vorherigen Kapitel wurden die geschaffenen Rahmenbedingungen zur Implementierung von Pflegestützpunkten der einzelnen Bundesländer vorgestellt. Auf dieser Grundlage und den Vorgaben des § 92 c SGB XI gilt es für die Akteurinnen und Akteure auf der kommunalen Ebene Stützpunktverträge abzustimmen, die die Errichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten regeln. Der Unterschied zu den „politisch“ übergeordneten Ebenen besteht vor allem darin, dass auf kommunaler Ebene, unter Beachtung aller lokalen Besonderheiten, explizit geregelt werden sollte, wer was wann und wie macht. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Begleitung der Pilot-Pflegestützpunkte und den Beobachtungen der Implementierungsprozesse vor Ort wird in Abschnitt 4.1 eine Vorgehensweise zur Implementierung von Pflegestützpunkten anhand von Eckpunkten vorgestellt. Daraus werden zwei bedeutsame Kernbestandteile im Abschnitt 4.2 im Detail dargestellt.

4.1 Mögliche Eckpunkte des Vorgehens

Im Folgenden werden zehn Eckpunkte einer Vorgehensweise zur Einrichtung von Pflegestützpunkten auf der kommunalen Ebene vorgestellt. Der letztendlich verfolgte Weg wird allerdings immer lokalspezifische Besonderheiten enthalten, so dass diese Vorgehensweise als Orientierung und nicht als starre Anleitung zu verstehen ist.

1. Akteurinnen und Akteure zusammenführen

Zu den gesetzlich geforderten Trägern eines Pflegestützpunktes gehören die Kommunen und die Kranken- und Pflegekassen. Diese sollten sich im Vorfeld von formellen Verhandlungen in informellen bilateralen oder multilateralen Gesprächen abstimmen, ob sie bereit sind, sich an der Etablierung eines Pflegestützpunktes zu beteiligen. Besteht ein entsprechender Wille, können erste Ideen erörtert werden, welche Vorstrukturen genutzt werden könnten. Die Repräsentantinnen und Repräsentanten der Vorstrukturen können dann direkt oder sukzessive in die Gespräche mit einbezogen werden. Der Aufbau einer Projektstruktur etwa durch eine Lenkungs- und eine Projektgruppe kann für die weiteren Verhandlungen förderlich sein.

2. Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Grundlage für die Implementierung von Pflegestützpunkten bilden die Rahmenbedingungen auf Bundes- und Landesebene. Alle Beteiligten sollten einen einheitlichen Kenntnisstand über diese Thematik haben und sich hinsichtlich der Interpretationsspielräume abstimmen bzw. ggf. darüber verhandeln. Dies kann durch eine Informationsveranstaltung erreicht werden. In schwierigen Verhandlungssituationen kann es von Vorteil sein, eine neutrale Moderation mit hinzuzuziehen.

3. Ist-Erhebung im Einzugsgebiet des Pflegestützpunktes

Pflegestützpunkte können erst geplant werden, wenn die Implementierung auf der Basis einer Ist-Erhebung erfolgt. Im Rahmen der Ist-Analyse können Leistungen und Angebote einschließlich bestehender Beratungsangebote sowie Daten über die Bevölkerung, die Wohnsituation und über bestehende Netzwerke im Einzugsgebiet erhoben werden. Dies ermöglicht die systematische Einbindung der Vorstrukturen, eine bessere Abschätzung von potenziell benötigten Beratungsleistungen und ist notwendig, um über die lokalen Versorgungsstrukturen einschließlich der ehrenamtlichen Strukturen beraten zu können.

4. Vision formulieren

Ein motivierender möglicher Einstieg, um das Thema Etablierung eines Pflegestützpunktes zu bearbeiten, besteht in der gemeinsamen Erarbeitung einer Vision, in der festgelegt wird, für welches Einzugsgebiet was erreicht werden soll. Eine Vision ist auch ein guter Ansatz, um für den Pflegestützpunkt zu werben. Ausgehend von der Vision lassen sich dann gemeinsame Ziele formulieren, die etwa die wohnortnahe Beratung, die Neutralität der Leistungserbringung, die Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements und die Einbeziehung vorhandener Beratungsangebote betreffen.

5. Leistungen des Pflegestützpunktes festlegen

Es ist festzulegen, was der Pflegestützpunkt eigentlich leisten soll. Erst dann können die weiteren Fragen, wer wie was macht, beantwortet werden. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe hat mit den Akteurinnen und Akteuren aller Pilot-Pflegestützpunkte dazu ein Rahmenmodell für Betriebskonzepte von Pflegestützpunkten erarbeitet (siehe 4.2.1). In diesem Zusammenhang kann sowohl die Erreichbarkeit des Pflegestützpunktes (Öffnungs- und Telefonzeiten) und die Standortfrage geklärt werden, als auch Frage, ob die Leistungen zentral oder dezentral (mit Außenstellen) erbracht werden.

6. Verantwortlichkeiten und Abläufe bestimmen

Erst nach Festlegung der Leistungen ist es möglich zu klären, wer welche Leistung erbringt, und damit die Kernprozesse zu definieren. Hierauf wird in Abschnitt 4.2.2 detaillierter eingegangen. Mit der Beschreibung der Kernprozesse können auch sinnvolle Anforderungen an die Personalqualifikationen diskutiert werden. Über welche Qualifikationen das eingesetzte Personal in den Piloten verfügt, gibt Abschnitt 5.1 Auskunft. Eine Bewertung der Personalqualifikationen hinsichtlich der resultierenden Beratungsqualität ist im Rahmen des Projektes leider nicht möglich. Hierzu bedarf es eines eigenen Forschungsansatzes.

7. Betriebswirtschaftliche Dimensionen klären

Nunmehr können die verbliebenen betriebswirtschaftlichen Dimensionen bzw. Funktionen geklärt werden. Hierbei geht es u. a. um die Standortfrage, die Buchhaltung, die Rechnungslegung. Da es sich faktisch nach derzeitigem Verständnis bei den Pflegestützpunkten „lediglich“ um Räume handelt, in die Personal durch die Träger entsandt wird, verbleiben auch die betriebswirtschaftlichen Funktionen im Prinzip bei den Trägern. Vor diesem Hintergrund bilden dann die Punkte 5 und 6 zur Leistungsdefinition und Festlegung der Kernprozesse den Kern des inhaltlichen Implementierungsprozesses. Drei Bereiche bedürfen jedoch darüber hinaus der Klärung:

Öffentlichkeitsarbeit

Anhand der Pilot-Pflegestützpunkte zeigt sich deutlich, dass eine gute kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit eine Grundvoraussetzung für eine befriedigende Nachfrage bei einem Pflegestützpunkt ist. In der Tendenz gilt dies ganz besonders für neu etablierte Pflegestützpunkte ohne Vorstrukturen. In Abschnitt 7.4 wird hierzu ein Konzept präsentiert. Es ist festzulegen, wer für die Öffentlichkeitsarbeit verantwortlich ist, oder genauer gesagt, welche Teile im Pflegestützpunkt und welche Aufgaben von den einzelnen Trägern wahrgenommen werden und in welchen Punkten eine Abstimmung mit allen Trägern notwendig ist.

Leitungsfunktion

Im Rahmen der Leitungsfunktion wird typischerweise der operative Ablauf sichergestellt und es werden beispielsweise Modifikationen der Kernprozesse und sonstige Abläufe geregelt. Für die Implementierung gibt es im Prinzip zwei Optionen: Zum einen kann einer Person im Pflegestützpunkt die Leitungsfunktion im Sinne einer Geschäftsführung übertragen werden. Die Leitungsfunktion könnte auch zwischen verschiedenen Mitarbeitenden etwa alle zwei Jahre rotieren. Zum anderen kann ein Gremium geschaffen werden, das diese Entscheidungen trifft. Wenn die Dienst- und Fachaufsicht des eingesetzten Personals im Pflegestützpunkt bei unterschiedlichen Trägern liegt, ist es von besonderer Bedeutung, die Anforderungen an den operativen Ablauf, etwa für die Stellung von Ersatzpersonen im Urlaub, so weit wie möglich zu regeln. Für strategische Entscheidungen, wie beispielsweise die Aufstockung des Personals, Änderung des Standortes, etc., sollte ebenfalls ein Gremium im Sinne einer Gesellschafterversammlung etabliert werden, in dem sich die Träger der Pflegestützpunkte mindestens einmal im Jahr treffen.

Qualitätssicherung

In der derzeitigen öffentlichen Diskussion kommt aus Sicht des KDA der Aspekt der Qualitätssicherung zu kurz. Unter Qualitätssicherung wird im Folgenden ein auf Dauer angelegtes System, das dazu dient Zielerreichungsgrade zu erheben, verstanden. Realistischerweise setzt die Qualitätssicherung eher am Output, den unmittelbar durch die Prozesse im Pflegestützpunkt entstehenden Leistungen an. In Abgrenzung hierzu finden Evaluationen zeitlich befristet statt und sollten am Outcome, dem Ergebnis bzw. den Konsequenzen der Leistungen ansetzen – es geht um einen Wirkungsnachweis. Wie wirkt sich beispielsweise das Case Management auf die stationäre Versorgung aus: Können Pflegebedürftige zum Beispiel länger zu Hause wohnen bleiben? In diesem Sinne handelt es sich bei Qualitätssicherung und Evaluation um keine Substitute, sondern um sich ergänzende Instrumente.

Die Frage der Qualitätssicherung ist für alle Organisations- und Unternehmensformen von besonderer Bedeutung, da hierüber Informationen generiert werden, die einen entscheidenden Beitrag für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess liefern. Von besonderer Bedeutung ist ein Qualitätssicherungssystem für die Pflegestützpunkte auch vor dem Hintergrund des Organisationskonzeptes „entsendende Stellen“. Wie will ein Träger, der Personal für einen anderen Ort bereitstellt, dessen Leistung beurteilen? Wie soll ein eigenständiges Organisationsgefühl erwachsen, das entkoppelt ist von den Interessen des Trägers? Wie lässt sich das Postulat der Neutralität sicherstellen? Und wie stellt ein „guter“ Pflegestützpunkt sicher, dass sein Renommee durch einen „schlechten“ nicht in Mitleidenschaft gerät?

Die Antwort lautet: Durch die Etablierung einer Qualitätssicherung in jedem Pflegestützpunkt. Im Folgenden sollen einige Impulse, sowohl in Bezug auf die Struktur- als auch auf die Ergebnisqualität, für die Erarbeitung eines Qualitätssicherungskonzeptes gegeben werden, die dann aber noch ausgearbeitet werden müssten.

Tabelle 2 stellt beispielhaft dar, durch welche Maßnahmen Rahmenbedingungen implementiert werden können, die für eine gute Beratungsqualität förderlich sind (Strukturqualität). So kann beispielsweise das Qualitätsziel „reibungsloser Prozessablauf“ durch die Festlegung von Abläufen und Verantwortlichkeiten im Pflegestützpunkt unterstützt werden. Auf die Durchführung eines Leitbildprozesses soll hier explizit hingewiesen werden. Denn ein solcher Prozess bietet eine gute Möglichkeit, eine eigene Identität mit eigenen Werten im Pflegestützpunkt zu implementieren. Durch einen Leitbildprozess kann die Identifikation der Mitarbeitenden mit den Zielen der Arbeit im Pflegestützpunkt gestärkt werden.

Tabelle 2: Hinweise zur Sicherung der Strukturqualität

<i>Ziele der Qualitätssicherung</i>		<i>Mögliche Maßnahmen</i>
reibungsloser Prozessablauf	➔	<ul style="list-style-type: none"> • Prozesse definieren • Verantwortlichkeiten festlegen
kompetentes Personal	➔	<ul style="list-style-type: none"> • Personalqualifikationen als Anforderung festlegen und umsetzen
Neutralität	➔	<ul style="list-style-type: none"> • Neutralität vertraglich regeln • Leitbildprozess durchführen und Leitbild erarbeiten

Eine hinreichende Sicherung entscheidender Leistungsziele wird jedoch nur dann möglich sein, wenn die Qualitätssicherungskonzepte die Dimension der Ergebnisqualität mit berücksichtigen. Ein erster Ansatz hierzu ist in Tabelle 3 dargestellt. Zwei prinzipielle Optionen bieten sich für die Erhebung und Auswertung der notwendigen Daten:

- Ein Aufsichtsorgan, bei dem es sinnvoll wäre, neben den Trägern des Pflegestützpunktes auch Vertreter der Rat- und Hilfesuchenden, des bürgerschaftlichen Engagements und der Leistungserbringer mit einzubeziehen
- oder
- eine unabhängige Organisation oder Landesbehörde, die die Erhebung und Auswertung in Form einer externen Qualitätssicherung durchführt.

Tabelle 3: Hinweise zur Sicherung der Ergebnisqualität

Nr.	Ziel	Messgröße	Zielwert	Erhebungsmethode
1	Kundenzufriedenheit	Kundenzufriedenheitsindex		Kundenbefragung
2	Fachkompetente Beratung	gute Beratung (1) leichte Fehler (2) schwere Fehler (3)	1,5	Einzelanalysen von Stichproben auf Basis der Dokumentation
3	Trägerunabhängige Beratung	Wurde dem Rat- und Hilfesuchenden immer die gesamte Bandbreite an Leistungserbringern vorgeschlagen? Raster: Ja (1), Nein (3)	1,2	
4	Neutralität	Liegen die Zielwerte der Messgrößen bei den Zielen „fachkompetente und trägerunabhängige Beratung“ (Nr. 2 und 3) oberhalb der kritischen Werte von 1,5 bzw. 1,2, muss überprüft werden, ob dies mit einer bestimmten Person oder beratenden Institution korreliert.	Ja/Nein	

8. Mengengerüst der Kosten abschätzen

Aus den bisherigen Schritten lässt sich das Mengengerüst der Kosten, also der notwendige Personal- und Sachmitteleinsatz, theoretisch ableiten. Das entscheidende Problem besteht allerdings in der Abschätzung der Nachfrage, die insbesondere für die Bestimmung des Personaleinsatzes von elementarer Bedeutung ist. Die Untergrenze lässt sich aus den angestrebten Öffnungszeiten und den Kernprozessen bzw. den Leistungen, die angeboten werden sollen, ab-

leiten. Eine sinnvolle Personalausstattung ist jedoch auch geprägt von der Nachfrage und den Arbeiten, die im Care Management (u. a. Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen) notwendig sind. Ein entsprechender Bedarf wird zwischen einzelnen Standorten zum Teil stark variieren. Hinzu kommt, dass die Nachfrage nur dann dem tatsächlichen Bedarf entsprechen dürfte, wenn ein intensives Marketing (siehe auch Abschnitt 6.2) betrieben wird. So ist schon der Begriff „Pflegestützpunkt“ nicht selbsterklärend. Vor diesem Hintergrund handelt es sich bei den Nachfragen der Rat- und Hilfesuchenden bei den Pilot-Pflegestützpunkten um 16 Einzelergebnisse, die nicht ausreichen, um einen belastbaren Ansatz für die Personaleinsatzplanung zu entwickeln. Dies ist dann beispielsweise im Rahmen der in vielen Bundesländern geplanten Evaluationen zu erarbeiten. Derzeit bleibt nur die Schätzung eines sinnvollen Personaleinsatzes, etwa auf der Basis von vorhandenen Vorstrukturen, um dann den Personaleinsatz im weiteren Prozess anzupassen.

9. Finanzierung klären

Falls die Finanzierung noch nicht im Laufe der Verhandlungen auf Landesebene oder kommunaler Ebene geklärt worden ist, kann dies auf der Grundlage der zu bestimmenden Kosten zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren erfolgen. Das Gesetz sieht hierbei als einzige Anforderung vor, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf als bei der entsprechenden Krankenkasse. Bei der Beobachtung der Implementierungsstrategien in den Ländern zeigt sich, dass häufig die Personalkosten über Entsendung von Mitarbeitenden der Pflegestützpunktträger gedeckt werden und diese sich auch bei den restlichen Kosten über einen Verteilerschlüssel verständigen. Wichtig ist, dass auch die Verwendung der Anschubfinanzierung in diesem Punkt geklärt wird. Was bei der Beantragung der Fördermittel zu beachten ist, regelt eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt (siehe Anhang 8.4).

10. Stützpunktvertrag abschließen

Nunmehr kann der Stützpunktvertrag abgeschlossen werden. Im Abschnitt 7.6 wird auf der Basis der bisherigen Abschnitte eine Checkliste abgebildet, die darstellt, welche Inhalte in einem Stützpunktvertrag bearbeitet werden sollten.

4.2 Kernelemente des Vorgehens

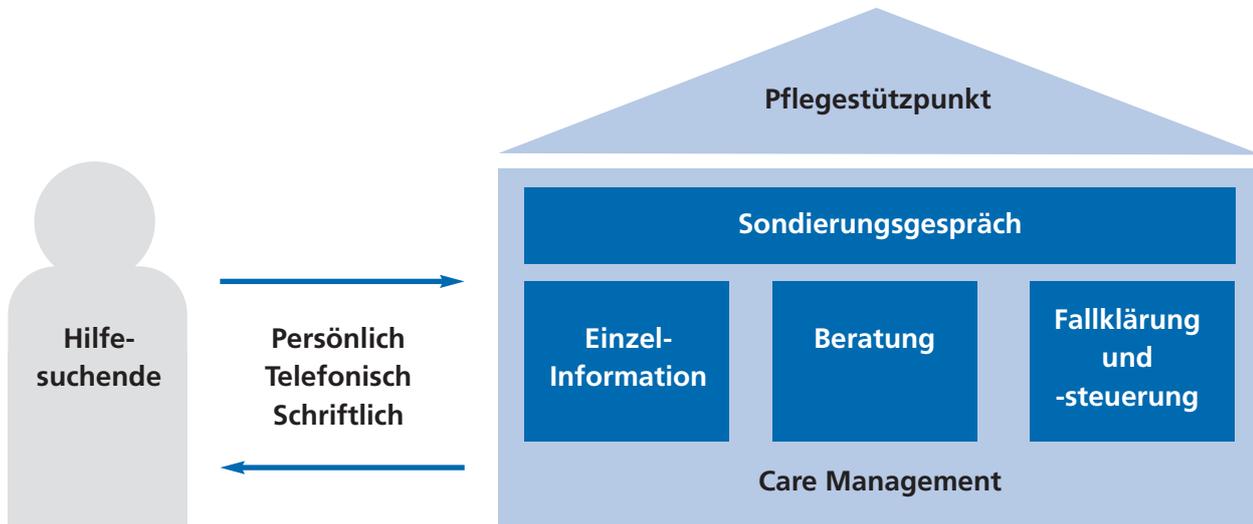
Im Folgenden werden die beiden Kernelemente der in Abschnitt 4.1 skizzierten Vorgehensweise ausgeführt.

4.2.1 Leistungen des Pflegestützpunktes durch ein Betriebskonzept bestimmen

Die Arbeit eines Pflegestützpunktes kann wie folgt beschrieben werden (s. Abb. 1): Der bzw. die Rat- und Hilfesuchende kontaktiert den Pflegestützpunkt. Dies kann persönlich, telefonisch oder schriftlich erfolgen. Im Sondierungsgespräch wird dann festgestellt, welcher Leistungskomplex oder welche Leistungskomplexbkombination, bestehend aus Einzelinformation, Beratung sowie

Fallklärung und -steuerung, benötigt werden. Damit die Leistungskomplexe effizient bereitgestellt werden können, muss ein Care Management durchgeführt werden. Sondierungsgespräch, Einzelinformation, Beratung sowie das Care Management können als Leistungsruubriken verstanden werden. Sie dienen dazu festzulegen, was im Pflegestützpunkt tatsächlich geleistet wird.

Abbildung 1: Leistungen eines Pflegestützpunktes



Im Folgenden werden die einzelnen Bestandteile der Leistungsruubriken auch anhand der Erfahrungen in den Pilot-Pflegestützpunkten erläutert.

Sondierungsgespräch

Die Identifizierung der erforderlichen Hilfeleistungen im Sondierungsgespräch bildet die erste und richtungweisende Steuerungsfunktion im Pflegestützpunkt. Das Ziel besteht darin, vier grundlegende Fragen zu klären:

- Wer ist die/der Rat- und Hilfesuchende?
- Besteht ein Bedarf an Einzelinformationen und falls ja, um welche handelt es sich?
- Besteht ein Bedarf an Basis- und/oder Spezialberatung und falls ja, bei welchen Themen?
- Ist eine Fallklärung und -steuerung erforderlich?

Rat- und Hilfesuchende werden dann dem Leistungskomplex Fallklärung und -steuerung zugeordnet, wenn es sich um einen komplexen Hilfebedarf handelt, dessen Behebung mehrere Unterstützungsleistungen erfordert und die Betroffenen oder ihr soziales Umfeld nicht oder nur teilweise in der Lage sind, die erforderlichen Aufgaben zu übernehmen. Dies ist ebenfalls angezeigt, wenn für die Beratungsperson selbst die Situation der/des Rat- und Hilfesuchenden unklar ist. Falls dabei nach Einschätzung der Beraterin oder des Beraters von einem noch nicht thematisierten weiteren Hilfebedarf auszugehen ist, sollte dies dokumentiert werden.

Bei den zu treffenden Entscheidungen im Sondierungsgespräch, ob und welche Leistungen von den Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung durchgeführt werden sollen, ist die Verbrau-

chersouveränität der Rat- und Hilfesuchenden zu respektieren. Letztendlich entscheidet ausschließlich die/der Rat- und Hilfesuchende selbst.

Im Hinblick auf die Anforderungen an die benötigten Qualifikationen zur Durchführung der Sondierungsgespräche weisen die Piloten darauf hin, dass es bei der Bedarfserhebung sehr auf die Erfahrungen der Mitarbeitenden ankommt. Dies betrifft insbesondere die Einschätzung der vorhandenen Ressourcen der Rat- und Hilfesuchenden sowie das Vorhandensein nicht geäußerter Unterstützungsbedarfe.

Einzelinformationen

Im Rahmen dieser Leistungsrubrik erhalten die Rat- und Hilfesuchenden Informationen zu den Hilfs- und Unterstützungsangeboten bezüglich der Kontaktdaten, der Preise und der Art der Leistung. Die Leistung sollte so organisiert sein, dass sie durch die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter, die bzw. der das Sondierungsgespräch geführt hat, erbracht werden kann. Um dies zu erreichen, empfiehlt sich der Aufbau einer Datenbank.

Es kann die Gefahr bestehen, dass die Rat- und Hilfesuchenden aufgrund der alleinigen Bereitstellung von Einzelinformationen fachlich suboptimale Entscheidungen treffen. Auf diese Gefahr haben einige Piloten explizit hingewiesen und weisen den Rat- und Hilfesuchenden deshalb ausdrücklich auf die Vorteile einer Beratung hin.

Beratung

Die Leistungsrubrik Beratung wurde in die Bausteine Basis- und Spezialberatung unterteilt. Hierbei geht es um die Abgrenzung zwischen allgemeinen und speziellen Informationen. Spezielle Informationen können nur von ausgewiesenen Fachleuten wie Fachärzten, Therapeutinnen, Therapeuten und bei Krankenkassen und Wohnberatungsstellen etc. vermittelt werden. Es handelt sich um Spezialberatungen, die sich zum Teil auch durch die bestehende Rechtsverbindlichkeit von der Basisberatung abgrenzen.

Da Pflegestützpunkte die erste Anlaufstelle bei allen Fragen rund um das Thema Pflege und auch weit darüber hinaus sind, sollten Pflegestützpunkte zu allen relevanten Themen grundlegend beraten können. Da aber Spezialberatungen eine Berufsausbildung mit Spezialisierung erfordern, kann diese Leistung, wenn sie nicht in der natürlichen Kernkompetenz der Träger liegt, nicht per se im Pflegestützpunkt erbracht werden. Hier ist es notwendig, dass Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen mit den Spezialberatungsstellen aufgebaut werden. Im Idealfall findet eine Integration in die Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes statt. Alternativ kann eine zeitweise Integration, z. B. über Sprechstunden, oder aber eine vor- und nachbereitete Übersendung an die Spezialberatungsstelle erfolgen (siehe dazu auch 5.2.2).

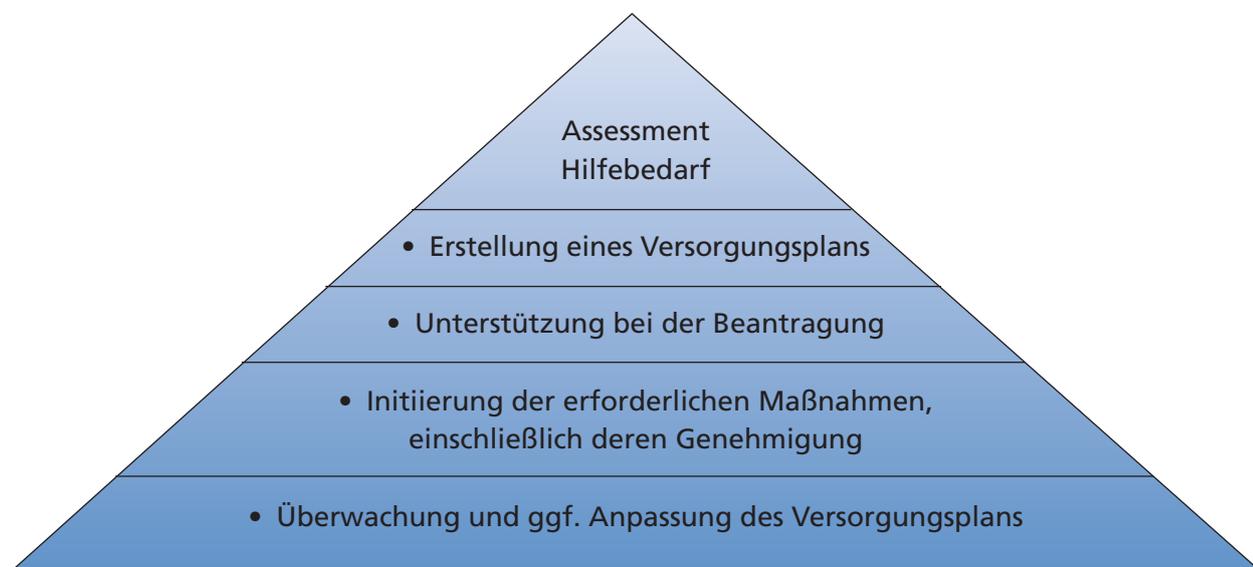
Auch hier ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Berater in der Lage sind zu erkennen, wann ein tiefer gehender Bedarf nach Informationen vorliegt und Fachexpertinnen und -experten für die Spezialberatung mit hinzugezogen werden müssen. In den Pilot-Pflegestützpunkten wird diese Aufgabe bislang durch die Erfahrungen der Beratenden sichergestellt, die selbst ein-

schätzen, wann spezielle Fachleute in den Beratungsprozess einbezogen werden sollen. Die Abgrenzung zwischen der Basis- und der Spezialberatung könnte aber durch die Erstellung einer Basisberaterdatenbank, die alle Themen der Basisberatung zielgruppengerecht aufbereitet, geschärft werden. Inhalte außerhalb der Datenbank sind dann immer durch die Spezialberatung zu vermitteln.

Fallklärung und -steuerung

Die Aufgaben der Fallklärung und -steuerung sind in Abbildung 2 dargestellt und ergeben sich aus § 7 a SGB XI. Dabei zeigt die pyramidenartige Darstellung, dass bezogen auf den einzelnen Rat- und Hilfesuchenden, nicht zwingend alle Schritte der Fallklärung und -steuerung erfolgen müssen. So ist es beispielsweise vorstellbar, dass eine betroffene Person ausschließlich Hilfe beim Assessment des Hilfebedarfs benötigt und alle weiteren Schritte selbst oder mit Hilfe ihres sozialen Umfeldes planen und durchführen kann.

Abbildung 2: Aufgaben der Fallklärung und -steuerung



Die Fallklärung und -steuerung durch die Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI wird durch Begriffe des Case Management beschrieben und kann folglich mit diesem gleichgesetzt werden. Für SGB-XI-Leistungsempfänger fallen diese Leistungen in den Verantwortungsbereich der Kranken- und Pflegekassen. Dabei überlässt der Gesetzgeber den Kassen die Wahl, diese Leistungen selbst zu erbringen oder ganz bzw. teilweise zu delegieren (§ 7 a Abs. 7 SGB XI). Davon zu unterscheiden sind Beteiligungen von dritten Leistungsträgern nach § 7 a Abs. 1 Satz 5 SGB XI („Einbeziehung“) aufgrund gleichzeitiger Leistungspflicht des dritten Trägers, in der Praxis meist der Sozialhilfeträger. Ein Sonderfall besteht, wenn Hilfebedürftige ausschließlich leistungsberechtigt nach den §§ 61 ff. des SGB XII sind, bei denen gemäß §§ 10 und 11 der Sozialhilfeträger für Leistungen der Beratung und Begleitung verantwortlich ist; für diese Zielgruppen sollten die Kommunen und die

Kranken- und Pflegekassen als gesetzlich geforderte Träger der Pflegestützpunkte ein gemeinsames Vorgehen abstimmen.

Wichtig ist, dass die Hauptverantwortung immer bei einer Person verbleibt und diese auch bei der Einbeziehung weiterer Fachleute den Fall weiterhin steuert. Auf diese Weise haben die Rat- und Hilfesuchenden einen Hauptansprechpartner und es können externe Expertisen, falls notwendig, hinzugezogen werden.

Viele Pilot-Pflegestützpunkte verfügen über große Erfahrungen bei der Umsetzung dieser Aufgaben, die hier im Folgenden dargestellt werden.

Fallklärung

In den Pilot-Pflegestützpunkten werden unterschiedliche Assessment-Instrumente verwendet. Dabei reicht das Spektrum von Ersterhebungsbögen bis hin zu mehreren Hundert Items umfassende Fragebögen. Bei den derzeit auf dem Markt befindlichen Softwarelösungen ist ebenfalls eine Vielzahl von Assessment-Tools zu beobachten.

Aus den Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte kann gefolgert werden, dass das benötigte Assessment-Instrument bei der Fallklärung und -steuerung möglichst präzise sein muss, die Rat- und Hilfesuchenden allerdings zeitlich nicht zu sehr beanspruchen darf. Eine Möglichkeit besteht darin, ein „allgemeines“ Assessmentverfahren mit optionalen Spezial-Assessment-Instrumenten zu verbinden. Das allgemeine Assessment betrifft generelle Informationen über den Hilfebedarf und die vorhandenen Ressourcen, die bei allen Rat- und Hilfesuchenden obligatorisch erfragt werden sollten. Darüber hinaus könnte durch gezielte Fragen die Notwendigkeit eines Spezial-Assessments geprüft werden. Diese Fragen sollten möglichst mit binären Antwortmöglichkeiten versehen werden. Durch die individuell angepasste Anwendung von Assessment-Tools wird die Ermittlung des Hilfebedarfs auf die Situation der Betroffenen angepasst. In den Pilot-Pflegestützpunkten sind auch bereits einige Spezial-Assessment-Instrumente im Einsatz, darunter die Braden-Skala und Spezialbögen zur Ermittlung des Sturzrisikos.

Zur Fallklärung gehört auch die Auswertung aller vorhandenen Informationsmaterialien, z. B. das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Arztbriefe niedergelassener Mediziner, Überleitungsbögen von Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern. Auf diesem Weg können viele Fragen bereits geklärt werden. Von den Mitarbeitenden in den Pilot-Pflegestützpunkten wurde ausgeführt, dass die Situation von den Betroffenen selbst und von deren Verwandten oder Bekannten oft sehr unterschiedlich beschrieben wird. Aus diesem Grund sollten zur umfassenden Erhebung des Hilfebedarfs sowohl der hilfebedürftige Mensch als auch Personen aus seinem sozialen Umfeld befragt werden. Meinungen und Einschätzungen weiterer beteiligter Akteurinnen und Akteure, wie freiwillig Engagierte oder Pflegekräfte, können die Informationssammlung ergänzen. Die folgende Auflistung gibt einen Überblick auf mögliche Inhalte und Themen dieses hier skizzierten Assessment-Instrumentariums.

Im Sondierungsgespräch erhoben:

- Daten zur Identifikation der/des Betroffenen
- Benötigte Einzelinformationen
- Benötigte Beratungsthemen

Allgemeine Informationen durch das Assessment:

- Medizinische und pflegerische Anamnese
- Biographische Daten
- Wohn- und Lebenssituation
- Selbsthilfepotenzial
- Erhebung des sozialen Netzwerkes
- Einschätzung zur selbstständigen Übernahme der Fallsteuerung der rat- und hilfesuchenden Person bzw. ihres sozialen Umfelds

Erhebung spezieller Bedarfe und Bedürfnisse durch ergänzende Assessment-Instrumente:

- bei Demenz
- bei Essstörungen bzw. pathologischem Über- oder Untergewicht
- bei Immobilität
- bei Inkontinenz
- bei Krebserkrankungen

Fallsteuerung

Der Ablauf der Fallsteuerung, der mit der Aufstellung eines Versorgungsplanes beginnt, orientiert sich in den Pilot-Pflegestützpunkten im Wesentlichen an den im Gesetz aufgeführten Eckpunkten. Aus den bisherigen Erfahrungen im Bereich Fallsteuerung in den Pilot-Pflegestützpunkten lassen sich Anforderungen an diese ableiten. Die Anforderungen an die Fallsteuerung lassen sich wie folgt skizzieren:

- Im Assessment aufgedeckte Unstimmigkeiten zwischen der Einschätzung der Betroffenen selbst und dem sozialen Umfeld sollten geklärt werden.
- Unterschiedliche Zielgruppen, z. B. nach Alter und Ursache der Hilfebedürftigkeit, sollten berücksichtigt werden.
- Die gesamte Palette an Hilfs- und Unterstützungsleistungen muss bekannt sein, u. a. Angebote des bürgerschaftlichen Engagements und der Freizeitgestaltung.
- Alle wohnortnahen Hilfs- und Unterstützungsangebote müssen bekannt sein und in Betracht gezogen werden.
- Die Auswahl der Hilfe- und Unterstützungsangebote darf sich nur an den Bedarfen und Bedürfnissen der Rat- und Hilfesuchenden orientieren. Kostenaspekte aus Sicht der Kosten- und Leistungsträger oder Präferenzen für bestimmte Träger von Leistungserbringern dürfen keine Rolle spielen.
- Ein Versorgungsplan sollte neben den ausgewählten Hilfe- und Unterstützungsangeboten auch Zielsetzungen und zeitliche Kontrollen enthalten. Beispiele sind:
 - der niedergelassene Arzt XY wird bis zu einem bestimmten Stichtag aufgesucht,
 - die/der Rat- und Hilfesuchende besucht bis zu einem bestimmten Stichtag das Seniorencafé XY,

- die/der Rat- und Hilfesuchende trinkt mindestens zwei Liter Wasser am Tag und führt darüber Buch,
- die/der Rat- und Hilfesuchende geht einmal in der Woche spazieren,
- der Body-Mass-Index (BMI) sinkt bis zu einem bestimmten Stichtag unter 30,
- die/der Rat- und Hilfesuchende wird bis zu einem bestimmten Stichtag ein Pflegetagebuch führen.
- Bei der Steuerung der im Versorgungsplan festgelegten Leistungen hat das Postulat Hilfe zur Selbsthilfe Vorrang.

Care Management

Alle bisher vorgestellten Elemente des Grundmodells für Betriebskonzepte von Pflegestützpunkten betreffen die Hilfeleistungen, die direkt für den Rat- und Hilfesuchenden erbracht werden. Um diese Leistungen erbringen zu können, bedarf es bestimmter Leistungen auf der Systemebene, die unter dem Begriff des Care Managements zusammengefasst werden können. Zu den Aufgaben des Care Managements gehören:

- die Erfassung und Aktualisierung aller Hilfs- und Unterstützungsleistungen im Umfeld des Pflegestützpunktes
- der Aufbau von Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen; vernetzt werden sollten:
 - Beratungsleistungen, um die notwendige Beratungskompetenz im Pflegestützpunkt sicherzustellen; erst dadurch ist die „hochkomplexe“ Beratungsleistung umsetzbar
 - die relevanten Stellen für die Genehmigung von Leistungen, um Hürden in der Inanspruchnahme von Leistungen zu verringern
 - die Leistungserbringer, um Versorgungsketten zu ermöglichen und Schnittstellenprobleme zu reduzieren; dies schließt auch Anbieter ein, die ihre Leistungen nicht auf der Grundlage des Sozialgesetzes erbringen
 - das bürgerschaftliche Engagement, um das soziale Netz des Hilfesuchenden zu stärken
- die Erstellung und Aktualisierung von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Kernprozesse
- die Identifikation von Versorgungslücken

4.2.2 Verantwortlichkeiten und Abläufe bestimmen

Nach der Bestimmung der Leistungen des Pflegestützpunktes können die Abläufe und die dazugehörigen Verantwortlichkeiten definiert werden, um damit auch eine Arbeitsteilung zwischen den einzelnen Trägern des Pflegestützpunktes festzulegen. Vorab sei an dieser Stelle auf die Flexibilität des Modells hingewiesen. So können durch unterschiedliche Organisationsentscheidungen auch verschiedene Aufgabenteilungen und Qualifikationsanforderungen vorgegeben werden. Im Folgenden werden zu jeder Leistung des Pflegestützpunktes der Ablauf, mögliche Hilfsmittel sowie notwendige Organisationsentscheidungen dargestellt:

Sondierungsgespräch

Ziele

Die benötigten Hilfeleistungen der Rat- und Hilfesuchenden werden eruiert.
Erste Daten über die Rat- und Hilfesuchenden werden dokumentiert.

Ablauf

Die Rat- und Hilfesuchenden nehmen telefonisch oder persönlich Kontakt auf,
➔ wird der schriftliche Weg gewählt, erfolgt eine telefonische oder persönliche Kontaktaufnahme durch die Mitarbeitenden des PSP.

Im Gespräch werden die benötigten Hilfeleistungen anhand von drei Leitfragen erfasst (klientenorientierte Suchhaltung):

- ➔ Besteht ein Bedarf an Einzelinformationen und falls ja, um welche handelt es sich?
- ➔ Besteht ein Bedarf an Beratung und falls ja, zu welchen Themen?
- ➔ Ist eine Fallklärung und -steuerung erforderlich?

Eine Klientenakte wird angelegt,

- ➔ vorausgesetzt, die Rat- und Hilfesuchenden sind damit einverstanden.

Ergebnisse und Konsequenzen aus dem Sondierungsgespräch

- ➔ **Erschließt sich** den Beratungspersonen **der Hilfebedarf nicht direkt**, erfolgt die Überleitung zur Fallklärung und Steuerung, inklusive der Hilfe bei der Kontaktaufnahme.
- ➔ **Handelt** es sich bei den benötigten Hilfeleistungen ausschließlich um **Einzelinformationen** und/oder **Basisberatung**, erfolgt die sofortige Hilfe im Sondierungsgespräch.
- ➔ **Handelt** es sich bei der benötigten Hilfeleistung ausschließlich um **Spezialberatung** zu einem bestimmten Thema, erfolgt die Beratung direkt im Sondierungsgespräch, vorausgesetzt der Berater verfügt über die notwendigen Kompetenzen. Ansonsten wird zur zuständigen Spezialberatung übergeleitet, inklusive der Hilfe bei der Kontaktaufnahme.
- ⚡

Mögliche Hilfsmittel

- Erstkontaktbogen
- Dokumentationssoftware
- Liste der Ansprechpersonen zu allen Spezialberatungsthemen
- Liste aller zuständigen Pflegeberatenden (nach § 7a SGB XI)
- Datenschutzerklärung

Organisationsentscheidungen

- Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden
- Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind
- Auswählen einer geeigneten Dokumentationssoftware

Einzelinformation	
<p>Ziel Nachgefragte Einzelinformationen werden zeitnah bereitgestellt.</p>	
<p>Ablauf Angefragte Informationen ➔ werden der Datenbank entnommen, den Rat- und Hilfesuchenden mitgeteilt und/oder ggf. ausgehändigt.</p>	<p>Mögliche Hilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenbank aller benötigten Einzelinformationen • Informationsmaterial für die Ratsuchenden • Dokumentationssoftware • Datenschutzerklärung
<p>Ergebnisse und Konsequenzen aus der Bereitstellung von Einzelinformationen ➔ Liegen keine Informationen vor, werden diese vom Mitarbeiter recherchiert, der für die Bereitstellung von Einzelinformationen zuständig ist, oder diese Aufgabe wird an das Care Management delegiert. ➔ Anschließend werden die Ratsuchenden informiert und ➔ die Datenbank ergänzt. ↓</p>	<p>Organisationsentscheidungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden • Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind • Festlegen der benötigten Einzelinformationen • Festlegen, wie die Datenbank aller benötigten Einzelinformationen mit der verwendeten Dokumentationssoftware verknüpft werden soll

Basisberatung

Ziel

Erste Informationen werden zum jeweils benötigten Beratungsthema zeitnah vermittelt.

Ablauf

Die Rat- und Hilfesuchenden wählen den Zeitpunkt für die Basisberatung selbst aus.

- ➔ Die Basisberatung findet direkt im Anschluss an das Sondierungsgespräch statt, oder
- ➔ die Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes vereinbaren während des Sondierungsgesprächs einen weiteren Termin mit den Ratsuchenden. Dieser kann sowohl persönlich als auch telefonisch wahrgenommen werden.

Die Rat- und Hilfesuchenden erhalten im Gespräch zu den von ihnen nachgefragten Themen Basisinformationen.

- ➔ Informationsmaterial wird nach Möglichkeit ausgehändigt.

Ergebnisse und Konsequenzen aus der Basisberatung

- ➔ Die Rat- und Hilfesuchenden verfügen über die notwendigen Informationen und Kompetenzen, um ihre Bedarfe und Bedürfnisse **selbstständig zu regeln**. Sie erhalten das Angebot, bei Bedarf weitere Hilfe und Unterstützung zu bekommen.
- ➔ Die Rat- und Hilfesuchenden benötigen Informationen, die **über eine Basisberatung hinausgehen**. Verfügen die Beratenden über die erforderlichen Kompetenzen, so kann die Spezialberatung direkt erbracht werden. Ist dies nicht der Fall, sollte eine Spezialberatung einbezogen werden, z. B. als gemeinsame Beratung oder in Form einer Fallbesprechung.
- ➔ Während der Basisberatung wird deutlich, dass die Beratenden die **Bedarfe** und Bedürfnisse der Rat- und Hilfesuchenden **nicht eindeutig bestimmen können**. Es erfolgt dann die Überleitung zur Fallklärung und Steuerung, inkl. der Hilfe bei der Kontaktaufnahme, an die entsprechende Stelle.

Mögliche Hilfsmittel

- Basisberatungsdatenbank
- Informationsmaterialien (Flyer etc.) für die Ratsuchenden
- Liste aller benötigten Beratungsthemen
- Liste der Ansprechpersonen zu allen Spezialberatungsthemen
- Liste aller zuständigen Pflegeberaterinnen und -berater (nach § 7 a SGB XI)
- Dokumentationssoftware
- Datenschutzerklärung

Organisationsentscheidungen

- Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden.
- Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind.
- Festlegen eines Verfahrens für die Basisberatung.
- Festlegen der benötigten Informationen sowie eines Verfahrens, um diese regelmäßig zu aktualisieren.
- Erstellen einer Konzeption für eine gemeinsame Beratung von Basis- und Spezialberatung.

Spezialberatung

Ziel

Die Rat- und Hilfesuchenden erhalten zu den benötigten Themen eine umfassende und individuelle Beratung.

Ablauf

Der Bedarf der Spezialberatung zu einem bestimmten Thema wurde im Sondierungsgespräch, der Basisberatung, oder der Fallklärung und -steuerung erkannt.

Die zuständigen Beratungspersonen erhalten bekannte Daten zu Bedarfen und Bedürfnissen der Rat- und Hilfesuchenden möglichst vor dem vereinbarten Beratungstermin.

- ➔ Diesbezüglich sind datenschutzrechtliche Aspekte zu berücksichtigen.
- ➔ Das Einverständnis der Ratsuchenden ist einzuholen.

Im Beratungsgespräch wird im Dialog mit den Ratsuchenden deren individuelle Situation hinsichtlich des Spezialthemas erörtert.

- ➔ Spezifische Ermittlung der vorhandenen Ressourcen, Probleme und daraus resultierende Bedarfe. Assessmentinstrumente kommen zum Einsatz.
- ➔ Ermittlung der individuell benötigten Informationen und Unterstützungsleistungen.

Ergebnisse und Konsequenzen aus der Spezialberatung

- ➔ Die Rat- und Hilfesuchenden verfügen über die notwendigen Informationen und Kompetenzen, um ihre Bedarfe und Bedürfnisse **selbstständig zu regeln**. Sie erhalten das Angebot, bei Bedarf weitere Hilfe und Unterstützung zu bekommen.
- ➔ Die Rat- und Hilfesuchenden **benötigen** weiterführende **Hilfe**. Es erfolgt die Überleitung zur Fallklärung und Fallsteuerung, inklusive der Hilfe bei der Kontaktaufnahme, wenn die Fallklärung von einer anderen Person durchgeführt wird.



Mögliche Hilfsmittel

- Assessmentinstrumente, orientiert an den Spezialberatungsthemen
- Informationsmaterialien, bezogen auf die Spezialberatungsthemen
- Dokumentationssoftware mit Schnittstellen zu Datenbanken. Die erforderlichen Schnittstellen hängen von vorhandener Technik und EDV ab.
- Datenschutzerklärung

Organisationsentscheidungen

- Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden.
- Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind.
- Festlegen der Zuständigkeiten für die einzelnen Spezialberatungsthemen.
- Festlegen eines Verfahrens für den Informationsaustausch.

Fallklärung und -steuerung

Ziele

Assessment des Hilfebedarfs und Sicherstellung einer optimalen Versorgung der Rat- und Hilfesuchenden

Ablauf der Fallklärung

Der Bedarf der Fallklärung und -steuerung wurde im Sondierungsgespräch, der Basisberatung, oder der Spezialberatung erkannt.

Der Hilfe- und Unterstützungsbedarf wird anhand von Assessmentinstrumenten ermittelt.

- ➔ Diesbezüglich gilt es zu klären, ob für die Hinzuziehung von Assessments Tools aus der Spezialberatung, z. B. bei Demenz oder Wohnraumanpassung, benötigt werden.
- ➔ Stehen die Bedarfe der Rat- und Hilfesuchenden fest, gilt es zu klären, ob eine Fallsteuerung benötigt wird.

Ablauf der Fallsteuerung

Ein Versorgungsplan wird im Dialog mit den Rat- und Hilfesuchenden erstellt.

- ➔ Die Rat- und Hilfesuchenden werden bei der Beantragung der erforderlichen Leistungen, einschließlich deren Genehmigung, unterstützt.
- ➔ Die Rat- und Hilfesuchenden werden bei der Initiierung der benötigten Leistungen unterstützt.
- ➔ Der Versorgungsplan wird überprüft und bei Bedarf angepasst.

Mögliche Hilfsmittel

- Assessmentinstrumente
- Versorgungsplan, als Formblatt oder als EDV-Version
- Übersicht mit allen relevanten Informationen zur Genehmigung von Leistungen
- Liste mit Ansprechpersonen und Kontaktdaten aller Spezialberatungsstellen
- Datenbank mit allen benötigten Einzelinformationen
- Datenbank zu allen Beratungsthemen mit entsprechenden Basisinformationen für die Beratungspersonen
- Dokumentationssoftware mit Schnittstellen zu Datenbanken. Die erforderlichen Schnittstellen hängen von vorhandener Technik und EDV ab.
- Informationsmaterialien, die an die Rat- und Hilfesuchenden ausgeteilt werden können
- Datenschutzerklärung

Organisationsentscheidungen

- Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden.
- Festlegen der Zuständigkeiten für die Fallklärung und -steuerung (Pflegerberatung nach § 7 a SGB XI). Dies ist eine kasseninterne Entscheidung. Drei Varianten zur Durchführung sind möglich:
 - Kasse der Rat- und Hilfesuchenden übernimmt die Pflegerberatung selbst
 - Pflegerberatung findet kassenübergreifend statt
 - die Pflegerberatung wird ganz oder teilweise an Dritte delegiert
- Festlegen einer Konzeption, um die Spezialberatung einzubeziehen. Fallkonferenzen oder gemeinsame Beratungstermine sind als Arbeitsmethoden denkbar.

Care Management	
<p>Ziel</p> <p>Das Care Management schafft und erhält die erforderlichen Voraussetzungen für die Arbeit im Pflegestützpunkt.</p>	
<p>Teilprozess</p> <p>Erfassen und aktualisieren aller Hilfs- und Unterstützungsangebote im Umfeld des Pflegestützpunktes (siehe hierzu auch 7.1)</p>	
<p>Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestehende Daten recherchieren • Vorhandene Daten vervollständigen • Vorliegende Daten regelmäßig aktualisieren • Interne und externe Datenbank pflegen 	<p>Mögliche Hilfsmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenmatrix der benötigten Informationen bezüglich der Hilfs- und Unterstützungsangebote
	<p>Organisationsentscheidungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden. • Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind. • Festlegen, welche Informationen über die Hilfs- und Unterstützungsangebote erhoben werden sollen. • Festlegen, welche Informationen öffentlich zugänglich sind und welche nur intern verwendet werden.

Teilprozess

Koordinierungs- und Vernetzungsstrukturen aufbauen und erhalten (siehe auch 7.3)

Aufgaben

- Entwicklung eines Soll-Konzeptes (Vernetzung der Anbieter und Leistungen, die für bestimmte Bedarfsgruppen erforderlich sind)
- Erhebung der Ist-Situation (Bestehende Netzwerke erfassen und aktualisieren)
- Interessen des Pflegestützpunktes in bestehenden Gremien vertreten
- Als Ansprechpersonen für alle Netzwerkpartner fungieren
- Zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren vermitteln
- Netzwerkpartnern alle notwendigen Informationen zur Verfügung stellen
- Interne Newsletter und Protokolle erstellen
- Arbeitsgruppen, Teambesprechungen und andere Veranstaltungen initiieren

Organisationsentscheidungen

- Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden.
- Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind.
- Festlegen, wie und welche Aufgaben umgesetzt werden sollen.
- Konzeption für die Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit erstellen.

Teilprozess Erstellen und aktualisieren von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Kernprozesse	
Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellen der festgelegten Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> – recherchieren, organisieren und aktualisieren bestehender Hilfsmittel – entwickeln und aktualisieren neuer Hilfsmittel – regelmäßiger Austausch mit den Anwendern der Hilfsmittel zur stetigen Weiterentwicklung und Anpassung der Hilfsmittel 	Organisationsentscheidungen <ul style="list-style-type: none"> • Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden. • Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind. • Festlegen, welche Hilfsmittel bei der Implementierung des Pflegestützpunktes und im laufenden Betrieb verwendet bzw. entwickelt werden sollen (siehe Hilfsmittel bei den Leistungsrubriken, Sondierungsgespräch, Einzelinformation, Basisberatung, Spezialberatung sowie Fallklärung und -steuerung)
Teilprozess Identifikation und Behebung von Versorgungslücken	
Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> • Entwickeln, organisieren und auswerten des Beschwerdemanagements des Pflegestützpunktes • Entwicklung von Leitfragen zur Identifikation von Versorgungslücken, bei deren Beantwortung alle Mitarbeitenden des Pflegestützpunktes miteinbezogen werden • Durchführung von Befragungen der Rat- und Hilfesuchenden 	Organisationsentscheidungen <ul style="list-style-type: none"> • Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden. • Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind. • Festlegen wie mit Informationen über Versorgungslücken umgegangen wird.
Teilprozess Qualitätssicherung	
Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> • Benötigte Daten zur Qualitätssicherung erfassen • Qualitätsbericht schreiben • Kundenbefragungen organisieren und auswerten • Beschwerdemanagement organisieren und auswerten • Mit den Verantwortlichen für die Qualitätssicherung auf Landesebene kooperieren 	Organisationsentscheidungen <ul style="list-style-type: none"> • Festlegen der Qualifikationsanforderungen an die ausführenden Mitarbeitenden. • Festlegung der Träger, die für die Entsendung der Mitarbeitenden verantwortlich sind. • Festlegen eines Qualitätssicherungskonzeptes.

5. Vom Pilot-Pflegestützpunkt zum regulären Pflegestützpunkt

In diesem Kapitel wird in Abschnitt 5.1 der derzeitige Status quo bei den Pilot-Pflegestützpunkten sowie in Abschnitt 5.2 erste Schlussfolgerungen, welche Faktoren die Etablierung von regulären Pflegestützpunkten fördern oder behindern, dargestellt.

5.1 Die Pilot-Pflegestützpunkte

Im Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ sind die Pilot-Pflegestützpunkte mit der Zielsetzung gestartet, regulärer Pflegestützpunkt im Sinne des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu werden. Um bei der Umsetzung dieser Zielsetzung möglichst viele Strategien und Erfahrungen sammeln zu können, sind Piloten mit ganz unterschiedlichen Ausgangspositionen ausgewählt worden. Dies betrifft sowohl die Initiatoren als auch die Ausprägung der Vorstrukturen und die Bevölkerungsdichte im Umfeld der Pilot-Pflegestützpunkte. In diesem Abschnitt wird der aktuelle Stand der einzelnen Pilot-Pflegestützpunkte vorgestellt.

In Tabelle 4 wird der Verlauf des Modellprojekts Werkstatt Pflegestützpunkte abgebildet. Dabei lässt sich anhand der Spalte „Betrieb aufgenommen“ erkennen, dass Vorstrukturen nicht unmittelbar zu einer schnelleren Aufnahme des Betriebes geführt haben. Allerdings wird bei allen Pilot-Pflegestützpunkten, die mittlerweile einen Stützpunktvertrag abschließen konnten, auf bestehende Strukturen aufgebaut.

Tabelle 4: Projektverlauf

Pilot-Pflege- stützpunkte	Vor- strukturen	Zuwendungs- bescheid	Betrieb auf- genommen	Stützpunkt- vertrag
Berlin-Köpenick	Ja	März 2008	April 2008	Ja
Berlin-Kreuzberg Kreuzberg	Ja	März 2008	März 2008	Ja
Denkendorf	Ja	März 2008	Juli 2008	Nein
Erkner	Ja	März 2008	Mai 2008	Ja
Flensburg	Ja	Dezember 2007	Juli 2008	Ja
Gladenbach	Ja	März 2008	Mai 2008	Nein
Hamburg	Ja	März 2008	Mai 2008	Ja
Hettstedt	Nein	Dezember 2007	Mai 2008	Nein
Ingelheim	Ja	Dezember 2007	März 2008	Ja
Jena	Nein	März 2008	Juni 2008	Nein
Langenhagen	Nein	Dezember 2007	April 2008	Nein
Mönchengladbach	Ja	Dezember 2007	Januar 2008	Nein
Moers	Nein	Dezember 2007	September 2008	Nein
Nürnberg	Ja	Dezember 2007	April 2008	Nein
Plauen	Nein	März 2008	März 2008	Nein
St. Wendel	Ja	Dezember 2007	März 2008	Ja
Wismar	Nein	März 2008	Mai 2008	Nein

Die Tabelle 5 stellt dar, welche Pilot-Pflegestützpunkte einen Stützpunktvertrag unterzeichnet haben und wie die derzeitige Lage bei der Einbeziehung der gesetzlich geforderten Träger aussieht. Daraus geht hervor, dass auch in den Pilot-Pflegestützpunkten ohne Stützpunktvertrag oftmals eine Zusammenarbeit der gesetzlich geforderten Träger, beispielsweise über Kooperationsvereinbarungen und Personalgestellung anzutreffen ist.

Tabelle 5: Beteiligung der gesetzlich geforderten Träger

Pilot-Pflege- stützpunkte	Stützpunkt- vertrag	Kommune	Kassen
Erkner	Ja	Alle gesetzlich geforderten Träger sind beteiligt	
Flensburg	Ja		
Hamburg	Ja		
Ingelheim	Ja		
St. Wendel	Ja		
Berlin-Köpenick	Ja		
Berlin-Kreuzberg	Ja		
Denkendorf	Nein	Initiator und Träger	Kooperation mit AOK (AOK stellt einen Mitarbeiter)
Gladenbach	Nein	Initiator und Träger	Kooperation mit den Kassen auf Landesebene besteht
Hettstedt	Nein	Stellt Büroräume zur Verfügung	Gespräche bislang ohne Ergebnis
Jena	Nein	Initiator und Träger	Gespräche bislang ohne Ergebnis
Langenhagen	Nein	Initiator und Träger	vdek beteiligt sich an einer Steuerungsgruppe des Pilot- Pflegestützpunktes
Mönchengladbach	Nein	Initiator und Träger	Es besteht eine Zielverein- barung mit den großen örtlichen Kassen
Moers	Nein	Gespräche bislang ohne Ergebnis	Initiator und Federführer ist die Knappschaft, weitere Kassen sind eingebunden
Nürnberg	Nein	Kooperationspartner des Initiators ZAPF (Zentrale Anlaufstelle Pflege)	AOK stellt eine Mitarbeiterin
Plauen	Nein	Gespräche bislang ohne Ergebnis	Gespräche bislang ohne Ergebnis
Wismar	Nein	Stellt Büroräume zur Verfügung	AOK ist Träger

In Tabelle 6 wird deutlich, dass die vorgehaltenen Öffnungszeiten in den Pilot-Pflegestützpunkten sehr unterschiedlich ausfallen. Hier reicht die Spannweite von mehreren Stunden an allen Werktagen bis zu wenigen Stunden in der Woche. Mindestens einmal in der Woche haben etwa die Hälfte der Pilot-Pflegestützpunkte auch nach 16 Uhr geöffnet. Termine außerhalb der Öffnungszeiten können in allen Pilot-Pflegestützpunkten vereinbart werden. Hier wird die zum Teil schlechte Ressourcenausstattung der Piloten deutlich. Siehe hierzu auch die Tabelle 8 „Personalbesetzung und Qualifikation“.

Tabelle 6: Öffnungszeiten

Pilot-Pflegestützpunkte	Stunden pro Woche	Nach 16 Uhr	Termine außerhalb der Öffnungszeiten
Berlin Köpenick	8	Nein	Ja
Berlin Kreuzberg	12	Nein	Ja
Denkendorf	Termine nach tel. Vereinbarung	Nein	Ja
Erkner	15	Ja	Ja, auch Samstags
Flensburg	40	Ja	Ja
Gladenbach	6	Nein	Ja
Hamburg	17,5	Nein	Ja
Hettstedt	12	Ja	Ja
Ingelheim	25	Nein	Ja
Jena	12	Ja	Ja
Langenhagen	8	Ja	Ja
Mönchengladbach	Termine nach tel. Vereinbarung	Nein	Ja
Moers	37	Ja	Ja
Nürnberg	31	Ja	Ja
Plauen	13	Ja	Ja
St. Wendel	Termine nach tel. Vereinbarung	Nein	Ja
Wismar	18	Ja	Ja

Bei der Integration der Pflegeberatung (Tabelle 7) zeigt sich, dass bisher „nur“ in Ingelheim die Kassen von ihrem Recht Gebrauch gemacht haben, die Pflegeberatung gemäß § 7 a SGB XI an Dritte zu delegieren. In etwa der Hälfte der Pilot-Pflegestützpunkte wird diese Beratungsleistung von einer oder mehreren Kassen im Pilot-Pflegestützpunkt erbracht, wohingegen bei der anderen Hälfte die benötigte Regelung noch aussteht oder noch nicht in die Praxis umgesetzt worden ist.

Unabhängig von der Integration der Pflegeberatung führen allerdings schon eine Vielzahl der Pilot-Pflegestützpunkte Case Management in Eigenregie durch und haben dazu überwiegend Mitarbeiter, die eine Case Management-Weiterbildung absolviert haben, beschäftigt (siehe dazu Tabelle 8).

Tabelle 7: Integration der Pflegeberatung

Pilot-Pflegestützpunkte	Pflegeberatung ist von den Kassen an den Pflegestützpunkt delegiert	Pflegeberatung wird von einer oder mehreren Kassen im Pilot-Pflegestützpunkt erbracht	Regelung steht noch aus oder muss noch in in der Praxis umgesetzt werden	Case Management wird in Eigenregie durchgeführt
Berlin-Köpenick			X	X
Berlin-Kreuzberg		X		X
Denkendorf		X		X
Erkner		X		
Flensburg			X	X
Gladenbach			X	X
Hamburg		X		
Hettstedt			X	X
Ingelheim	X	X		
Jena			X	X
Langenhagen			X	
Mönchengladbach			X	X
Moers		X		X
Nürnberg		X		
Plauen			X	X
St. Wendel		X		
Wismar			X	X

Genau wie bei den Öffnungszeiten variieren auch die Anzahl der Mitarbeiter und deren Qualifikation in den Pilot-Pflegestützpunkten deutlich (siehe Tabelle 8). Am häufigsten sind Pflegefachkräfte sowie Sozialarbeiter und -pädagogen anzutreffen. Bürokräfte zur Unterstützung der Mitarbeiter, die Bertungsleistungen erbringen, werden „nur“ in vier Pilot-Pflegestützpunkten eingesetzt.

Tabelle 8: Personalbesetzung und Qualifikation

Pilot-Pflege- stützpunkte	Anzahl der Mitarbeiter	Qualifikationen (Mehrfachnennungen möglich)				Case- Manager	Sonstiges
		Pflege- fachkräfte	Sozialversicherungs- fachangestellte	Sozialarbeiter und Pädagogen			
Berlin-Köpenick	3		1	1	1		
Berlin-Kreuzberg	3			3	1		1 Arzthelferin
Denkendorf	3			1			1 Gerontologin 1 Bürokraft
Erkner	2	1		1			
Flensburg	4	3		3			1 Bürokraft
Gladenbach	1			1	1		
Hamburg	4	1			1		1 Pflegewirtin 1 Referenten des Landes- ministeriums
Hettstedt	2	1			1		1 Bürokraft
Ingelheim	2	1		1	1		1 Berufspäda- gogin für Sozialberufe
Jena	1	1					1 Pflegewirtin
Langenhagen	3	2					1 Verwaltungsfachkraft
Mönchengladbach	8	1		7			1 Bautechniker
Moers	2		2				
Nürnberg	4	1	1	1			1 Betriebswirt 1 Heimleitung
Plauen	3			2	1		1 Betriebswirtin
St. Wendel	5	2		2	1		1 Bürokraft
Wismar	2			1			1 Alten- therapeutin

5.2 Erfolgsfaktoren auf dem Weg zum Pflegestützpunkt

Mit dem Stand Oktober 2009 haben die Pilot-Pflegestützpunkte in Berlin, Erkner (Brandenburg), Hamburg, Ingelheim (Rheinland-Pfalz), St. Wendel (Saarland) und Flensburg (Schleswig-Holstein) offiziell die Arbeit als reguläre Pflegestützpunkte aufgenommen. Einige weitere Piloten stehen kurz davor (siehe Tabelle 3). Welche Erfolgsfaktoren, aber auch welche Stolpersteine auf dem Weg vom Pilot-Pflegestützpunkt- zum regulären Pflegestützpunkt bei der Begleitung durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe identifiziert werden konnten und welche ersten Aussagen sich daraus ableiten lassen, wird im Folgenden erläutert.

Klärung auf der Landesebene

Die gemeinsame Errichtung und der Betrieb eines Pflegestützpunktes werden von den beteiligten Akteuren in einem Stützpunktvertrag geregelt. Somit bildet dieser die Grundlage eines regulären Pflegestützpunktes. Bei den Bemühungen der Akteure der Pilot-Pflegestützpunkte, einen Stützpunktvertrag abzuschließen, hat sich herausgestellt, dass sich zunächst auf Landesebene die an der Implementierung von Pflegestützpunkten beteiligten Akteure der Kranken- und Pflegekassen und der Kommunen auf Eckpunkte der Errichtung einigen mussten, bevor auf der kommunalen Ebene ein solcher Vertragsabschluss möglich war.

In den meisten Bundesländern liegen mittlerweile die für die Verhandlungen auf der kommunalen Ebene notwendigen Landesvorgaben vor. Somit kennen die Verhandlungspartner auf lokaler Ebene alle erforderlichen Rahmenbedingungen auf der Bundes- und Landesebene, um den Stützpunktvertrag abzuschließen.

Diese Beobachtungen bedeuten allerdings nicht, dass in den Ländern, in denen noch keine Implementierungsstrategie auf Landesebene abgestimmt ist, die lokalen Akteure diesen Abstimmungsprozess abwarten sollten. Vielmehr haben die Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte gezeigt, dass sich eine frühzeitige Abstimmung des weiteren Vorgehens zwischen den Kommunen, Kassen und ggf. Dritten auf lokaler Ebene sehr positiv auf die spätere Unterzeichnung des Stützpunktvertrages auswirken kann. Denn damit werden Voraussetzungen geschaffen, die nach Inkrafttreten eines landesweit einheitlichen Vorgehens zu einer schnellen Unterzeichnung eines Stützpunktvertrages führen können. Außerdem wurden in vielen Bundesländern die Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte mit in die Überlegungen auf Landesebene eingebracht, was zeigt, dass es Sinn macht, Überlegungen und Erfahrung aus der praktischen Tätigkeit vor Ort auf die Landesebene zu transportieren und auf diesem Wege auf den Implementierungsprozess Einfluss zu nehmen.

Einbeziehung von Vorstrukturen

Eine gesetzliche Anforderung an die Einrichtung von Pflegestützpunkten besteht in der Einbeziehung aller bestehenden Vorstrukturen im Bereich Beratung und Koordinierung. Hier zeigen die Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“, dass keine oder nur geringe Vorstrukturen dazu geführt haben, dass zu Beginn der Implementierung die Nachfrage nach den Hilfeleistungen des Pflegestützpunktes eher gering ausfiel (siehe auch Kapitel 6). Das hatte

zur Folge, dass bei den Verhandlungen um einen Stützpunktvertrag die geringe Nachfrage bei einigen Akteuren als Argument dafür verwendet worden ist, den Sinn der Errichtung von Pflegestützpunkten in Frage zu stellen oder nur wenig Personal für die Arbeit des Pflegestützpunktes bereitstellen zu wollen. Dieser Erklärung konnten und können allerdings viele Argumente entgegengesetzt werden:

1. Die tatsächliche Nachfrage kann erst bei einer über einen längeren Zeitraum durchgeführten Öffentlichkeitsarbeit ermittelt werden, weil erst dann die Rat- und Hilfesuchenden von den Pflegestützpunkten und deren Leistung Kenntnis erlangt haben können.
2. Es kann keine zuverlässige Aussage über die Nachfrage getroffen werden, wenn aufgrund geringen Personaleinsatzes auch nur geringe Öffnungszeiten vorgehalten werden können (siehe Tabellen 7 und 9).
3. Der Arbeitsaufwand im entstehenden Pflegestützpunkt besteht nicht „nur“ aus direkten Kundenkontakten, sondern auch aus einer Vielzahl von organisatorischen Tätigkeiten, um die Hilfeleistungen des Pflegestützpunktes erst möglich zu machen. Dazu gehören u. a. Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben, die im Abschnitt 4.2.1 unter dem Begriff des Care Managements zusammengefasst werden. Der zeitliche Aufwand für diese Leistungen ist dann, wenn nur wenige oder keine Vorstrukturen bestehen, ungleich höher, als wenn auf schon bestehende Arbeiten aufgebaut werden kann.

Ein Vorteil von Vorstrukturen besteht in der Möglichkeit, auf vorhandene Netzwerke, Daten und Erfahrungen zurückgreifen zu können. Außerdem wurde bereits beschrieben, dass bestehende Strukturen dazu geführt haben, dass viele Rat- und Hilfesuchende mit dem Standort des Pflegestützpunktes bereits Hilfe- und Unterstützungsleistungen in Verbindung bringen, was sich sehr positiv auf die Nachfrage ausgewirkt hat. Ein weiterer positiver Einflussfaktor konnte bei den Pilot-Pflegestützpunkten beobachtet werden, die vor der Projektphase auch durch Landesmittel gefördert worden sind, die im weiteren Verlauf zur Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen zu Pflegestützpunkten verwendet wurden. Beispiele hierfür bilden Flensburg in Schleswig-Holstein und Ingelheim in Rheinland-Pfalz. Diese Ausgangssituation hat sowohl die Verhandlungen auf Landesebene als auch auf kommunaler Ebene dahingehend erleichtert, dass bei der Frage der Dauerfinanzierung der Pflegestützpunkte neben den Kranken- und Pflegekassen und den Kommunen auch das Land mit einbezogen werden konnte.

Neben diesen Vorteilen ließen sich auch einige den Implementierungsprozess verzögernde Einflussfaktoren beobachten, die aus Vorstrukturen resultierten. So führt das Vorhandensein einer dichten Beratungsinfrastruktur zu hohen Anforderungen an die Konzeption zur Errichtung der Pflegestützpunkte: Hier gilt es, ein Vernetzungskonzept zu erstellen, in dem alle bestehenden Beratungs- und Koordinierungsleistungen mit in die entstehenden Pflegestützpunkte integriert oder mit ihnen vernetzt werden können. Dabei zeigen die Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte, dass sich hier die frühzeitige Einbindung der Träger dieser Beratungs- und Koordinierungsleistungen vorteilhaft auswirken kann. Auf diese Weise wird die Gefahr reduziert, dass diese Akteure die entstehenden Pflegestützpunkte ausschließlich als Konkurrenz wahrnehmen und dementsprechend konkurrierende Angebote entwickeln und platzieren. Das wäre vor allem für die Rat- und Hilfesuchenden denkbar ungünstig, da sie, wie vor der Einrichtung von Pflegestützpunkten, nicht wüssten, an wen sie sich wenden können und selbst bewerten müssten, welches Beratungsangebot das Richtige bzw. Bessere ist.

Aus Sicht des Kuratorium Deutsche Altershilfe ist das Vorhandensein einer dichten Beratungsinfrastruktur jedoch vor allem als Chance zu sehen, die trotz einer Verzögerung des Implementierungsprozesses dazu führt, dass den Rat- und Hilfesuchenden eine Vielzahl von gebündelten Beratungsangeboten zur Verfügung gestellt werden kann. Außerdem können auf diesem Wege zu vielen Beratungsthemen bereits spezielle Fachberatungskompetenzen miteinbezogen werden.

Auswahl der Standorte

In den meisten Bundesländern werden zunächst „nur“ einer oder wenige Pflegestützpunkte pro Kreis und kreisfreier Stadt implementiert. Dieses Vorgehen bedeutet für einige Pilot-Pflegestützpunkte, wie beispielsweise Gladenbach und Denkendorf, dass sie sich auf Kreisebene vielen anderen Kommunen gegenübersehen, die ebenfalls Pflegestützpunkte errichten möchten und oftmals auch über geeignete Vorstrukturen verfügen. In dieser Situation hat es sich bewährt, frühzeitig mit den zuständigen Akteuren auf Kreisebene Kontakt aufzunehmen und sich in die Entwicklung eines Kreiskonzeptes mit einzubringen. In vielen Kreisen wird mittlerweile als Lösung dieser Aufgabe ein dezentrales Pflegestützpunktsystem angestrebt. Dieses sieht vor, dass bestimmte Aufgaben für mehrere Pflegestützpunkte zentral durchgeführt werden und dass darüber hinaus Außenstellen eingerichtet werden, die als erste Anlaufstellen für die Rat- und Hilfesuchenden zur Verfügung stehen (siehe dazu auch die Selbstdarstellung des Pilot-Pflegestützpunktes Mönchengladbach in Anhang 8.2)

Abstimmung der Kassen bezüglich des gemeinsamen und einheitlichen Vorgehens bei der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht eindeutig vor, dass auch die Pflegeberatung in den Räumlichkeiten der Pflegestützpunkte angeboten werden muss. Ebenso ist eine Konzeption über die Einbindung der Pflegeberatung eine obligatorische Voraussetzung für den Erhalt der Anschubfinanzierung in Höhe von max. 50.000 Euro pro Pflegestützpunkt gemäß § 92 c SGB XI. Die Kranken- und Pflegekassen haben den Auftrag, ein gemeinsames und einheitliches Vorgehen abzustimmen, wie sie die Pflegeberatung für alle Leistungsempfänger der Pflegekassen sicherstellen können.

Bei den Bemühungen der Pilot-Pflegestützpunkte einen Stützpunktvertrag abzuschließen, hat sich gezeigt, dass die frühzeitige Einbeziehung der Pflegeberatung als eine Leistung im Pflegestützpunkt sich sehr positiv auf die Erarbeitung einer Konzeption für die Errichtung und den Betrieb des Pflegestützpunktes ausgewirkt hat. So hat beispielsweise der Pilot-Pflegestützpunkt Ingelheim in Rheinland-Pfalz schon zu Beginn der Projektphase mit den Kranken- und Pflegekassen ein Vorgehen abgestimmt, wie in der BEKO-Stelle, die zu einem Pflegestützpunkt weiterentwickelt wird, die Pflegeberatung angeboten werden kann und wie die anderen Leistungen damit vernetzt werden können. Dabei hat sich auch als vorteilhaft erwiesen, dass die Kranken- und Pflegekassen in Rheinland-Pfalz eine kassenübergreifende Pflegeberatung anbieten, was bedeutet, dass Pflegeberatung durch feste Mitarbeiter durchgeführt und diese bei Bedarf allen Rat- und Hilfesuchenden unabhängig von der Kassenzugehörigkeit angeboten wird. Für Ingelheim hatte dies letztlich zur Folge, dass in dem Pflegestützpunkt ein Mitarbeitender der Kassen und ein weiterer aus der früheren BEKO-Stelle gemeinsam die Pflegeberatung anbieten.

Für andere Pilot-Pflegestützpunkte war und ist es ungleich schwieriger, die Pflegeberatung mit in die Konzeption des Pflegestützpunktes einzubeziehen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn sich die Kassen darauf verständigt haben, dass die Pflegeberatung in die Zuständigkeit der Kasse fällt, bei der der Rat- und Hilfesuchende versichert ist. Hier ist es oft schwierig, alle Ansprechpartner der Kassen zu identifizieren und zu kontaktieren. Außerdem müssen in diesem Fall die oft unterschiedlichen Vorgehensweisen der einzelnen Kassen miteinbezogen werden, was zu sehr vielen Schnittstellen führt. Die Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte haben gezeigt, dass es sich hierbei als richtigen Schritt erwiesen hat, aktiv auf die einzelnen Kassen zuzugehen und die Notwendigkeit der Vernetzung der Pflegeberatung mit den Pflegestützpunkten darzulegen, um so die notwendigen Abstimmungsgespräche zu ermöglichen.

Zusammenarbeit der Kommunen und Kassen auf lokaler Ebene

Unabhängig von der Strategie und Positionierung auf der Landesebene, haben sich persönliche Kontakte zwischen den Kommunen und den Kranken- und Pflegekassen auf der lokalen Ebene als sehr vorteilhaft für den Implementierungsprozess vor Ort erwiesen. So wurden beispielsweise vom Pilot-Pflegestützpunkt Gladenbach in Hessen bereits zu einem frühen Zeitpunkt regelmäßig Daten über die Rat- und Hilfesuchenden an die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und den zuständigen Landkreis Marburg-Biedenkopf weitergeleitet und bei regelmäßigen Fallbesprechungen unter Beteiligung des Pilot-Pflegestützpunktes verwendet. Ebenso hat sich im Pilot-Pflegestützpunkt Denkendorf die über viele Jahre gewachsene Zusammenarbeit der Gemeinde Denkendorf mit dem zuständigen Landkreis Esslingen dahingehend ausgezahlt, dass der Pilot-Pflegestützpunkt permanent in die Abstimmung auf Kreisebene einbezogen worden ist. Ein weiteres Beispiel bildet der von der Stadt Mönchengladbach initiierte Pilot-Pflegestützpunkt, der seit langer Zeit eine gute Zusammenarbeit mit den lokalen und regionalen Kassenvertretern berichten kann, was sowohl den Informationsaustausch als auch die Verhandlungen zu einem Stützpunktvertrag erleichtert.

6. Erste quantitative Ergebnisse zu den Leistungen der Pflegestützpunkte

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Vorgehen und den Ergebnissen der quantitativen Untersuchungen in der zweiten Projektphase.

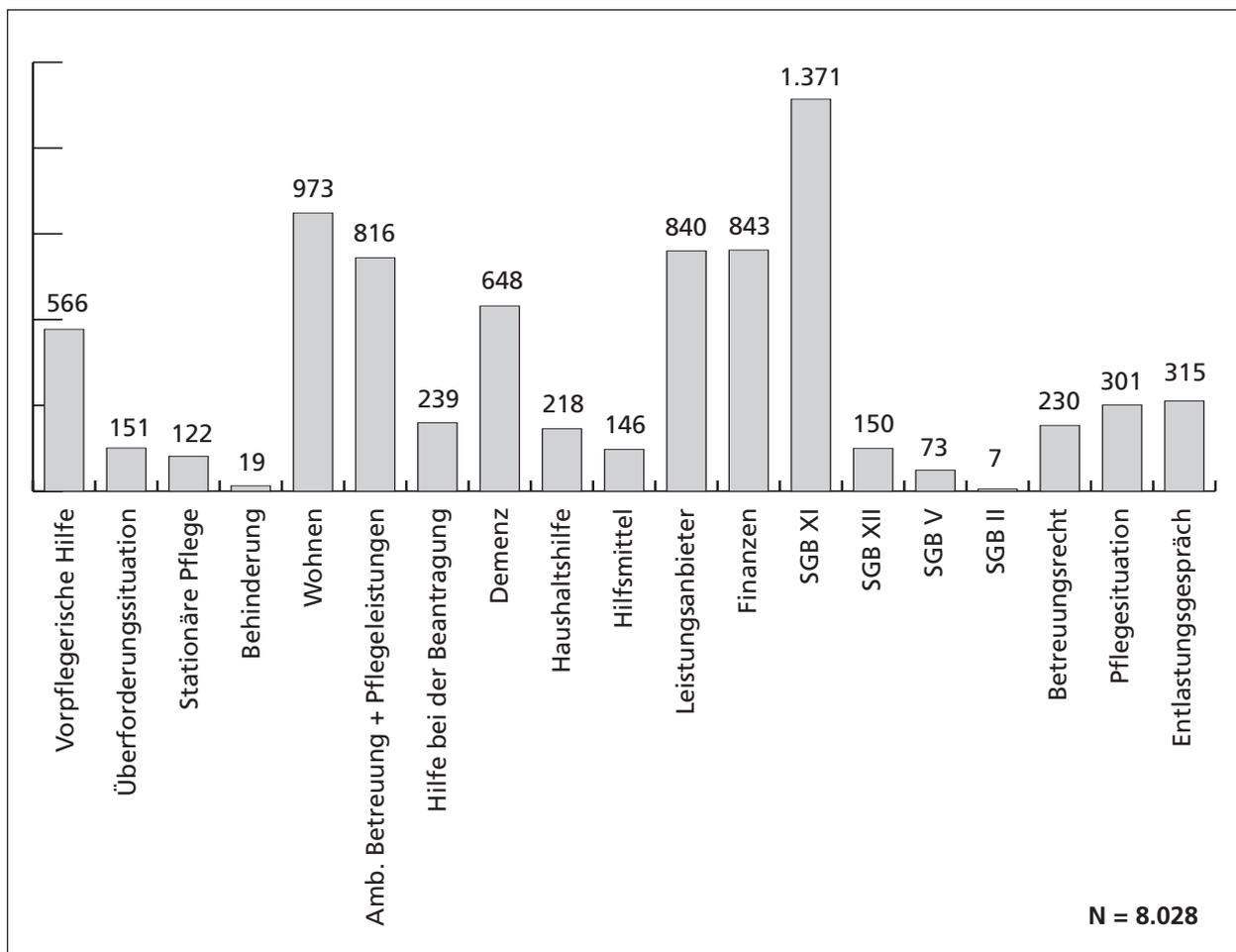
6.1 Auswertung der Dokumentationssysteme

Um einen Überblick über die angebotenen und nachgefragten Leistungen in den Pilot-Pflegestützpunkten zu erhalten, wurden zwischen Mai und November 2008 alle Dokumentationssysteme, einschließlich der in den Stützpunkten geführten statistischen Auswertungen, analysiert. Von einem separaten Fragebogen seitens des Kuratoriums Deutsche Altershilfe wurde abgesehen, weil die meisten Pilot-Pflegestützpunkte im Untersuchungszeitraum Anforderungen an die Dokumentationsinhalte und Verfahren prüften, um ggf. ein neues System einzuführen. Ein weiterer Erhebungsbogen mit inhaltlichen Vorgaben hätte in diesem Zeitraum für die Akteure zu einem kaum zu bewältigenden Mehraufwand geführt. Außerdem konnte durch den Überblick der sehr unterschiedlichen Herangehensweisen bei der Dokumentation diese dahingehend ausgewertet werden, welche statistischen Angaben aus Sicht des KDA erhoben werden sollten. Diese Ergebnisse sind wiederum in den Erhebungsbogen, der in der restlichen Projektlaufzeit zur Generierung weiterer Zahlen genutzt wird, eingeflossen (siehe Anlage 8.3).

Insgesamt konnten 12.919 Kontakte in die Untersuchung der Dokumentationssysteme einbezogen werden. Dies führt zu einer durchschnittlichen Anzahl von 120 Kontakten pro Monat und Pilot-Pflegestützpunkt. Diese Zahl bedarf allerdings einiger Erläuterungen: Zunächst war zu beobachten, dass einige Stützpunkte die Anzahl der Folgekontakte nicht erfasst haben. Das bedeutet, dass die tatsächliche Gesamtzahl deutlich höher liegt. Der gleiche Effekt ergibt sich durch unterschiedliche Dokumentationsregeln. So haben einige Stützpunkte jeden Erstkontakt dokumentiert, andere haben beispielsweise bei einer kurzen telefonischen Auskunft darauf verzichtet. Des Weiteren zeigt die Spannweite von 18 bis zu 530 Kontakten pro Monat, dass die Nachfrage in den einzelnen Pilot-Pflegestützpunkten sehr unterschiedlich ist. Daraus lässt sich jedoch keine qualitative Bewertung der Arbeit in den Pilot-Pflegestützpunkten ableiten. Vielmehr illustriert dies noch einmal die unterschiedlichen Ausgangspositionen der Piloten. Denn die Stützpunkte, die auf Vorstrukturen aufbauen und schon eine bekannte und etablierte Anlaufstelle für die Rat- und Hilfesuchenden bieten, haben in nachvollziehbarer Weise eine höhere Nachfrage als Piloten, die erst seit wenigen Monaten eine Anlaufstelle aufbauen. In diesem Kontext sind auch die unterschiedlichen Öffnungszeiten der Pilot-Pflegestützpunkte zu sehen. Einige haben an allen Werktagen in der Woche für mehrere Stunden geöffnet und andere können in der Anlaufphase zunächst nur wenige Stunden in der Woche als Öffnungszeiten anbieten, werden diese im weiteren Prozess aber kontinuierlich ausbauen.

Ein Überblick über die nachgefragten Themen in den Pilot-Pflegestützpunkten (s. Abb. 3) zeigt deutlich, dass die Rat- und Hilfesuchenden mit einem umfassenden Beratungsbedarf in die Pilot-Pflegestützpunkte kommen. Besonders bemerkenswert ist hier die Bedeutung des vorpflegerischen Bereichs und der Wohnberatung. Dies kann als erster Hinweis betrachtet werden, dass Pflegestützpunkte eine wichtige Rolle im Bereich Prävention spielen können.

Abbildung 3: Nachgefragte Themen in den Pilot-Pflegestützpunkten



Untermauert wird diese These dadurch, dass nur jeder zehnte Betroffene einen Bedarf an Fallsteuerung hat (s. Abb. 4). Die Erfassung der Pflegestufen ergab, dass mehr als 50 Prozent der 2.100 Betroffenen, bei denen Angaben zur Pflegestufe erfasst wurden, keine Pflegestufe haben (s. Abb. 5). Dies ist ein weiteres Argument für die Bedeutung der Pflegestützpunkte im Bereich Prävention.

Abbildung 4: Art der Leistung

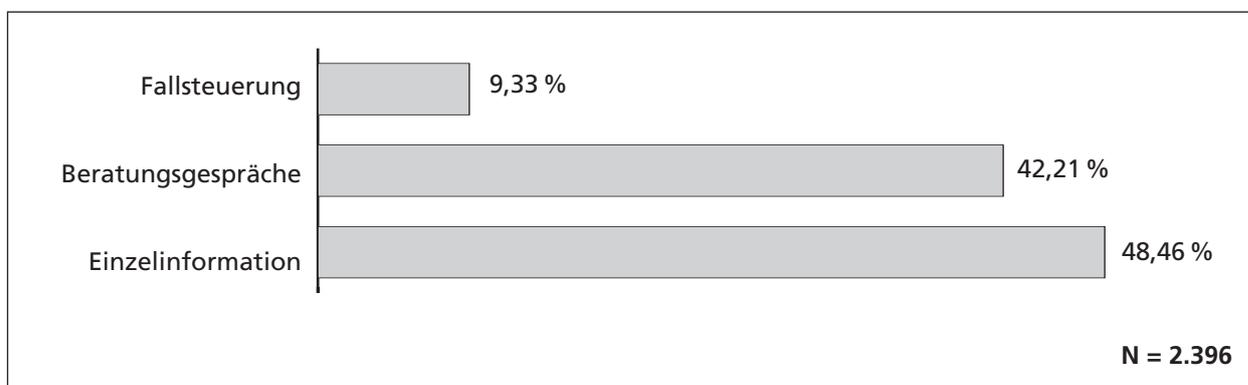
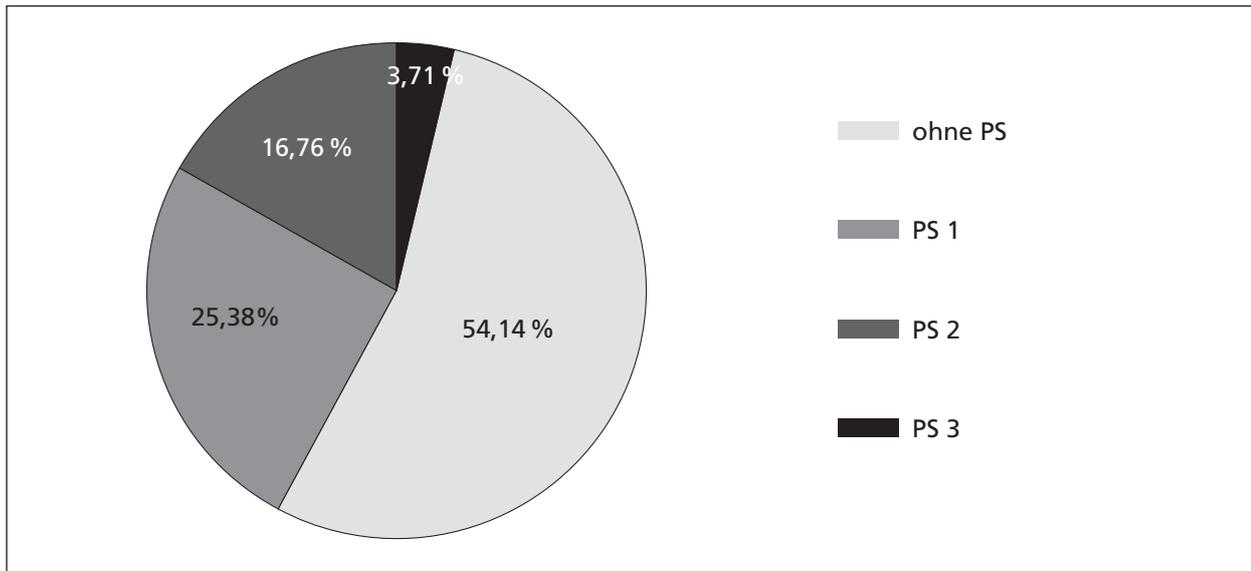


Abbildung 5: Ratsuchende nach Pflegestufen (PS)



Diese Zahlen weisen darauf hin, dass die Pilot-Pflegestützpunkte ihrer zugeschriebenen Aufgabe als erste Anlaufstelle für Informationen und Beratung umfassend nachkommen und sie bei Bedarf auch die Fallsteuerung durchführen. Außerdem bestätigen die Zahlen den bei der Begleitung der Pilot-Pflegestützpunkte beobachteten Mehrwert im Bereich der Prävention. Es zeigt sich, dass gerade auch viele Menschen durch Pflegestützpunkte unterstützt werden, die nicht zur Zielgruppe der Pflegeberatung der Kranken- und Pflegekassen gehören.

In Bezug auf die Differenzierung der Rat- und Hilfesuchenden kann konstatiert werden, dass in fast 65 Prozent der Fälle zunächst Angehörige, oder andere Menschen aus dem sozialen Umfeld des Betroffenen, den Kontakt zum Pilot-Pflegestützpunkt gesucht haben. Dies zeigt, dass neben dem Betroffenen selbst auch Familie, Freunde und Bekannte mit in die Unterstützungsleistungen des Pilot-Pflegestützpunktes einbezogen wurden. Gerade im Hinblick auf die Sondierung der Hilfeleistungen ist dies eine wichtige Erkenntnis. Des Weiteren kann abgeleitet werden, dass Folgekontakte zwischen den Mitarbeitern der Pilot-Pflegestützpunkte und den Rat- und Hilfesuchenden regelmäßig erfolgen. So konnte bei den Pilot-Pflegestützpunkten, die sowohl Erst- als auch Folgekontakte dokumentiert haben, beobachtet werden, dass es sich bei über 70 Prozent der Gesamtkontakte um Folgekontakte handelt.

Abbildung 6 zeigt das Beispiel des Pilot-Pflegestützpunktes in Flensburg, dessen Mitarbeitende Angaben zu Erst- und Folgekontakten sehr differenziert erfassen.

Abbildung 6: Beispiel Flensburg

	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November
Rat- und Hilfesuchende	168	175	195	268	179	150	119
Erstkontakt	40	54	42	35	35	33	16
Folgekontakte	342	450	455	495	424	347	230
Rat- und Hilfesuchende mit mindestens 2 Kontakten	149	158	178	253	160	135	111
Durchschnittliche Anzahl an Vorgängen bei denjenigen, die mehr als einen Vorgang haben	2,44	3,08	2,7	2,04	2,75	2,7	2,14

So sind beispielsweise im Monat August, trotz geringer Anzahl an Erstkontakten, deutlich mehr Folgekontakte als im Juli zu beobachten, was die Aussage unterstützt, dass die Rat- und Hilfesuchenden mindestens ein zweites Mal und häufiger die Hilfe des Pflegestützpunktes in Anspruch nehmen.

Aufgrund dessen, dass Flensburg zu den Einrichtungen gehört, die schon seit vielen Jahren ein umfassendes Angebot vorhalten, kann vermutet werden, dass es auch bei neu entstehenden Angeboten mittel- und langfristig zu einem ähnlichen Nutzungsverhalten kommt.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen ist für die restliche Projektlaufzeit ein Dokumentationsbogen entwickelt worden, der die empirischen Daten aller Pilot-Pflegestützpunkte zwischen Mai 2009 und März 2010 erfasst. In diesem Bogen werden vor allem das Verhältnis zwischen Erst- und Folgekontakt, der zeitliche Hilfebedarf und die Kontaktwege sowie demografischen Merkmale erhoben (siehe Anlage 8.3).

6.2 Kundenbefragung

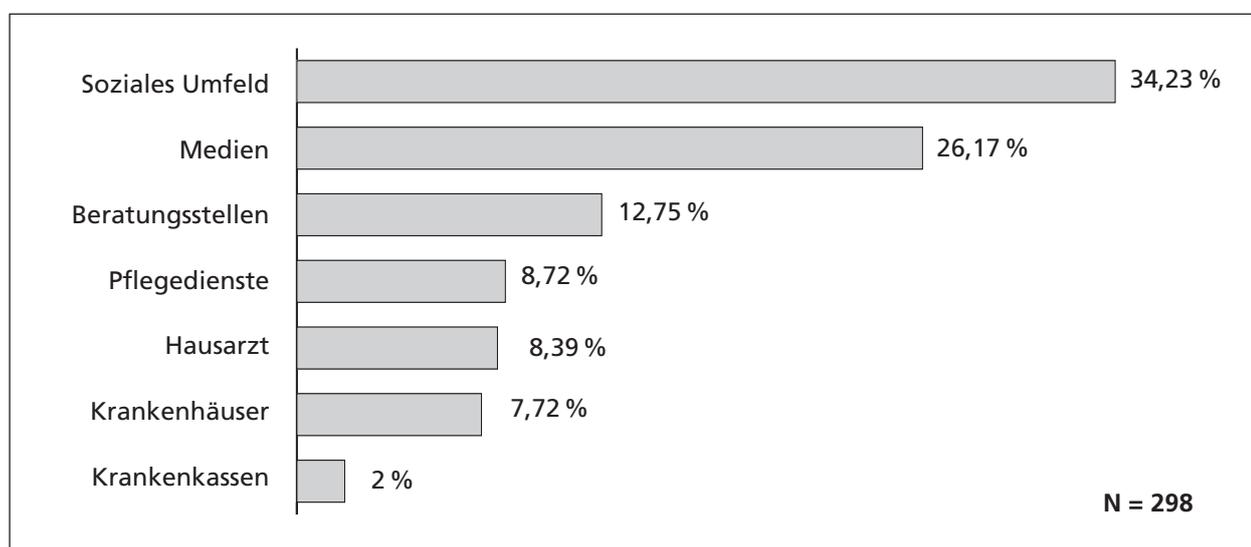
In den Monaten Oktober und November 2008 führten alle Pilot-Pflegestützpunkte eine Kundenbefragung durch. Der Fragebogen wurde jedem Ratsuchenden am Ende des Gesprächs im Pilot-Pflegestützpunkt ausgehändigt und er erhielt vor Ort die Möglichkeit, unbeobachtet die Fragen zu beantworten. Die ausgefüllten Bögen konnten dann anonym in eine dafür vorgesehene Box geworfen werden.

Von den 344 Rat- und Hilfesuchenden, die an der anonymen Befragung teilgenommen haben, gaben fast 74 Prozent an, „sehr zufrieden“ mit der Leistung des Pilot-Pflegestützpunktes gewesen zu sein. Ein weiteres Viertel der Befragten zeigte sich „zufrieden“. Die drei Befragten, die

„weniger zufrieden“ waren, gaben als Grund die noch geringen Öffnungszeiten an. Dass über 99 Prozent auch in Zukunft bei Bedarf wieder einen Pflegestützpunkt aufsuchen würden, unterstreicht die große Kundenzufriedenheit.

Abbildung 7 zeigt die Quellen, über die die Rat- und Hilfesuchenden auf den Pilot-Pflegestützpunkt aufmerksam geworden sind. Erstaunlich dabei ist, dass die Medien mit über 24 Prozent bereits an zweiter Stelle stehen, obwohl das Thema Pflegestützpunkte dort bislang noch keinen großen Stellenwert eingenommen hat. Dies zeigt, wie wichtig die Öffentlichkeitsarbeit für Pflegestützpunkte in Zukunft sein wird (siehe auch Kapitel 7.4). Eine sehr geringe Bedeutung mit nur zwei Prozent kommt den Krankenkassen zu. Dies kann an der vielerorts noch fehlenden Abstimmung zwischen den Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI liegen. Die Wichtigkeit von Multiplikatoren wird dadurch deutlich, dass zwei Drittel der Befragten der Pilot-Pflegestützpunkt empfohlen worden ist.

Abbildung 7: „Wodurch sind Sie auf den Pflegestützpunkt aufmerksam geworden?“



7. Instrumente, Praxisbeispiele und Lösungsansätze zum Betrieb von Pflegestützpunkten

Im folgenden Kapitel werden verschiedene Instrumente, Praxisbeispiele und Lösungsansätze zum Betrieb von Pflegestützpunkten vorgestellt, die im Laufe des Modellprojekts Werkstatt Pflegestützpunkte entwickelt worden sind und sich je nach inhaltlicher Ausrichtung und Adressaten im Formulierungsstil unterscheiden.

7.1 Erfassung und Aktualisierung der Hilfs- und Unterstützungsangebote

Bei der Vorgehensweise zur Etablierung von Pflegestützpunkten (siehe 5.1) wurde im vierten Eckpunkt darauf hingewiesen, dass sich Pflegestützpunkte besser planen lassen, wenn die Implementierung auf der Basis einer Ist-Erhebung erfolgt. Ebenso verhält es sich mit dem Betrieb. Um Auskünfte in Form von Einzelinformationen erteilen zu können, oder im Rahmen der Fallsteuerung die Anbieter der benötigten Leistungen im Wohnumfeld der Rat- und Hilfesuchenden mit in den Versorgungsplan aufnehmen zu können, bedarf es der Kenntnis der vorhandenen Hilfs- und Unterstützungsangebote. Dabei gibt es sehr unterschiedliche Bereiche mit einer Vielzahl von Anbietern, die hierbei mit einbezogen werden sollten:

Bereich Medizin und Therapie

- Niedergelassene Ärzte nach Fachrichtungen
- Krankenhäuser
- Apotheken
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Ernährungsberater
- Psychologen
- Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V

Bereich Pflege

- Ambulante Pflegedienste
- Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Teilstationäre Pflegeeinrichtungen
- Einzelpflegepersonen nach § 77 SGB XI

Bereich Bürgerschaftliches Engagement

- Nachbarschaftshilfen
- Seniorenbüros
- Freiwilligenagenturen

Bereich Kirchen

- Evangelische und Katholische Kirchengemeinden
- Andere Religions- und Glaubensgemeinschaften

Bereich Ergänzende Versorgungsangebote

- Hausnotruf
- „Essen auf Rädern“
- Fahrdienste
- Sanitätshäuser
- Haushaltshilfen
- Anbieter von Alltagshilfen: Gartenpflege, Wäschereidienste, Fensterputzer etc.
- Anbieter von Betreuungsangeboten
- Anbieter von Freizeitangeboten, inklusive begleiteter Reisen und Ausflüge
- Anbieter mit Bringdiensten: Lebensmittelhändler, Bäcker, Metzgereien, mobile Händler etc.

Die Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte zeigen, dass in vielen Kommunen bereits ausführliche Daten zu den Hilfs- und Unterstützungsangeboten vorliegen. Diese können als Grundlage einer Ersterhebung für das Care Management des Pflegestützpunkts dienen. Außerdem gibt es eine Reihe von Datenbanken und anderen Informationsmedien unterschiedlicher Herausgeber, die auf Bundes-, Landes- und lokaler Ebene Angebote erfassen, und deren Daten ebenfalls ausgewertet werden können. Neben der hier beschriebenen sekundären Datenrecherche zeigen die Erfahrungen aus den Pilot-Pflegestützpunkten, dass eine persönliche Kontaktaufnahme zu den Anbietern in ihrem Umfeld notwendig ist. Dies betrifft vor allem kleinere lokale Anbieter sowie Leistungen im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements. Dabei zeigen die Erfahrungen in den Pilot-Pflegestützpunkten, dass dabei oft eine gewisse Hartnäckigkeit und Geduld nötig ist, um die benötigten Informationen zu erhalten. Sobald jedoch einmal der persönliche Kontakt hergestellt worden ist und die Anbieter den Nutzen dieser Erhebung sehen, funktioniert der zukünftige Datenaustausch reibungsloser.

Sowohl bei der Erfassung als auch der Aktualisierung ist ein standardisiertes Vorgehen hilfreich. Anhand der Erfahrungen aller Pilot-Pflegestützpunkte wird ein mögliches Vorgehen im Folgenden präsentiert.

Schritt 1: Erstellung einer Datenmatrix

Bei der Erstellung der Datenmatrix gilt es im Vorhinein zu überlegen, welche Daten über die Hilfs- und Unterstützungsangebote erhoben werden sollen. Dabei sind nicht „nur“ Kontaktdaten und die Art des Angebots wichtig, sondern auch objektive die Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Anbieter unterstützende Informationen. Ein mögliches Raster zeigt die folgende Auflistung:

Kontaktinformationen:

- Erreichbarkeit
- Öffnungszeiten
- Anschrift, inklusive aller Kontaktmöglichkeiten (Telefon, Internet etc.)
- Nennung der Ansprechpartner und verantwortlichen Personen

Angaben über die angebotenen Leistungen:

- Art der Leistungen
- Kosten
- Zielgruppe
- Kapazitäten der Leistungserbringung (ggf. Angabe von Wartezeiten)
- Wahl- und Regelleistungen

Objektive Angaben zur Qualität der angebotenen Leistung

- Ergebnisse von Qualitätsprüfungen gemäß § 113 SGB XI ff.
- Qualitätssiegel und Zertifizierungen
- Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Schritt 2: Erhebung aller vorhandenen Daten

Dieser Schritt umfasst die Recherche aller vorhandenen Informationen (s. o.) und das Einpflegen in die erstellte Datenmatrix.

Schritt 3: Ergänzung des Datenmaterials

Alle bekannten Anbieter, von denen nicht bereits alle Informationen vorliegen, werden kontaktiert, um die fehlenden Angaben zu ergänzen. Um die Anbieter zu finden und in die Datenbank aufzunehmen, die Hilfs- und Unterstützungsangebote vorhalten, jedoch bislang noch nicht erfasst sind, kann im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Pflegestützpunktes auf die Vorteile der Vernetzung und Aufnahme in die Datenmatrix gezielt hingewiesen werden (siehe dazu Kapitel 7.4).

Schritt 4: Aktualisierung der Daten

Informationen sind grundsätzlich nicht von Dauer. Diese Aussage trifft selbstverständlich auch auf die Erhebung der Hilfe- und Unterstützungsangebote zu. Aus diesem Grund sind die Daten regelmäßig zu aktualisieren. Dabei gilt es, realistische Zeitziele zu formulieren. Eine jährliche Aktualisierung aller Daten ist unwahrscheinlich, wenn die vorhandenen Personal- und Zeitressourcen dazu nicht ausreichen. Außerdem erscheint es pragmatischer, wenn Anbieter selbstständig Aktualisierungen vornehmen können. In Köln ist dies z. B. jederzeit über ein Pflegetelefon möglich. In Wismar haben die Anbieter die Möglichkeit, ihre Daten im Internet selbstständig zu korrigieren. Die Erfahrungen der Mitarbeitenden in den Pilot-Pflegestützpunkten, die bereits seit langem diese Daten erheben, zeigen, dass die Eigeninitiative der Anbieter mit der Zeit und Intensität des persönlichen Kontakts zunimmt. Diese Beobachtungen lassen den Schluss zu, dass nach Etablierung der Pflegestützpunkte die Leistungsanbieter den Nutzen einer regelmäßigen Aktualisierung sehen und sich dabei eine Routine einstellen kann. Außer dem direkten und persönlichen Kontakt zu den Leistungserbringern ist ein enger Austausch mit den Pflegeberatern, die die Fallklärung und -steuerung durchführen, für die Aktualisierung und Ergänzung von Daten notwendig. So können im Zuge der Leistungsanspruchnahme vorgenommene Änderungen, z. B. der Öffnungszeiten, zeitnah in die Datenbanken des Care Managements aufgenommen werden.

7.2 Ansätze zur Weiterentwicklung der Vernetzungsstrukturen

Neben der Erfassung aller Hilfs- und Unterstützungsangebote ist die Weiterentwicklung der Vernetzungsstrukturen eine weitere Kernaufgabe des Care Management im Pflegestützpunkt. Grundsätzlich können unterschiedliche Aufgaben und Ziele der Vernetzung benannt werden.

Bei der Vernetzung der Leistungserbringer wird im § 92 c SGB XI explizit auf die integrierte Versorgung hingewiesen. Durch das Inkrafttreten des GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahre 2007 ist es auch für Pflegeeinrichtungen möglich, mit Institutionen des medizinischen Sektors Verträge der Integrierten Versorgung nach § 140 a–e SGB V zu schließen. In den Pilot-Pflegestützpunkten wurden solche Verträge bislang nicht angewandt. Allerdings gibt es viele regelmäßig stattfindende Gespräche, Arbeitsgruppen und andere Gremien, bei denen Möglichkeiten der Kooperation erörtert werden. Die Akteurinnen und Akteure der Pilot-Pflegestützpunkte berichten in diesem Zusammenhang immer wieder, dass einige Kooperationen nur zu Stande kommen und funktionieren, weil sie gerade nicht vertraglich geregelt sind. Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass bei der Netzwerkarbeit vor allem die persönlichen Kontakte und die daraus entstehenden Absprachen eine hohe Verlässlichkeit haben. Ein weiterer Aspekt, der diese These unterstützt, besteht darin, dass Absprachen zwischen den direkt am Hilfeprozess beteiligten Mitarbeitenden der Pilot-Pflegestützpunkte auf der einen Seite und dem Leistungserbringer auf der anderen Seite getroffen werden ohne dabei eine oft sehr verschachtelte Hierarchiestruktur einbeziehen zu müssen. Ähnliche Erfahrungen werden bei der Zusammenarbeit der Pilot-Pflegestützpunkte mit den Pflegekassen berichtet: Nach Einschätzung vieler Mitarbeitenden der Pilot-Pflegestützpunkte funktioniert der Austausch mit den Kassenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern vor Ort sehr gut, ohne dass dies durch Verträge geregelt werden muss.

Diese Beobachtungen zeigen, dass Netzwerkarbeit sehr vom persönlichen Austausch der Beteiligten abhängig ist und vieles auch über Absprachen erreicht werden kann.

Die Beobachtungen in den Pilot-Pflegestützpunkten haben in Bezug auf die Vernetzung des bürgerschaftlichen Engagements gezeigt, dass die Bereitschaft in der Bevölkerung für ehrenamtliche Hilfeleistungen sehr hoch ist. Es gibt bereits eine breite Palette von unterschiedlichen Angeboten. Darunter fallen z. B.

- Besuchsdienste, um sozial isolierten Menschen Gesellschaft zu leisten
- Selbsthilfegruppen zu ganz unterschiedlichen Themen
- Fahrdienste, um Besuche von Freizeitveranstaltungen oder Arztbesuche und andere notwendige Termine zu ermöglichen
- Freizeitangebote wie Seniorennachmittage mit Kaffee und Kuchen, Computerkurse, Sportangebote oder Spielnachmittage

In der Regel läuft die Koordinierung und Vernetzung des bürgerschaftlichen Engagements über die Pilot-Pflegestützpunkte, die alle Angebote erfassen und den Rat- und Hilfesuchenden entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. Dabei zeigen die Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte, dass die Akteurinnen und Akteure des bürgerschaftlichen Engagements häufig sehr an einer Zusammenarbeit interessiert sind. Sie sehen die Möglichkeit, über die Pflegestützpunkte mehr Betroffene zu erreichen und über ihre Leistungen zu informieren. Im Rahmen der Zusammenarbeit bieten viele Pilot-Pflegestützpunkte auch ihre Räumlichkeiten für Informationsveranstaltungen, Gruppentreffen oder Sprechstunden an.

Darüber hinaus gibt es auch viele Beispiele, bei denen die Pilot-Pflegestützpunkte eine weitergehende Rolle bei der Initiierung und Koordinierung des bürgerschaftlichen Engagements übernehmen. So gibt es beispielsweise in Köln ein Projekt, bei dem erfahrene Menschen zum ehrenamtlichen Engagement motiviert werden. In Lagenhagen besteht eine Zusammenarbeit mit dem Mehrgenerationenhaus bezüglich ehrenamtlicher Hilfeleistungen für onkologisch Erkrankte. In Jena werden Schulungen für ehrenamtliche Seniorenbegleiterinnen und -begleiter in Kooperation mit dem DRK und der Evangelischen Erwachsenenbildung durchgeführt. Des Weiteren koordinieren viele Pilot-Pflegestützpunkte selbst Ehrenamtbörsen, wie beispielsweise in Flensburg mit über 1000 ehrenamtlich tätigen Personen, mit denen auch in unterschiedlichen Projekten zusammengearbeitet wird. In Hettstedt soll speziell eine Arbeitsstelle geschaffen werden, deren Aufgabe im Aufbau von ehrenamtlichen Strukturen besteht.

Bürgerschaftlich engagierte Menschen übernehmen in einigen Pilot-Pflegestützpunkten aber auch Kernaufgaben. So kümmern sich beispielsweise in Berlin-Kreuzberg ehrenamtlich Tätige um die Dateneingabe und -recherche der Hilfs- und Unterstützungsangebote und leisten Unterstützung beim Telefondienst.

Das bürgerschaftliche Engagement kann auch eine „Türöffnerfunktion“ übernehmen, wenn es darum geht, auf die Leistungen des Stützpunktes aufmerksam zu machen und einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen. So gibt es in Berlin Treptow-Köpenick präventive Hausbesuche, bei denen die ehrenamtlich Tätigen auch auf die Leistungen des Pflegestützpunktes aufmerksam machen. In Denkendorf wird bei einem regelmäßigen Treffen aller Anbieter von ehrenamtlichen Besuchsdiensten u. a. besprochen, welche Menschen bislang nicht besucht werden und eventuell einen Hilfebedarf haben.

Neben der Vernetzung gilt es auch den regelmäßigen und zielgerichteten Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten zu gewährleisten. Diese Aufgabe wird vom Care Management in der Form wahrgenommen, dass alle bisher stattgefundenen Treffen unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure erfasst und ausgewertet werden. Darauf aufbauend sollte geklärt werden, ob die bisherigen Treffen ausreichen, um den notwendigen Austausch zur Erfüllung der Kernleistungen der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung zu gewährleisten. Andernfalls müssten die Treffen modifiziert werden oder es müssten weitere organisiert werden. Tabelle 9 stellt die bisher im Umfeld der Pilot-Pflegestützpunkte etablierten Austauschmöglichkeiten ebenso vor wie solche, die im Verlauf des Projektes neu initiiert wurden.

Akteurinnen und Akteure vieler Pilot-Pflegestützpunkte nehmen an den bereits etablierten Veranstaltungen teil und übernehmen dort auch teilweise die Moderation oder Fachbeiträge. Beispielsweise bringt der Pilot-Pflegestützpunkt Gladenbach aus dem Landkreis Marburg-Biedenkopf Fallbeispiele aus seiner praktischen Arbeit regelmäßig in unterschiedliche Gremien auf Landes- und Landkreisebene ein.

In Zukunft ist es vorstellbar, dass auch die Sozialplanung der Kommunen immer mehr mit der Arbeit der Pflegestützpunkte verbunden wird. So könnten z.B. Informationen über die demografische Entwicklung und über die Wohnsituation im Umfeld des Pflegestützpunktes mit Daten der Pflegestatistik in Beziehung gebracht werden, um Koordinierungsbedarfe durch Pflegestützpunkte aufzuzeigen.

Tabelle 9: Möglichkeiten des fachlichen Austausches der unterschiedlichen Akteure

Im Umfeld der Pilot-Pflegestützpunkte bereits etabliert:

- Arbeitskreise ambulanter und stationärer Pflege
- Stadtteilkonferenzen
- Runder Tisch Senioren
- Gesundheits- und Pflegekonferenzen
- Behindertenbeirat
- Kreispflegeausschuss mit allen Leistungserbringern
- Psychiatriebeirat, Schwerpunkt Betreuung psychisch Kranker
- Arbeitskreis Betreuung

Durch die Pilot-Pflegestützpunkte eingerichtet:

- Im Landkreis Marburg-Biedenkopf gibt es eine regelmäßig stattfindende Sitzung zwischen Vertretern des Landkreises, der Kranken- und Pflegekassen und des Pilot-Pflegestützpunktes Gladenbach.
- In einigen Pilot-Pflegestützpunkten finden Treffen mit den Mitarbeitenden von Krankenhaus-Sozialdiensten statt.
- Im Pilot-Pflegestützpunkt in Nürnberg besteht ein regelmäßiger Austausch mit einem Netzwerk niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.
- In Denkendorf wurde eine Gesprächsrunde eingerichtet, bei der alle Einrichtungen zusammenkommen, die Besuchsdienste anbieten.
- In Jena gibt es einen regelmäßigen Austausch mit der Fachhochschule, die neben der Kommune Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes ist.
- In den Pilot-Pflegestützpunkten in Berlin gibt es einen themenbezogenen Arbeitskreis zum Thema MRSA.
- In Ingelheim sind über den Arbeitskreis Altenhilfe sämtliche Institutionen bürgerschaftlichen Engagements eingebunden.
- In Hamburg wurde ein Hearing mit allen Anbietern des bürgerschaftlichen Engagements veranstaltet.

7.3 Auswahl eines Dokumentationssystems

Zur professionellen Gestaltung der Prozesse und damit der Arbeit im Pflegestützpunkt gehört ein definiertes Verfahren bezüglich Art und Umfang der zu dokumentierenden Daten. Denn eine Dokumentation von Informationen wird sowohl auf der Einzelfallebene als auch auf der Systemebene für nachvollziehbare und auswertbare Leistungen im Pflegestützpunkt benötigt. Deshalb hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe dieses Thema im laufenden Projekt mit den Akteurinnen und Akteuren der Pilot-Pflegestützpunkte erörtert. Das KDA-Projektteam hatte während seiner Besuche der Pilot-Pflegestützpunkte die Möglichkeit, die dort praktizierte Dokumentation kennenzulernen und mit den Mitarbeitenden des Stützpunktes zu diskutieren. Darüber hinaus dienten fünf Werkstattgespräche als Diskussionsplattform. Heraus kristallisiert hat sich ein heterogenes Verständnis und Vorgehen bezüglich der Inhalte und des Umfangs. Daher werden an dieser Stelle Anforderungen an eine zielführende und praktische Dokumentation aus den Kernleistungen der Pflegestützpunkte (siehe Kapitel 4.2.1) abgeleitet. Auf das Thema Datenschutz wird in Kapitel 7.5

gesondert eingegangen. Zunächst erfolgt eine Auflistung der Ziele, die die Dokumentation erfüllen soll (s. Tabelle 10.).

Tabelle 10: Ziele der Dokumentation

<p>Einzelfallebene</p> <ul style="list-style-type: none">• Erfassen aller notwendigen Informationen über die Rat- und Hilfesuchenden• Erfassen der Bedarfe und Bedürfnisse sowie des Selbsthilfepotenzials der Rat- und Hilfesuchenden und ihres sozialen Netzwerkes• Nachvollziehbarkeit der Fallklärung und Fallsteuerung• Zuordnen der Rat- und Hilfesuchenden zu den jeweiligen Kostenträgern
<p>Systemebene</p> <ul style="list-style-type: none">• Erfassen aller erbrachten Leistungen• Erfassen nachgefragter Informationsbroschüren und Beratungsthemen• Steuerung der Öffentlichkeitsarbeit• Statistische Auswertung

Nun schließt sich die Frage an: Welche Informationen sollen bei welcher Leistung erfasst werden? Die Leistungen sind im Kapitel 4.2.1 beschrieben; dort wird ebenfalls ein Bezug zur Dokumentation hergestellt.

Folgende Aussagen können zurzeit getroffen werden:

Bezogen auf die Leistungen Sondierungsgespräch, Einzelinformation und Basisberatung können Informationen zu den Rat- und Hilfesuchenden sowie über die erfragten Einzelinformationen und die erbrachte Basisberatung einschließlich der angefragten Themen dokumentiert werden. Die Tabelle 11 zeigt einen Überblick über die Informationen, die bisher in den Erstkontaktbögen der Pilot-Pflegestützpunkte erfragt werden.

Tabelle 11: Informationen aus Erstkontaktbögen der Pilot-Pflegestützpunkte

<ul style="list-style-type: none">• Datum und Uhrzeit• Art der Kontaktaufnahme: telefonisch, persönlich, schriftlich• Erst- oder Folgekontakt (Gibt es bereits eine Dokumentation?)• Angaben zu den Rat- und Hilfesuchenden: Sind sie selbst oder ist ihr soziales Umfeld betroffen?• Informationen über die Rat- und Hilfesuchenden: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon, Krankenkasse, Geschlecht

Im Zusammenhang mit Einzelinformationen ist es für die Arbeit des Care Managements und der Qualitätssicherung wichtig, dass dokumentiert wird, ob Informationen direkt im Anschluss an das Sondierungsgespräch genannt werden konnten oder ob noch recherchiert werden musste. Darüber hinaus ist der Zeitraum, wann die gewünschten Informationen letztlich dem Rat- und Hilfesuchenden mitgeteilt werden konnten, für die Weiterentwicklung der Arbeit der Pflegestützpunkte von Bedeutung.

Bei Bedarf an Spezialberatung und/oder Fallklärung und -steuerung kann sich auf Informationen verständigt werden, die im Fall der Einbeziehung weiterer Akteurinnen und Akteure im Sondierungsgespräch dokumentiert werden und den Netzwerkpartnern unter Beachtung des Datenschutzes zur Verfügung gestellt werden können. Werden externe Fachleute hinzugezogen, ist zu dokumentieren, wie der Kontakt organisiert wurde. Geht die Beraterin oder der Berater von einem noch nicht thematisierten weiteren Hilfebedarf aus, ist diese Einschätzung ebenfalls zu dokumentieren.

Bezogen auf die Spezialberatung und die Fallklärung und Steuerung fällt die Dokumentation umfangreicher aus und geht deutlich über die Informationen aus dem Sondierungsgespräch, der Einzelinformation und der Basisberatung hinaus. Hinzu kommen beispielsweise Assessmentinstrumente, der Versorgungsplan mit den erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen, gestellte Anträge, Stand des laufenden Genehmigungsverfahrens, eine Bewertung des Fallverlaufes und die Ergebnisse aus Fallbesprechungen. Welche Informationen bei diesen Leistungen genau erfasst werden, hängt auch von den Vorgaben und Abläufen der durchführenden Spezial- und Pflegeberater ab. Informationen sollten möglichst nur einmal erfragt werden und allen am Fall Beteiligten unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu jeder Zeit zur Verfügung stehen. So erhalten alle beteiligten Parteien ein Gesamtbild und können ihre Arbeit darauf abstimmen und ersparen den Rat- und Hilfesuchenden Mehrfachbefragungen.

Anforderungen an eine Software zur Dokumentation im Pflegestützpunkt

Der Markt hält eine Vielzahl an Softwareangeboten mit unterschiedlichen Leistungen und unterschiedlichen zugrundeliegenden Techniken bereit. Damit Pflegestützpunkte Softwareprogramme systematisch auswählen können, hat das KDA in einem „Pflichtenheft“ dazu Anforderungen formuliert (siehe Anhang 8.5). Diesen liegen die formulierten Ziele und erforderlichen Inhalte der Dokumentation, resultierend aus den Kernleistungen eines Pflegestützpunktes, zugrunde. Technische Voraussetzungen werden nicht definiert, weil in einigen Pflegestützpunkten schon Hardware vorhanden ist. Damit Soft- und Hardware gut miteinander harmonieren, sind technische Daten aufeinander abzustimmen. Dieser Schritt sollte von EDV-Fachleuten übernommen werden. Im Pflichtenheft werden deshalb fachlich-inhaltliche Anforderungen beschrieben, die eine Bewertung vorhandener Softwareprogramme unterstützen. Außerdem kann es als Anforderungskatalog zur Entwicklung einer passgenauen Software genutzt werden. Das Pflichtenheft ist ggf. um spezifische Aspekte des nutzenden Pflegestützpunktes zu ergänzen. Es enthält eine Matrix (s. Tabelle 12) mit verschiedenen Kriterien, die dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit einer Software einzuschätzen.

Tabelle 12: Matrix des Pflichtenheftes

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden Kostenschätzung	Bemerkungen
Nutzerfreundlichkeit der Software							
Sind die Masken direkt ansteuerbar?	z. B. Kontaktformular, Berichte						

Die Spalte „Erläuterung“ bietet dem Auftraggeber die Möglichkeit, Erklärungen oder Definitionen einzufügen. Die Spalten „muss“ und „kann“ werden vom Auftraggeber ausgefüllt und zeigen der Herstellerfirma an, welche Kriterien auf jeden Fall erfüllt werden müssen und welche optional sind.

Die Spalten „vorhanden“, „nicht vorhanden“ und „kann nachgerüstet werden“ sind von der Softwarefirma auszufüllen.. Die Spalte „Bemerkungen“ ist ebenfalls für die Softwarefirma vorgesehen und bietet Platz für Kommentare und ergänzende Informationen.

Für eine abschließende Bewertung eines Softwareprogramms bzw. zur Entscheidung für eine bestimmte Software sind Prioritäten bezüglich der auf jeden Fall zu erfüllenden Merkmale festzulegen. Die Priorisierung hängt von der definierten Zielsetzung und thematischen Ausrichtung des jeweiligen Pflegestützpunktes ab. Ein Beispiel für eine Prioritätenliste ist in Tabelle 13 nachzulesen.

Tabelle 13: Beispiel einer Prioritätenliste

Beispiel

- Nutzerfreundlichkeit
- Systemanforderungen und Kapazität
- Verwaltung
- Fallklärung und -steuerung
- Anpassbarkeit
- Schnittstellen
- Personendaten
- Statistische Auswertung
- Archiv
- Berichte
- Basisinformationen

Neben den bisher beschriebenen inhaltlichen Anforderungen an ein Softwareprogramm ist eine Entscheidung für die technische Ausrichtung zu treffen. Denn im Zusammenhang mit den Aufgaben des Care Managements und der benötigten Hilfsmittel, wie z. B. Datenbanken mit Einzelinformationen oder Beratungsthemen, stellt sich die Frage: Wie greifen Mitarbeitende des Pflegestützpunktes auf diese Informationen zu und wie ist das Dokumentationsprogramm mit Datenbanken vernetzt? Grundsätzlich sind zwei Varianten denkbar, die grob in Tabelle 14 beschrieben werden:

1. eine webbasierte Software
2. eine terminalbasierte Software

Tabelle 14: Erläuterungen zur Softwaretechnik

<p>Webbasiert</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle Daten liegen auf einem Server • alle Anwendungen laufen auf diesem Server • Zugriff auf die Software ist von jedem Rechner möglich • Software muss nicht auf dezentralen Rechnern installiert werden <p style="text-align: right;">} In der Regel in einem Rechenzentrum</p>		<p>Terminalserver</p> <ul style="list-style-type: none"> • ist ein lokaler Rechner mit eigenem Datenbank-Server • Einzelne Rechner im Pflegestützpunkt greifen auf den Stützpunktserver für gemeinsame Laufwerke zu • Eine Internetverbindung ist nur erforderlich, wenn von außen zugegriffen werden soll, z. B. bei Hausbesuchen, oder wenn Datenbanken, die auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene angesiedelt sind, kontaktiert werden sollen. <p style="text-align: right;">} arbeitet ohne Internet</p>	
<p>Vorteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • einfacher Zugriff, von überall • geringer administrativer Aufwand • einfacher Datenaustausch, da alle Daten auf einem zentralen Server liegen und gemeinsam genutzt werden können 	<p>Nachteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • eingeschränkte Interaktivität/höhere (längere) Reaktionszeiten, wobei der Unterschied zur Terminalversion in den letzten Jahren geringer geworden ist • Bei einem Internetausfall können z. B. gerade verfasste Berichte verloren gehen • Wenn die Internetverbindung ausfällt, ist kein Zugriff auf die Datenbanken möglich. 	<p>Vorteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • alle Daten liegen auf dem Server des Pflegestützpunktes • im Allgemeinen schnellere Reaktionszeiten 	<p>Nachteile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installation vor Ort ist notwendig, damit z. B. Drucker eingerichtet werden können • Updateaufwand ist recht hoch • der Anspruch an die Internetverbindung ist hoch, wenn eine „gute“ Geschwindigkeit erzielt werden soll
<p>Sicherheit</p> <p>Diese hängt bei beiden Versionen von der konkreten Umsetzung ab. Bei der Webversion liegen alle Daten, inklusive der sensiblen Daten, in einem externen Rechenzentrum.</p>			

7.4 Arbeitshilfe für die Öffentlichkeitsarbeit und das Marketing

Auch wenn die ersten Pilot-Pflegestützpunkte schon vor einiger Zeit ihre Arbeit aufgenommen haben und in der Meinung ihrer Kunden gut angesehen sind, stellen sie ein relativ neues Angebot auf einem unübersichtlichen Markt dar, das noch längst nicht jedem Bürger bekannt ist. Ihr Angebotsspektrum ist dabei so umfassend, dass viele, selbst wenn sie schon von Pflegestützpunkten gehört haben, keine Vorstellung von den dort erbrachten Leistungen und deren Nutzen haben. Ohne dieses Verständnis aber werden viele Rat- und Hilfesuchende diese Angebote nicht wahrnehmen. Dazu gehört auch die Tatsache, dass in der Öffentlichkeit vielfach nicht bekannt ist, dass Pflegestützpunkte keine Anlaufstelle nur für Ältere, sondern z. B. auch für Kinder mit Hilfebedarf und deren Familien sind.

Die Bezeichnung Pflegestützpunkt ist zudem leicht irreführend. Sie könnte dem ahnungslosen Kunden suggerieren, dass es hier entweder ausschließlich um Themen wie Pflege geht oder noch krasser: Hier bekommen Sie Pflege. Was zum Teil ja auch zutrifft: Tatsächlich gibt es beispielsweise ambulante Pflegedienste, die nicht den Anforderungen des § 92 c SGB XI entsprechen, und die sich trotzdem Pflegestützpunkt nennen. Dürfen sie ja auch, denn der Begriff ist nicht geschützt. Damit sind Pflegestützpunkte nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (noch) keine Marke.

Neue Pflegestützpunkte, die gerade ihre Arbeit aufnehmen oder kurz davor stehen, sind ganz besonders auf Öffentlichkeitsarbeit angewiesen, damit die Menschen auf sie aufmerksam werden und sie sich damit als erste Anlaufstelle für alle Fragen rund um Pflege, Wohnen und Unterstützung etablieren können. Und, last but not least, noch ein ganz allgemeiner Grund: Das Image einer Organisation ist stark abhängig von dem Bild, das die Medien von ihr zeichnen. Geschickte Öffentlichkeits- und somit auch Medienarbeit ist also offensive Imagepflege. Imagevorteile sind heute immens wichtig geworden, weil sich Leistungen und Produkte verschiedener Anbieter immer mehr ähneln. Wer in der Öffentlichkeit steht – und jede noch so kleine Einrichtung und jedes noch so kleine Unternehmen hat mindestens eine lokale öffentliche Bedeutung – muss über die Zusammenarbeit mit den Medien seine Imageziele verfolgen. Das trifft erst recht auf vormals so politisch umstrittene Projekte wie Pflegestützpunkte zu.

Um Pflegestützpunkte in der Öffentlichkeit bekannter zu machen, wird im Folgenden eine Arbeitshilfe für die Öffentlichkeitsarbeit und das Marketing vorgestellt. Zur weiteren Unterstützung findet sich im Anhang 6.6 ein Umsetzungsplan für die Eröffnung eines Pflegestützpunktes, der freundlicherweise von der AOK Brandenburg (ein Träger des Pilot-Pflegestützpunktes Erkner) zur Verfügung gestellt worden ist.

Die Ziele von Öffentlichkeitsarbeit und Marketing von Pflegestützpunkten

Die „Marke Pflegestützpunkt“ sollte sich auf Dauer auf dem Markt etablieren können. Pflegestützpunkte sollten in ihrer jeweiligen Region jedem bekannt sein. So wie beispielsweise jeder weiß, dass er bei Adress-Ummeldungen nach einem Umzug oder bei Beantragung eines neuen Ausweises zum Einwohnermelde-/Bürgeramt gehen muss, sollten die Bürger in Zukunft auch verinnerlicht haben, dass sie sich bei Fragen rund um Pflege und vor allem auch im Vorfeld von Pflege bei dem für sie zuständigen Pflegestützpunkt informieren können und sollten. Daher muss je-

dem schon im Vorfeld klar sein, welche fest definierten Leistungen sich hinter einem Pflegestützpunkt verbergen. Falsche Vorstellungen (s. o.) müssen korrigiert werden.

Kommuniziert werden muss dabei das Alleinstellungsmerkmal von Pflegestützpunkten, die nach § 92 c ihre Tätigkeit aufgenommen haben. Dieses ist: Pflegestützpunkte haben die Lotsenfunktion im Dschungel des Gesundheitswesens. Diese Lotsenfunktion setzt sich zusammen aus den Komponenten Beratung, Begleitung (Case-Management) und Vernetzung (Care-Management). In dieser Kombination heben sie sich von allen anderen bereits existierenden Beratungs- und Hilfe-Angeboten ab.

Das ist die Botschaft, die es zu kommunizieren gilt. Damit dies gelingt, gilt es, diesen zunächst abstrakten und umfassenden Begriff „greifbar“ zu machen, das heißt, er muss mit Leben gefüllt werden.

Zielgruppen von Öffentlichkeitsarbeit & Marketing von Pflegestützpunkten

Es gibt zwei Zielgruppen der Öffentlichkeitsarbeit und des Marketings von Pflegestützpunkten:

1. Die allgemeine Öffentlichkeit bzw. konkret Rat- und Hilfesuchende und damit die Endverbraucher“
2. Die Multiplikatoren, über die man wiederum die erste Zielgruppe erreichen kann.
Das sind:
 - Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Ärzteschaft, Pflegepersonal sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Krankenhäusern und sonstigen Gesundheitseinrichtungen sowie Mitarbeitende in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen etc.;
 - die Medien.

Wichtig ist es, mit allen Zielgruppen über verschiedene Ebenen und Informationskanäle in Kontakt zu treten und im Gespräch zu bleiben.

Direktansprache der Rat- und Hilfesuchenden bzw. des „Endverbrauchers“

Nicht zu unterschätzen ist hier die „Mund-zu-Mund-Propaganda“. Rat- und Hilfesuchende, die mit der Leistung eines Pflegestützpunktes zufrieden waren, sind die besten (und preiswertesten) Werbeträger. Auch wenn Pflegestützpunkte nichts zu verkaufen haben, da ihre Leistungen kostenlos sind, geht es um Kundenbindung und -gewinnung.

Daher ist es sehr wichtig, in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, ob die Menschen in einer Region überhaupt vom Pflegestützpunkt „erreicht“ werden, also von diesem wissen und zu checken, ob und wie zufrieden sie mit der angebotenen Leistung sind. Diese „Kundenbefragungen“ können laufend erfolgen, indem man dem Rat- und Hilfesuchenden nach einer erfolgten Beratung einen Fragebogen mitgibt. Dabei sollte auch abgefragt werden, durch wen und auf welche Weise die Kundschaft auf den Pflegestützpunkt aufmerksam gemacht geworden sind. Die Befragten sollten auf die Bedeutung ihrer Einschätzung hingewiesen werden („...nur wenn Sie uns mitteilen, was wir verbessern müssen, können wir auch wirklich etwas verbessern...“) – das erhöht die Motivation zur Beantwortung.

Auf diese Weise können mögliche Schwachstellen sowohl in der täglichen Beratungsarbeit als auch hinsichtlich der Wirksamkeit in der erfolgten Vernetzung und von öffentlichkeits-wirksamen Aktionen ermittelt und abgestellt werden.

Zu letzteren gehören u. a.:

- Die Herstellung und die Verteilung von Flyern, die über das Leistungsspektrum Ihres Stützpunktes informieren.
Sie können sich hier an eine PR-Agentur wenden, die Ihnen alle Aufgaben – von der Textgestaltung übers Layout bis hin zur Verteilung – abnimmt. Das ist eine Kostenfrage. Ein Tipp, wenn Sie Text und Layout selbst übernehmen: Schauen Sie sich im Vorfeld die Informationsmedien und Flyer anderer Einrichtungen an. Daraus kann man viel lernen. Ganz wichtig: Flyer dürfen nicht mit Inhalt überfrachtet werden. Hier ist weniger mehr.
- Orte, an denen man Ihre Flyer finden sollte, sind u. a. Arztpraxen, Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen, öffentliche Einrichtungen wie Büchereien und Rathäuser.
- Die Herstellung und Verteilung von Postern, die über das Leistungsspektrum Ihres Stützpunktes informieren.
Hier gilt zunächst genau das, was auch auf die Produktion von Flyern zutrifft. Poster benötigen aber noch viel mehr als Flyer einen „Eyecatcher“ und einen guten Slogan. Sie sollten u. a. dort ausgehängt sein, wo Ihre Flyer ausliegen. Denken Sie aber auch an häufig frequentierte Orte wie z. B. Haltestellen von öffentlichen Verkehrsmitteln. Auch in Lebensmittelläden und Geschäften könnten die Poster ihren Zweck gut erfüllen.
- Eine redaktionelle Berichterstattung in Zeitung oder Lokalradio, die Sie mit bestimmten Maßnahmen (siehe dazu die folgenden Kapitel) schon etwas forcieren können, ist natürlich Gold wert. Daneben gibt es aber noch die Möglichkeit, kostenpflichtige Anzeigen zu schalten. Sprechen Sie die Anzeigenabteilungen der Zeitungen an. Die Kontaktdaten dazu finden Sie im Impressum.
- Investieren Sie in Ihren Internet-Auftritt. Auch hier können Sie sich professionelle Unterstützung einkaufen oder bei entsprechenden Kenntnissen selbst tätig werden.
- Eine weitere und gute Möglichkeit, direkt mit Betroffenen oder der Öffentlichkeit in Kontakt zu treten, sind Info-Stände bei Veranstaltungen in Ihrer Region.
- Eine originelle Idee ist es, Brötchen- und Brottüten der Bäckereien in Ihrem Einzugsgebiet mit einem Hinweis auf Ihr Angebot bedrucken zu lassen und so als Werbeträger zu nutzen. Die Bäckerei-Innungen sind dazu Ihre richtigen Ansprechpartner. Mit diesen könnten Sie auch gleich folgende weitere Idee besprechen: Sie lassen sich Backwerk (z. B. Kekse), das einzeln verpackt wird, dekoriert mit einem kurzen Slogan und Ihrer Telefonnummer, herstellen und verteilen dies bei allen möglichen Gelegenheiten. So wird Ihr Beratungsangebot bald buchstäblich „in aller Munde sein“.
- Überhaupt sind die sogenannten „Give-Aways“ eine wunderbare Möglichkeit, bei vielen Menschen im Gedächtnis zu bleiben. Sie können dazu beispielsweise Kugelschreiber, Notizblöcke oder Klebezettel mit Ihren Informationen bedrucken lassen und bei möglichst vielen Anlässen verteilen.
- Und Sie möchten sicher auch, dass die Rat- und Hilfesuchenden auf Sie „abfahren“? Dann sprechen Sie doch Ihren ÖPNV-Anbieter vor Ort an und fragen dort nach, ob es nicht möglich ist, Ihren Slogan und Ihre Kontaktdaten auf deren Fahrpläne, die es meist auch im Kleinformat zum Mitnehmen gibt, aufzudrucken.

Indirekte Ansprache der Rat- und Hilfesuchenden durch „allgemeine“ Multiplikatoren

Mit „allgemeinen“ Multiplikatoren sind – in Abgrenzung zu den Medienvertretern – beispielsweise niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter in Krankenhäusern und sonstigen Gesundheitseinrichtungen sowie Mitarbeitende in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen gemeint.

Diese Berufsgruppen stellen die optimalen Multiplikatoren dar, wenn es darum geht, die Rat- und Hilfesuchenden in Ihrer Region zu erreichen. Man kann sie dadurch erreichen und an sich „binden“, indem man beispielsweise:

- Runde Tische, regionale oder Stadtteilkonferenzen zu bestimmten Themen anbietet und die Akteure dazu einlädt,
- oder Fortbildungen für Ärzte anbietet (Themen für beide Punkte könnten zum Beispiel Wohnberatung, Demenz und zum Beispiel auch spezielle Pflegearrangements für Familien mit pflegebedürftigen Kindern sein),
- und einen Newsletter für sie einrichtet, um sie über aktuelle Neuerungen rund um ihr Themengebiet auf dem Laufenden zu halten.

Indirekte Ansprache der Rat- und Hilfesuchenden durch die Multiplikatoren Medienmacher

Ein Tipp vorweg: Blinder Aktionismus ist selten empfehlenswert. In der Medienarbeit schon gar nicht, denn damit schießt man schnell am Empfänger und damit am Ziel vorbei.

Daher: Am Anfang steht ein Konzept, das folgende Fragen beantworten sollte:

- Welche Informationen sollen über
- welche Medien
- welche Zielgruppen ansteuern, um damit
- welches Ziel zu erreichen?

Öffentlichkeitsarbeit ist auch immer Medienarbeit. Sie soll die Medienmacher davon überzeugen, eine Information zu übernehmen, weil sie interessant, relevant und wichtig für deren Leser, Hörer und Zuschauer ist.

Nutzen Sie die Medien, um auch auf diesem Weg Ihre Kunden und Kooperationspartner zu erreichen.

Journalisten sind Meinungsmacher. Daher: Pflegen Sie gute und persönliche Kontakte zu den Redaktionen vor Ort. Die regionalen Medien sind sowieso genau die richtigen Kontaktadressen für Sie und nicht etwa die große, weite Weltpresse.

Wichtig – gerade für Pflegestützpunkte: Der Regional- bzw. Lokalbezug

Tageszeitungen

73,2 Prozent der erwachsenen Deutschen lesen mehr oder weniger regelmäßig eine Zeitung. Dabei findet vor allem der Lokalteil und damit die Seiten, die über örtliche und regionale Sachverhalte berichten, viel Beachtung: In Umfragen gaben 83 Prozent der Zeitungsleser an, dass sie diese Meldungen fast immer lesen. Daher: Regionale bzw. lokale Zeitungen („Heimatzeitungen“) spielen für Ihre Presse- und Öffentlichkeitsarbeit die wichtigste Rolle. Doch wird dies leider vielfach unterschätzt und man versucht stattdessen, die Aufmerksamkeit der „Großen“ (wie z. B. Süddeutsche oder F.A.Z.) zu erregen. Das geht aber zumeist am Ziel vorbei und löst beim Absender nur Frustration („Niemand beachtet uns“) aus.

Daher: Gute Medienarbeit sucht nach passenden Lösungen und Empfängern. Man muss die Leser dort abholen, wo sie stehen. Nahezu jedes Thema – und sei es noch so „hoch-politisch“ – lässt sich auf lokale Bezüge herunter brechen und besitzt Ansatzpunkte für Berichte im Lokalteil.

Lokalradios und Lokalfernsehen

Hier gilt das gleiche, was auch auf die Regionalpresse zutrifft. Der Regionalbezug ist wichtig. Sicher wäre es sehr schmeichelhaft, wenn sich Ihre Arbeit in der Tagesschau wiederfinden oder ein großer Hörfunksender wie der WDR oder der SWR darüber berichten würde. Während die Tagesschau-TV-Variante o. Ä. eher unwahrscheinlich ist, kann es schon vorkommen, dass sich die öffentlich-rechtlichen Hörfunksender, die ja in vielen Städten Regional- und Lokalstudios unterhalten, an Sie wenden. Sie sollten diese daher hinsichtlich Ihrer aktiven Medienarbeit unbedingt im Presseverteiler berücksichtigen. Wichtig sind aber auch die privaten und lokalen Fernseh- und Hörfunksender, denn sie haben in ihrer Region oft eine sehr starke Sender- bzw. Zuschauer- und Hörer-Bindung erreicht.

Presseagenturen

Presseagenturen sind sozusagen „Nachrichtemacher“, die sehr schnell arbeiten und gerne neue und gesellschaftsrelevante Themen generieren. Es gibt kaum professionelle Medien, die nicht auf die Dienste von Presseagenturen zurückgreifen und deren Themen platzieren. D. h. die mediale Verbreitung eines Themas steigt um ein Vielfaches, wenn Agenturen darüber berichten. Was wenige wissen: Presseagenturen sitzen nicht nur in den Großstädten, sie haben gerade auch kleinere regionale Büros, um aktuelle Themen schnell vor Ort aufgreifen zu können. Gerade Letztere könnten sich als interessante Ansprechpartner für Sie erweisen, wenn Sie wichtige Informationen oder Ereignisse aus Ihrer Arbeit in den Medien zu platzieren versuchen.

Nicht zu vernachlässigen: Kostenlose Anzeigenblätter und Kundenzeitschriften

Es gibt sie in fast jeder Stadt: Die kostenlosen Anzeigenblätter, die man meist mittwochs oder zum Wochenende im Briefkasten findet und die vor allem Anzeigen von Unternehmen aus Ihrer Region enthalten – und daneben einen kleinen redaktionellen Teil. Nach Medienauswertungen finden diese Blätter in circa 80 Prozent der Haushalte regelmäßig ihre Leser, die vor allem aus Hausfrauen, Alleinstehenden und Älteren bestehen.

Ob große Unternehmen wie Automobilhersteller oder Die Bahn, ob Krankenkassen oder Drogerieketten: Die meisten bieten inzwischen kostenlose, zum Teil sehr aufwändig produzierte Kundenzeitschriften an. Dazu gehören auch die Apotheken, deren Kundenzeitschriften für Pflegestützpunkte von besonderem Interesse sind. Denn dort werden immer wieder Fragen abgehandelt, die mit dem Themenspektrum von Pflegestützpunkten zu tun haben. Zudem haben sie in der Bevölkerung eine große Akzeptanz, was vor allem auf die „Apotheken-Umschau“ mit 19 Millionen Leserinnen und Leser zutrifft. Wichtige Titel in diesem Segment sind auch der „Senioren-Ratgeber“ sowie die „Neue Apotheken Illustrierte“. Gehen Sie aktiv mit Ihren Themen auf deren Redaktionen zu.

Der Presseverteiler

Um ziel- und passgenau die Medien anzusprechen, bedarf es einer Sammlung von Redaktionen, Namen und Adressen, kurz, eines Presseverteilers. In seinen Aufbau sollten Sie ebenso wie in seine regelmäßige Pflege ein wenig Mühe investieren. Es lohnt sich.

Es kommt dabei nicht darauf an, unsystematisch möglichst viele Adressen zu erfassen, sondern strategisch nach der Leitfrage „Mit wem wollen und sollten wir kommunizieren?“ vorzugehen. Stellen Sie sich dazu folgende weitere Fragen:

- *Wer interessiert sich für unsere Informationen?*
Im Fall von Pflegestützpunkten trifft das beispielsweise auf pflegebedürftige alte Menschen und Kinder und ihr soziales Umfeld zu.
- *Für wen könnten und sollten darüber hinaus unsere Informationen interessant sein?*
Viele Menschen assoziieren mit dem Begriff „Pflegestützpunkt“ nur Pflege-Angelegenheiten und fühlen sich erst angesprochen, wenn in der Familie eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Ihre Informationen sind aber auch interessant für Personen, die keine Pflege, sondern vielleicht nur den einen oder anderen Rat, zum Beispiel hinsichtlich Wohnungsanpassung, benötigen.
- *Wen sollten wir darüber hinaus erreichen?*
Die oben genannten Zielgruppen finden sich alle irgendwann in Arztpraxen, Krankenhäusern und bei ambulanten Pflegediensten wieder. Daher sind Mitarbeitende in Einrichtungen des Gesundheitswesens wichtige Empfänger Ihrer Neuigkeiten.
- *Auf welchem Wege erreichen wir unsere Zielgruppen?*
Auf die starke Verbreitung und Nutzung von Tageszeitungen sowie von kostenlosen Anzeigenblättern wurde bereits hingewiesen, ebenso auf die von Kundenzeitschriften, wie sie beispielsweise in Apotheken ausliegen oder von den Krankenkassen an ihre Kunden verschickt werden. Ältere Menschen zum Beispiel lesen auch gerne Blätter der „Yellow Press“ wie „Neue Post“ und „Das Neue Blatt“ (beide aus dem Heinrich Bauer Verlag in Hamburg). Viele bezeichnen diese Blätter als die wahren Seniorenzeitschriften, was diese aber gerne von sich weisen.
- *Welche Redaktion in den ausgewählten Medien ist die richtige für uns?*
Neben Redaktionen, die gezielt Gesundheits- oder Familien- und Seniorenthemen aufgreifen, sollten Sie daran denken, dass jeder Journalist, der sich einmal mit einer Anfrage an Sie wendet, ein potenzieller Partner sein kann, wenn Sie einmal Themen in den Medien platzieren wol-

len. Versuchen Sie also immer auf Presseanfragen zu reagieren und verprellen Sie keine ausbaufähigen Kontakte

Wie kommt man an die richtigen Adressen für einen Medienverteiler? Zum einen über das Impressum, das Sie entweder im Printprodukt selbst finden oder auf der jeweiligen Internetseite. Empfehlenswert sind auch Nachschlagewerke wie beispielsweise der „Zimpel“, der rund 70.000 Kontaktdaten von Medienschaffenden bietet, die entweder online abzurufen („Zimpel online“) sind oder auf CD-Rom geliefert werden. Empfehlenswert sind aber auch das Nachschlagewerk aus dem Essener Stamm-Verlag (ca. 40.000 Adressen) oder die „Presse-Taschenbücher“ aus dem Kroll-Verlag.

Instrumente der Medienarbeit

1. Pressemitteilungen und -meldungen

Das klassische Instrument der Medien- bzw. Pressearbeit ist die Pressemitteilung.

Bevor Sie mit dem Inhalt Ihrer „Message“ loslegen, schreiben Sie groß und auffällig – am besten in **g e s p e r r t e n** Buchstaben – das Wort „Pressemitteilung“ darüber, denn für den Empfänger sollte auf Anhieb erkennbar sein, um was für ein Schriftstück es sich hier handelt.

Als nächste Angabe folgen Ort und Datum. Ein Beispiel dazu:

Köln, 11. Mai 2009 – *„Pflegestützpunkte erfüllen eine wichtige Funktion“, meldet das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)...* Danach geht es weiter im Nachrichtenstil: Das Wichtigste und Aktuellste (die Neuigkeit) zuerst. Die weiteren Informationen folgen in der Reihe abnehmender Wichtigkeit/Neuigkeit. Der Sprachstil ist nüchtern und einfach und folgt der Arbeitsweise von Nachrichtenagenturen. Der Text muss auf das Wesentliche reduziert sein. Die Fachliteratur empfiehlt hier 1.000 bis maximal 1.200 Zeichen.

Sehr wichtig ist natürlich auch die Überschrift (Headline). Sie sollte bereits die wichtigste Botschaft enthalten. Danach folgen in den ersten drei bis vier Zeilen alle wichtigen Antworten auf die Fragen: Wer, Was, Wann und Wo?

Dass Ihr Text gut war, merken Sie, wenn er (nahezu) vollständig in seiner ursprünglichen Fassung übernommen worden ist. Deshalb sollte man so formulieren, dass die Pressemitteilung wie ein in der entsprechenden Zeitungs-/Agenturredaktion verfasster Beitrag wirkt: *„Einer Mitteilung des Pflegestützpunktes XYZ zufolge ...“* – Sie machen es damit den Redakteuren leicht, und die „danken“ es Ihnen (vielleicht, hoffentlich) mit einem Abdruck, oder aber wenden sich direkt an Sie um nachzufragen und weitere Informationen zu erhalten. Vergessen Sie also nie, Ihre Kontaktdaten mit anzugeben (siehe auch Beantwortung von Pressefragen).

Was eine „gute“ Pressemitteilung noch ausmacht: Sie ist neutral, frei von Wertung und verzichtet daher auf Eigenschaftswörter wie „beliebt“, „innovativ“ und erst recht auf Superlative. Sonst wirkt es leicht wie Werbung und verliert an Glaubwürdigkeit.

Üblich ist es, ganz zum Schluss des Textes noch ein paar allgemeine Informationen zum Absender einzufügen – mit dem Risiko, dass es in der Redaktion wahrscheinlich gestrichen wird.

Der gebräuchlichste Weg, die Pressemitteilung schließlich an die Frau und an den Mann zu bringen, ist die E-Mail.

2. Pressekonferenzen bzw. -gespräche

Veranstalten Sie eine Pressekonferenz oder ein Pressegespräch wirklich nur, wenn Sie sicher sind, dass eine Pressemitteilung nicht ausreicht, um eine Botschaft zu vermitteln. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn es um einen komplizierten Sachverhalt geht, bei dem sich ganz bestimmt Rückfragen ergeben werden. Im Folgenden finden Sie eine Checkliste, die Ihnen die Organisation und Durchführung einer Pressekonferenz erleichtern soll:

A. Inhaltliche Planung

- Was haben wir mitzuteilen und für welche Medien eignet sich das Thema? Hat es eine bundesweite oder eine regionale Bedeutung?
- Wie viele und welche Referenten sollen sprechen? Wer leitet die Pressekonferenz?
- Worüber sollen die einzelnen Referenten sprechen?
- In welcher Reihenfolge und wie lang?
- Welche Technik wird benötigt?
- Welche Fragen und kritischen Einwände könnten die Journalisten haben? Auf diese gilt es sich vorab einzustellen.
- Welches zusätzliche Daten- und/oder Hintergrundmaterial könnte benötigt werden?

B. Materialien für die Journalisten

Pressemappe mit folgendem Inhalt:

- Pressemitteilung
- Textfassung der Referate
- Datenblatt zum Veranstalter und zu den Referenten
- Fotos und Grafiken
- Weitere schriftliche Informationen (z.B. Geschäftsbericht, Imagebroschüre)
- Schreibblock und Kugelschreiber

C. Zeitplanung

- Welcher Termin wäre für uns ideal?
 - Abgleich mit „konkurrierenden“ Veranstaltungen und Veranstaltern
 - Abgleich mit Reiseverbindungen
 - Interner Abgleich mit allen Beteiligten
- Beste Wochentage: Dienstag, Mittwoch, Donnerstag
- Beste Uhrzeiten: Frühestens 10 Uhr, empfehlenswert ist 11 Uhr
- Dauer: Einzelreferate nicht länger als zehn Minuten, maximal fünf Referierende. Anschließende Fragerunde maximal eine Stunde, Gesamtdauer maximal zwei Stunden
- Einladungen: ein bis zwei Wochen vorher

- Schriftliche Einladungen mit Antwortfax oder Antwortkarte verschicken
 - Ich komme gern
 - Ich bin verhindert, gebe die Einladung aber dem Kollegen XY
 - Ich kann leider nicht kommen, bitte schicken Sie mir die Pressemappe
- Einladungen mit Wegbeschreibung und/oder Anfahrtsskizze
- Das Einladungsschreiben enthält: Thema der Konferenz, Ort, Zeit, Programmübersicht, Namen der Referentinnen und Referenten

D. Ablaufplanung

Welcher Ort ist geeignet:

- Raumgröße und -zuschnitt
- Bestuhlung und Tischanordnung
- Technische Geräte überprüfen
- Wer liefert wann Getränke (Kaffee und Kaltgetränke und ggf. einen kleinen Imbiss)?
- Wegweiser zum Veranstaltungsort
- Namensschilder für Referierende und Moderatorin bzw. Moderator
- Teilnehmerliste vorbereiten

3. Medien-Events

Schaffen Sie Anlässe, um ins Gespräch zu kommen – und um im Gespräch zu bleiben. Laden Sie beispielsweise zu einem Tag der offenen Tür ein. Die Medien „nutzen“ Sie hierfür gleich zweifach. Zum einen verfassen Sie einen kurzen Presstext dazu, schicken ihn an entsprechende Redaktionen und bitten um Veröffentlichung unter „Termine“ o. Ä., damit möglichst viele Menschen davon erfahren. Zum anderen laden Sie natürlich auch die Medien gesondert ein. Im besten Fall schaut ein Presse- oder Lokalradio-Mitarbeiter – meist kurz – vorbei und es kommt zu einer Berichterstattung über dieses „Event.“

Neue Pflegestützpunkte sollten ihre Eröffnung für eine intensive Öffentlichkeitsarbeit nutzen. Dazu finden Sie im Anhang als Kopiervorlage einen Umsetzungsplan, der freundlicherweise von der AOK Brandenburg zur Verfügung gestellt worden ist.

Oder Sie organisieren eine Diskussionsveranstaltung zu einem politisch brisanten Thema (siehe hierzu auch nachfolgendes Kapitel). Laden Sie dazu mit Ihnen kooperierende Fachleute aufs Podium ein – und die Presse dazu.

Themenfindung

Wichtig zu wissen: Etwa zwei Drittel der Medienberichte sind auf Anstöße aus Presseaussendungen und -aktionen zurückzuführen. Den größten Anteil daran haben Informationen, die von Unternehmen und Institutionen offensiv für die Medien bereitgestellt wurden (aktive Medienarbeit). Werden Sie also aktiv und bieten Sie von sich aus den Medien immer wieder Themen, Informationen und „Geschichten“ an.

So können Sie beispielsweise Gesetzesinitiativen und -änderungen oder Diskussionen im Bundestag oder in Landtagen zur Gesundheits- und Seniorenpolitik aufgreifen. Brechen Sie diese Themen auf

ihre Bedeutung vor Ort herunter und verdeutlichen Sie dabei möglichst praxisnah, welche Konsequenzen dies für ihre „Kundschaft“ vor Ort haben kann.

Nutzen Sie für Ihre Botschaften die aktuelle politische Diskussion und hängen Sie sich an die mediale Berichterstattung an. Immer wieder werden Pflegefragen oder andere senioren- bzw. behindertenrelevanten Themen aus unterschiedlichen Gründen in den Medien platziert. Nutzen Sie das so geweckte Interesse an einem Themenbereich und erklären Sie, welche Rolle Ihr Pflegestützpunkt in solch einer Situation spielen könnte.

Und verlieren Sie nie die Formel erfolgreicher Öffentlichkeitsarbeit aus den Augen: „Tue Gutes und sprich darüber!“ Kommunizieren Sie die positiven Ergebnisse Ihrer Arbeit!

Ein Beispiel dafür: Sie konnten einer völlig überlasteten Familie, die ihren stark demenzkranken Angehörigen betreut, mit der Vermittlung eines niedrigschwelligen Angebotes sehr weiterhelfen. Fragen Sie die Familie, ob sie damit einverstanden ist, dass Sie ihren „Fall“ für einen Medienbericht aufgreifen. Fragen Sie dann bei den Medien in Ihrer Region nach, ob sie Interesse an solch einer „typischen“ Geschichte hätten. Wahre Begebenheiten mit „Human Touch“ kommen oft sehr gut an.

„Dran hängen“ können Sie sich auch an jährlich wiederkehrende Gedenk- und Aktionstage wie beispielsweise den Welt-Gesundheitstag (7. April), den Welt-Alzheimer-Tag (21. September), den Internationalen Tag der älteren Menschen (1. Oktober) oder den Internationalen Tag der Behinderten (3. Dezember). Nehmen Sie diese Tage als Aufhänger für eine Nachricht.

Viele regionale Zeitungen bieten inzwischen für ihre Leserinnen und Leser auch immer wieder Telefonsprechstunden zu einem spezifischen Thema an. An einem bestimmten Tag und in einem Zeitfenster von meist drei Stunden stehen dann Expertinnen und Experten Rede und Antwort. Versuchen Sie eine solche Runde anzuregen und bieten Sie sich oder Kolleginnen und Kollegen dabei gleich als Fachpersonen an.

Vom Umgang mit Medienanfragen

Kennen Sie das? Man hat gerade 100 Dinge auf einmal zu tun, muss gleich noch zu einem Termin, ist also richtig im Stress und gerade da ruft auch noch ein Journalist an und will etwas zur Pflege in Ihrer Region wissen. Lästig? Ja, irgendwie schon. Aber auch gut. Denn hier zeigt jemand Interesse an Ihrer Arbeit. Deshalb: Widerstehen Sie der Versuchung, den vermeintlich lästigen Anrufer abzuwimmeln. Wenn es jetzt in diesem Moment wirklich gar nicht passt, fragen Sie ihn, ob es nicht auch Zeit bis zum nächsten Tag hat, ob sie ihn dann vielleicht zurückrufen können. Nicht alle Beiträge sind nämlich unbedingt für die morgige Tageszeitung und müssen daher gleich fertig sein. Manchmal recherchiert ein Journalist auch für einen längeren und ausführlichen Beitrag und hat dafür einige Tage Zeit. Fragen Sie ihn unbedingt auch trotz aller Zeitnot, was genau er denn wissen will. Manchmal ist er auch gar nicht an der richtigen Stelle gelandet und Sie können ihn ganz schnell glücklich machen, indem Sie ihm den richtigen Kontakt vermitteln. Presseanfrage erledigt.

Also: Medienvertretern nie das Gefühl geben, dass sie lästig sind. Das gibt auf Dauer ein schlechtes Image – oder gar keins, weil man Sie einfach nicht mehr beachtet.

Bei kritischen und heiklen Fragen gilt es kühlen Kopf zu bewahren und sie so gut wie möglich wahrheitsgemäß zu beantworten. Wenn Sie sich absolut unsicher in einer Sache sind, müssen Sie entweder nachfragen und zurückrufen oder dem Medienvertreter einen anderen Gesprächspartner vermitteln. Wenn beides nicht möglich ist, gestehen Sie ein, dass Sie passen müssen. Das ist allemal besser, als am nächsten Tag mit einer völlig falschen Aussage in der Zeitung zitiert zu sein.

Wenn Sie am Telefon nach genauen Daten und Zahlen gefragt werden, ist eine schnelle schriftliche Antwort per Mail oder Fax oft der sichere Weg.

Wenn aus der telefonischen Anfrage plötzlich ein Interview wird, ist es legitim, darum zu bitten, dass man Ihnen dieses vor Abdruck zwecks „Freigabe“ nochmals zur Verfügung stellt.

„Dos and Don'ts“ im Umgang mit Journalisten

„Dos“

Sie möchten, dass Ihre Informationen bemerkt und vermerkt werden? Dann bereiten Sie sie so auf, wie Journalisten sie sich wünschen:

- Beschränken Sie sich auf wirkliche Neuigkeiten und dabei auf das Wesentliche.
- Fassen Sie sich kurz.
- Stellen Sie den Kern Ihrer Botschaft heraus.
- Versetzen Sie sich in die Lage der „Endzielgruppe“ Ihrer Nachricht: Über welche Kenntnisse verfügt diese, was muss man ihr wie erklären, damit sie Ihre Botschaft richtig verstehen und einordnen kann? Formulieren Sie entsprechend.
- Versuchen Sie aber auch gleichzeitig nach dem „FKK“-Prinzip „mediengerecht“ zu formulieren: flott, kurz, knapp.
- Halten Sie – wenn möglich – für potenzielle Nachfragen Foto- und Grafikmaterial bereit.

„Don'ts“

Sie möchten eine vertrauensvolle und wiederholte Zusammenarbeit mit Journalisten? Dann seien Sie grundsätzlich ansprechbar, laufen Journalisten aber nicht hinterher:

- Fragen Sie auf keinen Fall nach, ob Ihre Meldung angekommen ist und veröffentlicht wird. Das wirkt nicht nur unprofessionell, sondern nervt.
- Nicht auf Pressanfragen zu reagieren bzw. sich „tot stellen“ oder etwas verschleiern macht Sie uninteressant oder unglaubwürdig. Im schlimmsten Fall wittern Journalisten dahinter eine „Negativstory“.

7.5 Beispiel einer Datenschutzvereinbarung

Mit dem Thema Datenschutz bei der Arbeit von Pflegestützpunkten befasst sich im Pflegeversicherungs-gesetz § 92 c Abs. 7. Darin heißt es: „ *Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere*

- 1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,*
- 2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,*
- 3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,*
- 4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie*
- 5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.“*

Die Konsequenzen dieses Absatzes für die praktische Arbeit der Pflegestützpunkte und den dadurch notwendigen Informationsaustausch wurden regelmäßig bei den Werkstattgesprächen zwischen den Akteuren der Pilot-Pflegestützpunkte diskutiert. Dabei gab es einen Konsens darüber, dass die notwendige Datenschutzvereinbarung jeweils juristisch abgeklärt werden muss. Dieses ist jetzt bei einigen Pilot-Pflegestützpunkten, die die Arbeit als regulärer Pflegestützpunkt aufgenommen haben, geschehen. Natürlich wird das Thema Datenschutz auch im weiteren Projektverlauf der Werkstatt Pflegestützpunkte ein wichtiges Thema bleiben.

Im Folgenden wird die Datenschutzvereinbarung des Pflegestützpunktes Erkner als Beispiel gezeigt:

Datenschutzvereinbarung für den Pflegestützpunkt Erkner

§ 1 – Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Die Träger erheben, verarbeiten und nutzen Sozialdaten i. S. d. § 92 c Abs. 7 SGB XI. Die Aufgabenerledigung umfasst nach § 7 a SGB XI i. V. m. § 3 der Kooperationsvereinbarung die Beratung und Auskunft der Hilfesuchenden und ggf. die Erstellung eines Versorgungsplanes.
- (2) Die Datenschutzvereinbarung regelt die Maßnahmen zum Schutz des Sozialgeheimnisses i. S. d. § 35 SGB I bei der Erledigung der unter Abs. 1 genannten Aufgaben. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist nur im Geltungsbereich des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zulässig. Die dem Schutz der Sozialdaten dienenden Maßnahmen sind von den Trägern zu treffen.

§ 2 – Rechte und Pflichten der Träger

- (1) Für die Beurteilung der Zulässigkeit der Datenverarbeitung sowie für die Wahrnehmung der Rechte der betroffenen Hilfesuchenden ist der jeweilige Träger verantwortlich.

- (2) Lässt ein Träger Unterlagen durch Boten beim Pflegestützpunkt abholen, stattet der Träger seinen Boten mit einem schriftlichen Berechtigungsnachweis aus.
- (3) Die Träger sichern zu, dass die von ihnen getroffenen Datenschutzmaßnahmen bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten den Anforderungen des § 78 a SGB X und seiner Anlage genügen.
- (4) Die Träger sind berechtigt, die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz zu überwachen. Dazu bedienen sie sich der beteiligten Datenschutzbeauftragten.
- (5) Die Träger verpflichten sich, für die Sozialdatenverarbeitung nur Personal einzusetzen, das zur gewissenhaften Erfüllung seiner Obliegenheiten nach Maßgabe der § 5 BDSG, § 6 Bbg DSG (Datengeheimnis) unter Hinweis auf die straf- bzw. ordnungswidrigkeitsrechtlichen Folgen einer Pflichtverletzung (§ 43 BDSG; § 35 SGB I, §§ 85 und 85 a SGB X, §§ 133 Abs. 3, 203 Abs. 2, 4 und 5, 204, 353 b und § 358 StGB) und nach § 1 des Gesetzes über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen vom 02.03.1974 (BGBl I, S. 547) schriftlich auf die Geheimhaltung verpflichtet wurde.
- (6) Die Träger verwenden die personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen des vertraglich festgelegten Umfangs. Eine weitergehende Speicherung oder Verarbeitung personenbezogener Daten ist nicht zulässig. Datenträger (insbesondere die körperliche Akten bzw. Schriftstücke) sind nach Beendigung der Beratung vom Träger abzuholen. Körperliche Unterlagen von verstorbenen Versicherten werden dem jeweiligen Träger zurückgesandt.
- (7) Vom Träger gelieferte Datenträger sowie alle Dateien mit personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Aufgaben übertragenden Datenverarbeitung erstellt werden, sind von den Trägern gesichert aufzubewahren.
- (8) Die Träger unterrichten den Träger, bei dem der Pflegestützpunkt angesiedelt ist unverzüglich bei Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder Unregelmäßigkeiten bei der Speicherung oder Verarbeitung von Daten, welche den Datenschutz gefährden können, und leitet unverzüglich Schutzvorkehrungen ein.
- (9) Den Trägern wird das Recht eingeräumt,
 - a) während der Geschäftszeiten den Pflegestützpunkt zu betreten und dort datenschutzrechtliche Besichtigungen und Prüfungen vorzunehmen und
 - b) Fallunterlagen sowie gespeicherte Sozialdaten und Datenverarbeitungsprogramme betreffend ihrer Versichertendaten einzusehen, soweit es für die Überwachung des Datenschutzes erforderlich ist.

§ 3 – Haftung

- (1) Die Lagerung der Datenträger hat bis zur Vernichtung im Hinblick auf § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) in verschlossenen Behältern bzw. verschlossenen Räumen zu erfolgen.
- (2) Die Träger haften im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge schuldhaften Verhaltens gegen die Datenschutzbestimmungen und gegen diese Datenschutzvereinbarung entstehen.
- (3) Schadensersatzansprüche bleiben durch diese Regelung unberührt.

§ 4 – Inkrafttreten/Änderung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2009 in Kraft und kann nur unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen durch die Träger geändert werden.

- (2) Die Träger und ihre entsendeten Mitarbeiter verpflichten sich auch über das Ende der vertraglichen Beziehung hinaus, zur Verschwiegenheit (Datengeheimnis, Sozialgeheimnis, Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse).

7.6 Checkliste für einen Stützpunktvertrag

In Abschnitt 4.1 wurde ein Vorgehen für die Etablierung von Pflegestützpunkten auf der kommunalen Ebene vorgestellt. Das Ziel dieses Vorgehens besteht in der Unterzeichnung eines Stützpunktvertrages. Um den beteiligten Akteurinnen und Akteuren eine Diskussionsgrundlage für die Verhandlung zur Verfügung zu stellen, wird im Folgenden eine „Checkliste“ für die Inhalte eines Stützpunktvertrages präsentiert. Um den Handlungsspielraum möglichst groß zu halten, wurden mit Absicht keine starren Vorgaben in Form eines Musterstützpunktvertrages formuliert, sondern nur die Punkte, die enthalten sein sollten, stichwortartig aufgeführt.

§ 1 Gegenstand des Stützpunktvertrages

- Regelung zur Einrichtung und zum Betrieb des Pflegestützpunktes gemäß § 92 c SGB XI und § 7 a SGB XI

§ 2 Vertragspartner

- Kranken- und Pflegekassen
- Kommune
- ggf. Dritte

§ 3 Laufzeit

- Möglichkeit der Befristung

§ 4 Standort(e) des Pflegestützpunktes

- Anschrift
- Öffnungszeiten
- Telefonische Erreichbarkeit
- E-Mail-Adresse
- Sprechstunden bestimmter Ansprechpartner/innen

§ 5 Standortanforderungen

- barrierefrei/barrierearm
- ausreichende und kostenfreie Parkplätze
- Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel
- Räumlichkeiten, die ein vertrauliches Gespräch ermöglichen
- Zugriff auf Räumlichkeiten, die Informations- oder Fortbildungsveranstaltungen ermöglichen

§ 6 Zielsetzung

- Wohnortnahe Beratung
- Einbeziehung aller bestehenden Beratungs- und Koordinierungsangebote
- Benötigte Hilfs- und Unterstützungsangebote ermitteln und ggf. initiieren
- Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements

- Kostenlose Erbringung aller Leistungen des Pflegestützpunktes
- Neutralität der Leistungserbringung

§ 7 Leistungen des Pflegestützpunktes

- Leistungsbeschreibungen (siehe hierzu Abschnitt 4.2.1)

§ 8 Integration der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI

- Konzeption der Pflegeberatung
- Vorgehen in Schleswig-Holstein: Pflegeberatung ist nicht Bestandteil des Stützpunktvertrages
- Vorgehen in Rheinland-Pfalz und im Saarland: Kassenübergreifende Pflegeberatung gehört zu den Leistungen des Pflegestützpunktes
- Regelung, wie die Pflegeberatung in den Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes angeboten wird

§ 9 Verantwortungsbereiche und Prozesse

- Prozessbeschreibungen und Zuordnung von Verantwortlichkeiten

§ 10 Leitung

- Siehe hierzu Abschnitt 4.1 Eckpunkt 7 des Vorgehens zur Etablierung von Pflegestützpunkten

§ 11 Personelle Ausstattung und Qualifikation

- Anzahl
- Kompetenzen und Qualifikation
- Vertretungsregelungen

§ 12 Sachliche Ausstattung

- EDV
- Fahrzeuge
- Büroausstattung

§ 13 Haftung

- Wer haftet für entstehende Sach- oder Personenschäden?

§ 14 Finanzierung

- Personalkosten
- Sachkosten
- Betriebskosten
- Verwendung der Anschubfinanzierung
- Vorhandene Ansätze:
 1. Personalkosten über Entsendung, Sach- und Betriebskosten über Verteilungsschlüssel
 2. Land beteiligt sich anteilig an der Finanzierung

§ 15 Datenschutzbestimmungen

- Datenschutzbestimmungen festlegen
- Einwilligungserklärung

§ 16 Interne Qualitätssicherung

- Leitbild (sollte in jährlichem Aktualisierungsworkshop angepasst werden)
- Beschwerdemanagement
- Kundenbefragung

§ 16 (2) Externe Qualitätssicherung

- Überprüfung durch unabhängige Institution oder Landesbehörde
- Überprüfung auf Stützpunktebene durch die unterschiedlichen Akteure, die „Aufsichtsorgan“ bilden (oder als internes Gremium)

§ 17 Inkrafttreten und Kündigung

§ 18 Sonstiges

- Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages erfolgen schriftlich im Einvernehmen aller Vertragsparteien, die personell oder finanziell am Stützpunkt beteiligt sind
- Salvatorische Klausel

8 Anlagen

8.1 Interviewleitfaden der Einzelbesuche in den Pilot-Pflegestützpunkten

Fragen an die Initiatoren bzw. Hauptansprechpartner

1. Interne Organisation

- A Sind Zuständigkeitsbereiche innerhalb des Pilot-Pflegestützpunktes benannt und Personen bzw. Funktionen zugeordnet?
- B Wie versuchen Sie den bestehenden Beratungsbedarf (Menge, Qualität) abzuschätzen?
- C Welche Qualifikation haben die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Pilot-Pflegestützpunktes?
- D Welche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit welcher Qualifikation werden benötigt?
- E Gibt es eine Erhebung aller Hilfs- und Unterstützungsangebote in diesem Gebiet?
 - Wie wird diese Erhebung durchgeführt?
 - Wie werden die Daten dokumentiert?
 - Wer kann auf diese Daten zugreifen?
 - Wer fragt diese Daten ab?
 - Werden diese Daten aktualisiert?
- F Gibt es eine Informationsbroschüre für Hilfesuchende zu den Hilfs- und Unterstützungsangeboten?
- G Ist der Pilot-Pflegestützpunkt auf einen regional spezifischen Bedarf ausgerichtet?
- H Konnten bisher Versorgungslücken identifiziert werden?
- I Wurden bisher neue Leistungen entwickelt, z. B. neue Beratungsthemen?
- J Gibt es eine Vernetzung abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote?
- K Gibt es bereits Gespräche oder Vereinbarungen mit den Pflegekassen zur Integration der Pflegeberater oder zur Übernahme des Case Managements?
- L Können bzw. sollten aus Ihrer Sicht die Aufgaben der Erhebung und Koordinierung aller Hilfe- und Unterstützungsangebote (Care Management) und das Case Management durch eine Person durchgeführt werden?

2. Vorstrukturen und Kooperationen

- A Werden alle bestehenden Beratungs- und Koordinierungsangebote mit eingebunden?
- B Wie werden diese eingebunden (beispielsweise in den Räumlichkeiten des Pilot-Stützpunktes, durch Sprechstunden)?
- C Gibt es Vereinbarungen mit weiteren Institutionen (Ehrenamt, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste etc.)?
- D Mit welchen Institutionen bestehen Vereinbarungen?
- E Welche Inhalte haben diese Vereinbarungen?

3. Finanzierung

- A Wie hoch sind die laufenden Kosten des Pilot-Stützpunktes?
 - Sachkosten
 - Personalkosten
 - Betriebskosten
- B Sind diese Kosten neu angefallen oder basieren sie auf bereits vorhandenen Strukturen?

4. Bedeutung des Pilot-Stützpunktes beim Aufbau von Pflegestützpunkten im Bundesland

- A Gibt es bereits einen Landesrahmenvertrag zur Einrichtung von Pflegestützpunkten?
- B Wie wurde Ihr Pilot-Stützpunkt in die bisherigen Gespräche in Ihrem Land zur Errichtung von Pflegestützpunkten mit einbezogen?
- C Welche Themen bei der Errichtung von Pflegestützpunkten müssen aus Ihrer Sicht auf der Landesebene, welche auf der Ebene der einzelnen Stützpunkte behandelt werden?

5. Träger

- A Sind alle gesetzlich geforderten Träger (alle Kranken- und Pflegekassen, Kommunen) eingebunden?
- B Gibt es Verträge zwischen den Trägern, die den Betrieb des Pilot-Pflegestützpunktes regeln (Stützpunktvertrag)?

6. Qualität

- A Wie sieht das interne Qualitätsmanagement aus? Welche Instrumente werden genutzt?
- z. B. Vorschlagswesen
 - z. B. Beschwerdemanagement
- B Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen werden durchgeführt?
- C Werden eigene Kundenbefragungen durchgeführt?
- D Werden die Kooperationsbeziehungen evaluiert?
- E Nach welchen Kriterien werden Mitarbeitende ausgewählt (Anforderungsprofil)?
- F Wie wird die Qualifizierung der Mitarbeitende sichergestellt?

Fragen an die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter im Stützpunkt

7. Angebot

- A Hat Ihr Pilot-Pflegestützpunkt einen Beratungsschwerpunkt?
- B Gibt es Basisinformationen zu allen Spezialberatungsthemen?
- C Gibt es Informationsbroschüren?
- Zu welchen Themen?
 - Quelle der Broschüre (z. B. Selbsthilfegruppe)
- F Wie grenzen Sie themenbezogene Basisinformationen von einem tiefergehenden Beratungsbedarf ab?
- E Wie leiten Sie zu einer Spezialberatungsstelle über?
- Schnittstellenmanagement
 - Informationsaustausch
 - Rückkoppelung
- G Wie ist Ihr Pilot-Pflegestützpunkt erreichbar?
- H Zu welchen Zeiten ist der Pilot-Pflegestützpunkt erreichbar?
- J Case Management?
- Wer erbringt Case Management?
 - Wie sieht dieses aus?

8. Bürgerschaftliches Engagement

- A Wird durch den Pilot-Pflegestützpunkt bürgerschaftliches Engagement eingebunden, koordiniert und weiterentwickelt?

9. Neutralität

- A Wie erheben Sie den Bedarf des/der Ratsuchenden?
- Welche Assessmentinstrumente nutzen Sie?
- B Gibt es ein Instrumentarium, das den Ratsuchenden eine Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung für bestimmte Leistungen bietet (Kriterienkatalog)?
- C Haben Sie Informationen, ob die Ratsuchenden, die für die erhobenen Bedarfe benötigten Leistungen auch erhalten?

Frage an die Initiatoren bzw. Hauptansprechpartner und an die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter im Stützpunkt

10. Dokumentation

- A Was wird dokumentiert?
- B Wie wird dokumentiert?
- C Vom wem wird dokumentiert?
- D Werden die erhobenen Daten zur Generierung einer eigenen Statistik genutzt, z. B. Anzahl der Ratsuchenden oder bevorzugte Zeiten für die Kontaktaufnahme zum Pflegestützpunkt?
- E Wie stellen Sie den Datenschutz sicher?

11. Sonstiges

- A Mit welchen Problemen sind Sie ansonsten konfrontiert?
- B Welche Unterstützung wünschen Sie sich zur Weiterentwicklung Ihres Pflegestützpunktes?

8.2 Selbstdarstellung der Pilot-Pflegestützpunkte

Mit diesem Abschnitt wurde den Akteuren der Pilot-Pflegestützpunkte die Möglichkeit geschaffen, ihre Einrichtungen selbst darzustellen. Bei der Durchsicht der einzelnen Selbstdarstellungen erhält der Leser aus der Perspektive der Akteure vor Ort einen Einblick in die unterschiedlichen Herangehensweisen und Ergebnisse. Auf inhaltliche Änderungen seitens des Kuratorium Deutsche Altershilfe wurde daher bewusst verzichtet. Eine tabellarische Gesamtübersicht aller Pilot-Pflegestützpunkte, sowie Ausführungen zu Erfolgsfaktoren und noch zu bewältigenden Aufgaben wird in Kapitel 5 dargestellt.

Pilot-Pflegestützpunkt Denkendorf (Baden-Württemberg)

Die Initiatorin des Pilot-Pflegestützpunktes in Denkendorf im Landkreis Esslingen ist die Gemeinde Denkendorf. Der Zuwendungsbescheid des Bundesministeriums für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb im Juli 2008 offiziell aufgenommen.



Kontaktdaten:

Pilot-Pflegestützpunkt Denkendorf
Furtstraße 1
73770 Denkendorf

Ansprechpartnerin vor Ort:
Maria Sommer
Telefon: 07 11/34 16 80-38
Fax: 07 11/34 16 80-77
E-Mail:
pflugestuetzpunkt@denkendorf.de
Internet:
www.denkendorf.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt befindet sich im Rathaus und damit im Zentrum von Denkendorf. Dadurch ist er für Rat- und Hilfesuchende gut zu erreichen. Der Pflegestützpunkt verfügt im Erdgeschoss des Hauses über einen Raum, in dem die Beratungsgespräche stattfinden. Im Untergeschoss des Rathauses befinden sich Veranstaltungs- und Seminarräume, die für Veranstaltungen des Pflegestützpunktes genutzt werden können.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags, mittwochs, donnerstags und freitags von 8.00 bis 12.00 Uhr sowie dienstags von 7.00 bis 13.00 Uhr und montags, dienstags und donnerstags von 14.00 bis 16.00 Uhr telefonisch erreichbar. Beratungsgespräche finden nach Vereinbarung in der Arbeitszeit der kommunalen Beraterin montags bis donnerstags von 9.00 bis 12 Uhr und mittwochs

von 14.00 bis 18.00 Uhr statt. Die Beratungstermine des Pflegeberaters der AOK werden von diesem nach Bedarf flexibel vereinbart.

Konzeption

Das Angebot des Pilot-Pflegestützpunkts Denkendorf richtet sich im Schwerpunkt an ältere Menschen und deren Angehörige. Öffentlich zugänglich werden Informationen zu den Anbietern von Unterstützung und zu pflegerelevanten Themen bereitgestellt, u. a. eine neu erarbeitete Broschüre „Leben in Denkendorf – Wegweiser für Ältere“ mit allen Angeboten zu sozialer Teilhabe, bürgerschaftlichem Engagement, Hilfe und Pflege sowie wichtigen Basisinformationen. Das Beratungsspektrum des Pflegestützpunktes umfasst individuelle Beratung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie im Vor- und Umfeld von Pflege, Koordination und Vermittlung von Hilfen, sowie bei Bedarf und auf Wunsch der Betroffenen die Begleitung und Unterstützung bei der Organisation der Pflege. Darüber hinaus kann der Kontakt zu Fachdiensten, Fachberatungsstellen und Angeboten von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich Engagierten hergestellt werden. Für diese Aufgaben arbeitet im Pilot-Pflegestützpunkt eine Gerontologin, angestellt bei der Gemeinde Denkendorf. Ein Pflegeberater der AOK unterstützt die Arbeit des Pilot-Pflegestützpunktes, indem er nach Bedarf für die Pflegeberatung der AOK-Versicherten bereitsteht. Darüber hinaus gibt es für den Pilot-Pflegestützpunkt Ansprechpartner bei weiteren Kassen. Einzelfallbezogen werden Pflegeberater – sofern vorhanden – einbezogen. Das Care Management wird von der Gerontologin der Gemeinde geleistet. Schwerpunkte liegen hierbei in der Öffentlichkeitsarbeit, der Vernetzung der Angebote und der Weiterentwicklung des Bürgerschaftlichen Engagements, beispielsweise durch Gründung einer Kooperationsgemeinschaft Denkendorfer Besuchsdienste.

Hinzu kommt die Initiierung von Projekten und neuen Angeboten, beispielsweise im Rahmen einer Veranstaltungsreihe „Demenzfreundliche Kommune Denkendorf“, mit geplanter Gründung eines gerontopsychiatrischen Besuchsdienstes bzw. einer Betreuungsgruppe. Organisatorische Aufgaben über die Stützpunktebene hinaus, übernehmen eine Vertreterin des Landkreises Esslingen und der Bürgermeister.

Derzeitige Situation

In Baden-Württemberg ist geplant, zunächst 50 Pflegestützpunkte zu implementieren. Das bedeutet für den Landkreis Esslingen einen oder maximal zwei Pflegestützpunkte. Aktuell gibt es viele Kommunen im Landkreis, die einen Pflegestützpunkt einrichten möchten. Für den Pilot-Pflegestützpunkt Denkendorf gilt es jetzt, eine Rolle im derzeit im Abstimmungsprozess befindlichen Kreiskonzept zu finden.

Pilot-Pflegestützpunkt Nürnberg (Bayern)

Der Pilot-Pflegestützpunkt in Bayern befindet sich in Trägerschaft von ZAPf (Zentrale Anlaufstelle Pflege), einer GbR der Nürnberger Pflegeanbieter, unterstützt von der Stadt Nürnberg, dem Bezirk Mittelfranken und der AOK Bayern. Der Zuwendungsbescheid des Bundesministeriums für Gesundheit wurde im Dezember 2007 zunächst an deren Kooperationspartner Rummelsberger Dienste für Menschen im Alter gGmbH erteilt und ging im Juli 2008 an ZAPf über. Der Pilot-Pflegestützpunkt nahm im April 2008 offiziell seinen Betrieb auf.

Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt „Nürnberg-Südstadt“
Siebenkeesstraße 2
90459 Nürnberg

Ansprechperson vor Ort: Walburga Dietl
Telefon: 09 11/5 39 89 53
Fax: 09 11/8 01 66 26
E-Mail: info@za-pflege.de
Internet: www.za-pflege.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pflegestützpunkt befindet sich im Stadtteilzentrum „Südstadtforum Service und Soziales“ in der Nähe des Aufseßplatzes und des Hauptbahnhofs. Das Beratungsbüro liegt im Erdgeschoss und hat ebenso wie die weiteren sozialen Einrichtungen oder das Café im Haus einen behindertengerechten Zugang.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags bis freitags von 8.30 bis 14.00 Uhr und donnerstags bis 17.30 Uhr geöffnet. Rat- und Hilfesuchende können sich telefonisch beraten lassen oder persönlich im Pflegestützpunkt vorbei kommen. Hausbesuche finden nur unter eingeschränkten Bedingungen statt.

Personelle Konzeption

Im Pilot-Pflegestützpunkt Nürnberg arbeitet das multiprofessionelle Team von ZAPf, bestehend aus der Leitungskraft (Betriebswirtin, Heimleitung), die für Organisation und Vernetzung verantwortlich ist, einer Sozialpädagogin, einer Pflegefachkraft und einer Verwaltungs-Oberinspektorin der AOK Bayern. Fragen der Rat- und Hilfesuchenden zu allen Themen der Pflege und zu Hilfen im Alter beantworten alle Mitarbeitenden gleichermaßen kompetent, obgleich sie über berufsbezogene Themenschwerpunkte verfügen.

Derzeitige Situation

Das Land Bayern plant, eine Allgemeinverfügung nach der inhaltlichen Abstimmung des Landesrahmenvertrages zu erlassen. Derzeit laufen Gespräche mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren, um die Weiterentwicklung des Pilot-Pflegestützpunktes zum regulären Pflegestützpunkt nach § 92 c zu gestalten.

Pilot-Pflegestützpunkte Köpenick (Berlin)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunkts in Berlin-Köpenick ist die Koordinierungsstelle Rund ums Alter Treptow-Köpenick in Trägerschaft von Albatros e.V. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb im April 2008 offiziell aufgenommen. Der Pilot-Pflegestützpunkt in Köpenick ist im September 2009 in die Regelstruktur der Berliner Pflegestützpunkte übergegangen. Dabei wurde auch ein neuer Standort bezogen.

Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt Berlin
Spreestraße 6
12439 Berlin

Ansprechpersonen vor Ort: Beate Henschke und Susanne Gerecke
Telefon: 0 30/39 06 38 25
Fax: 0 30/39 06 38 26
E-Mail: pflugestuetspunkt.koepenick@albatrosev.de oder
kst.treptow-koepenick@albatrosev.de
Internet: www.rundumsalter.org

Lage/Räumlichkeiten

Im Kiez Niederschöneweide (Berlin Treptow) ist der Pflegestützpunkt Berlin zu finden. Seine Räumlichkeiten liegen im Erdgeschoss in den Räumen der ehemaligen Koordinierungsstelle Rund ums Alter und dem weiter bestehenden Berliner Krisendienstes.

Öffnungszeiten

Der Pflegestützpunkt Berlin bietet Dienstag und Donnerstag von 10.00 bis 16.00 Uhr offene Sprechstunden ohne Voranmeldung. Termine zu anderen Zeiten und Hausbesuche können vereinbart werden. Rat- und Hilfesuchende erreichen in der Regel montags bis freitags telefonisch eine(n) Mitarbeitende(n) des Pflegestützpunktes Berlin.

Konzeption

Der Pflegestützpunkt stellt umfassende Informationen, Informationsmaterial und eine individuelle Beratung zu den Themen Pflege, Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation, Wohnungsanpassung, Vorsorge und zu medizinischen und sozialen Fragen zur Verfügung. Außerdem vermittelt er Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Pflegeheime u. v. m. Er unterstützt auch bei der Beantragung von gesetzlichen Leistungen. Darüber hinaus wird bei Bedarf ein individueller Hilfeplan erstellt sowie die erforderlichen Hilfen vermittelt und koordiniert. Den Ratsuchenden stehen im Pilot-Pflegestützpunkt kostenfrei die Internet-Datenbank Hilfelotse www.hilfelotse-berlin.de und weitere Auskunfts- und Informationsdienste zur Verfügung.

Während der offenen Sprechstunden am Dienstag und Donnerstag bieten die Mitarbeiterinnen des Pflegestützpunktes Berlin gemeinsam mit den Pflegeberaterinnen der Kranken-/Pflegekasse des zweiten Pflegestützpunktes des Bezirkes sowie Mitarbeiterinnen des Sozialamtes gemeinsame Beratungen an.

Derzeitige Situation

In Berlin werden bis 2011 36 Pflegestützpunkte implementiert. Die zwölf bestehenden Koordinierungsstellen Rund ums Alter in freier Trägerschaften wurden im September 2009 zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt. Zu diesem Zeitpunkt wurden auch die ersten vierzehn Pflegestützpunkte der Kranken- und Pflegekassen errichtet.

So gibt es derzeit in jedem Berliner Großbezirk mindestens zwei Pflegestützpunkte.

Pilot-Pflegestützpunkte Kreuzberg (Berlin)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunkts in Berlin-Kreuzberg ist das Diakonische Werk Berlin Stadtmitte e.V. in Abstimmung mit allen Trägern der Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter, den Dachverbänden Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V., dem Paritätischen Wohlfahrtsverband-Landesverband Berlin e.V. und der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb im gleichen Monat offiziell aufgenommen. Der Pilot-Pflegestützpunkt in Kreuzberg ist im September 2009 in die Regelstruktur der Berliner Pflegestützpunkte übergegangen.



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt Berlin-Kreuzberg
Träger: Diakonisches Werk Berlin
Stadtmitte e.V.
Wilhelmstr. 115
10963 Berlin

Ansprechperson vor Ort:

Gisela Seidel

Telefon: 0 30/25 70 06 73

Fax: 0 30/25 70 08 02

E-Mail:

koordinierung@dw-stadtmitte.de

Internet:

www.dw-stadtmitte.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist im Stadtteil Kreuzberg in den Räumlichkeiten der Koordinierungsstelle Rund ums Alter Friedrichshain-Kreuzberg beheimatet und damit eingebettet in ein Familienzentrum. Unter einem Dach sind neben der Koordinierungsstelle die Sozialberatung des Trägers, das Projekt Stadtteilmütter und ein gemeinnütziges Café als Nachbarschaftstreff für Familien mit kleineren Kindern angesiedelt. Darüber hinaus werden PEKIP-Kurse (Prager-Eltern-Kind-Programm) angeboten. Es gibt eine Seidenmalgruppe, und das Tanzcafé Wilhelmine (Tanzcafé für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und deren Angehörige) wird einmal monatlich veranstaltet.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags und donnerstags von 9.00 bis 13.00 Uhr und mittwochs von 12.00 bis 16.00 Uhr geöffnet. Weitere Termine finden nach Vereinbarung statt. Außerdem werden bei Bedarf Hausbesuche durchgeführt.

Konzeption

Zu den Angeboten des Pilot-Pflegestützpunktes (seit September 2009 regulärer Pflegestützpunkt) gehören die klientenbezogenen Leistungen Information, Beratung und Pflegeberatung (Case Management). Fragenstellungen zu Pflege, (gesetzlicher) Betreuung, Wohnen, Wohnungsanpassung, Entlastung der pflegenden Angehörigen, Rehabilitation, soziale Integration, Leistungen der Gesundheits- und Sozialsysteme und Alltagsmanagement u. a. werden im Rahmen der o. g. Leistungen beantwortet. Aber auch die Suche nach einem geeigneten Pflegeheim und die Beratung zur Pflegeheimversorgung gehören zu den Themen.

Der Pilot-Pflegestützpunkt wendet sich an alle Bewohnerinnen und Bewohner in der Modellprojektregion (Kinder, Jugendliche, Erwachsene im erwerbsfähigen Alter sowie Seniorinnen und Senioren), die einen Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf haben, sowie an die Angehörigen. Die Vielfalt der Altersgruppen, die im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes leistungsberechtigt sind, führt zu dem Aspekt der Vielfalt der Bevölkerungsgruppen. Der Kreuzberger Pilot-Pflegestützpunkt ist inmitten von zwei Sozialräumen (98.000 Einwohner) angesiedelt, in denen der Anteil der Migrantinnen und Migranten bei etwa 30 Prozent liegt. Die Mitarbeiterinnen haben qualifizierende Maßnahmen hinsichtlich der „Interkulturellen Öffnung“ durchlaufen und erfüllen im Rahmen der o. g. Leistungen den gesetzlichen Auftrag des § 1 Abs. 4 a Pflege-Weiterentwicklungsgesetz:

„In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.“

Zu den Angeboten des Pilot-Pflegestützpunktes zählen darüber hinaus die Förderung von freiwilligem Engagement, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und die Weiterentwicklung der Internet-Datenbank Hilfelotse (www.hilfelotse-berlin.de). Im Rahmen des Modellprojektes wird diese Datenbank beispielsweise um die Angebote für pflegebedürftige Kinder, Jugendliche, geistig und psychisch behinderte Pflegebedürftige erweitert.

Ratsuchende können im Pilot-Pflegestützpunkt kostenfrei die Internet-Datenbank Hilfelotse und weitere Informationsdienste nutzen.

Für alle Aufgaben stehen im Pilot-Pflegestützpunkt zwei Dipl.-Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen und eine Dipl.-Pädagogin zur Verfügung, die beim Diakonischen Werk Berlin Stadtmitte e. V. angestellt sind. Eine von ihnen ist ausgebildete Arzthelferin, die andere verfügt über das Zertifikat „Zercur Geriatrie“. Die Leiterin der Koordinierungsstelle ist zertifizierte Case Managerin. Sie übernimmt für den Pilot-Pflegestützpunkt die organisatorischen Aufgaben, die Berichterstattung, die gesamte Öffentlichkeitsarbeit und die Kooperations- und Abstimmungsgespräche zur Gestaltung des Pilot- bzw. zukünftigen regulären Pflegestützpunktes.

Unterstützt werden diese Mitarbeiterinnen durch ehrenamtlich Tätige, z. B. bei der Recherche und Eingabe von Daten im Hilfelotsen, darüber hinaus beim Telefondienst, bei der Übersetzung von Informationsblättern und beim Besuchsdienst.

Derzeitige Situation

Laut Landesrahmenvertrag vom 7. Mai 2009 werden in Berlin 36 Pflegestützpunkte bis 2011 implementiert. Die zwölf bestehenden Koordinierungsstellen Rund ums Alter werden zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt und vom Land Berlin finanziert.

Die Pflegestützpunktverträge für die Koordinierungsstellen wurden am 23. September von den Trägern der Kranken- und Pflegekassen, dem Land Berlin vertreten durch die Kommune und die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und dem jeweiligen Träger der Koordinierungsstelle unterzeichnet.

Die Verträge sehen vor, dass die ehemalige Koordinierungsstelle Friedrichshain-Kreuzberg (eKST) als regulärer Pflegestützpunkt mit den Pflegestützpunkten des vdek (Verband der Ersatzkassen) und der AOK Berlin auf Bezirksebene kooperieren. D. h. es kommt zu einem Personalaustausch. Die eKST entsendet zeitgleich zu ihren eigenen Sprechzeiten jeweils eine Mitarbeiterin in den vdek- und AOK-Stützpunkt, um dort die Aufgaben eines Pflegestützpunktes zu erfüllen. Im Gegenzug entsendet der vdek eine/n Pflegeberater/-in in die eKST.

Ab der ersten November-Woche 2009 wird die eKST damit personell in drei verschiedenen Stützpunkten tätig sein.

Pilot-Pflegestützpunkt Erkner (Brandenburg)

Der Pilot-Pflegestützpunkt in Erkner ist aus einem von vier Anlauf- und Beratungszentren (ABC-Stelle) des Landkreises Oder-Spree hervorgegangen und versorgt im Landkreis Oder-Spree den Sozialraum Erkner (Stadt Erkner, Gemeinde Woltersdorf, Gemeinde Schöneiche bei Berlin, Gemeinde Grünheide (Mark), Amt Spreenhagen). Der AWO Kreisverband Fürstenwalde e.V. führt im Auftrag des Landkreises Oder-Spree die Sozialberatung durch. Mit der Errichtung des Pflegestützpunktes Erkner ist seitens der Verbände der Pflegekassen im Land Brandenburg die AOK Brandenburg beauftragt. Die Pflegeberatung führt eine Pflegefachkraft der errichtungsbeauftragten Pflegekasse, der AOK Brandenburg, durch. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb im Mai 2008 offiziell aufgenommen.

Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt Erkner
Neu Zittauer Str. 15
15 537 Erkner

Ansprechpersonen vor Ort:

Sozialberaterin Stefanie Siewert, Pflegeberaterin Pia Lehmann
Telefon: 0 33 62/29 98 52
Fax: 0 33 62/29 98 51

E-Mail: awo.abc-stelle@ewetel.net

Internet: www.awo-fuerstenwalde.de, www.landkreis-oder-spree.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pflegestützpunkt Erkner verfügt über zwei Beratungsräume und insgesamt drei Beraterplätze (Sozialberatung, Pflegeberatung und Selbsthilfeberatung). Es steht ein Gruppenraum zur Nutzung von Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Des Weiteren wird der Gruppenraum für einen festgelegten Zeitraum von drei Stunden täglich als Kontaktcafé genutzt. Die Räumlichkeiten haben einen barrierefreien, behindertengerechten Eingang und Sanitärbereich.

Der Pflegestützpunkt weist eine gute Anbindung an den ÖPNV auf (Bushaltestelle liegt direkt vor der Tür) und verfügt über Parkmöglichkeiten in der Nähe des Eingangsbereiches. Er liegt gut einsehbar an einer vielbefahrenen Straße nahe einem Wohngebiet, das vorwiegend von Personen aus der Zielgruppe des Pflegestützpunktes bewohnt wird. Des Weiteren befindet sich in der direkten Umgebung eine Schule.

Öffnungszeiten

Der Pflegestützpunkt ist montags, mittwochs und freitags von 9.00 bis 12.00 Uhr geöffnet. Zudem dienstags und donnerstags von 15.00 bis 18.00 Uhr und samstags nach Vereinbarung.

Außerhalb der Öffnungszeiten können individuelle Termine vereinbart werden.

Konzeption

Das Beratungsangebot des Pflegestützpunktes Erkner umfasst die Ebenen des Einzelfalls und des Systems. Die Ebene des Einzelfalls unterteilt sich je nach Intensität des Beratungsbedarfes in die Erstberatung, Grundberatung und das Fallmanagement.

Personell ist der Pflegestützpunkt in der Sozialberatung mit einer Sozialarbeiterin und in der Pflegeberatung mit einer Pflegefachkraft (Krankenschwester) besetzt. Die Pflegeberaterin und die Sozialberaterin sind auf der Ebene des Einzelfalls für die Erst- und Grundberatung gleichermaßen zuständig. Das Fallmanagement liegt in der Verantwortung der Pflegeberaterin. Sie ist für die Fallführung zuständig und tritt in der Fallberatung als Expertin im Bereich des SGB V und XI auf. Als Fallführer liegt es in ihrer Verantwortung, Fachleute weiterer Sozialgesetzbücher, wie z. B. SGB II, einzubeziehen. Der Sozialberater tritt als Experte für die Sozialgesetzbücher I–XII (exkl. V und XI) auf. Bei Bedarf werden externe Fachpersonen, wie zum Beispiel die Schuldnerberatung, in die Versorgung eines Klienten einbezogen.

Im Bereich des Systemmanagements trägt die Sozialberatung mit Unterstützung der Sozialplanung des Landkreises und Ansprechpartnern auf Seiten der Pflegekasse die Verantwortung in der Vernetzung der relevanten Versorgungsangebote vor Ort.

Die zentrale Steuerung des Pflegestützpunktes in konzeptionellen und organisatorischen Fragestellung erfolgt durch ein Lenkungsgremium. Dieses ist paritätisch aus Mitarbeitenden des Landkreises Oder-Spree, der errichtungsbeauftragten Pflege- und Krankenkasse, der AOK Brandenburg, und der AWO Fürstenwalde besetzt.

Des Weiteren befindet sich am Standort die Selbsthilfekontaktstelle. Die Mitarbeiterin berät Klienten über bestehende Selbsthilfestrukturen im Sozialraum und unterstützt Interessierte bei der Gründung von Selbsthilfegruppen durch Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur (Räumlichkeiten).

Derzeitige Situation

Das Land Brandenburg hat zum aktuellen Zeitpunkt sechs Pflegestützpunkte eröffnet (Stand: November 2009). Der Pilot-Pflegestützpunkt Erkner hat einen Errichtungsbescheid erhalten und ist damit regulärer Pflegestützpunkt im Sinne des § 92 c SGB XI.

Pilot-Pflegestützpunkt Hamburg (Hamburg)

Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes Hamburg sind das Land (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz), die Landesverbände der Pflegekassen und die Anbieterverbände der Pflege, vertreten durch die Hamburgische Pflegegesellschaft e.V. Hierbei handelt sich um einen Dachverband, dem etwa 98 Prozent aller Anbieterverbände angehören. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb offiziell im Mai 2008 aufgenommen.



Derzeitige Situation

Der Pilot-Pflegestützpunkt in Hamburg ist im Juli 2009 in den regulären Pflegestützpunkt Hamburg Mitte überführt worden:

Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte
Besenbinderhof 41 (im Gesundheitsamt)
20097 Hamburg

Pilot-Pflegestützpunkt Gladenbach (Hessen)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Gladenbach ist der Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Stabsstelle Altenhilfe. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb am 21. April 2008 aufgenommen.

Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt
Wilhelmstraße 2
35075 Gladenbach

Ansprechperson vor Ort: Diana Gillmann
Telefon: 0 64 62/65 58
Fax: 0 64 62/4 03 00
E-Mail: pflegestuuetzpunkt-gladenbach@web.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist im Ortszentrum von Gladenbach angesiedelt.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags und mittwochs von 9.00 bis 11.00 Uhr und donnerstags von 14.00 bis 16.00 Uhr geöffnet. Außerhalb der Öffnungszeiten ist eine Kontaktaufnahme über ein Mobiltelefon möglich.

Konzeption

Aufgaben des Pflegestützpunktes:

1. Umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten.
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Unterstützungsangebote einschließlich Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen.
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.
4. Der Beratungsschwerpunkt liegt unter anderem im Bereich Demenz und psychosozialer Begleitung.

Für diese Aufgaben steht eine Diplom-Sozialarbeiterin mit einer Weiterbildung Case Management (DGCC) und einer Basisqualifikation in der Gerontopsychiatrie zur Verfügung.

Derzeitige Situation

Das Land Hessen hat eine Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten erlassen. Die Erfahrungen des Pilot-Pflegestützpunktes fließen in den Prozess zur Implementierung von Pflegestützpunkten ein.

Pilot-Pflegestützpunkt Wismar (Mecklenburg-Vorpommern)

Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Wismar ist der AWO-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb im Mai 2008 offiziell aufgenommen. Inzwischen hat die AOK Mecklenburg-Vorpommern die Trägerschaft zusammen mit der Hansestadt Wismar übernommen.



Pflegestützpunkt Wismar
Lübsche Str. 148
Burgwallcenter, 3. Obergeschoss links
23966 Wismar

Telefon: 03841 738150
Fax: 03841 738155
Mail: hwk@psp-mv.de
www.psp-mv.de

Wir sind für Sie da:
Montag/Dienstag
08.00 Uhr bis 12.00 Uhr
Mittwoch
geschlossen
Donnerstag
08.00 Uhr bis 12.00 Uhr und
14.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Freitag
08.00 Uhr bis 12.00 Uhr
Termine sind auch telefonisch vereinbar

Anfahrtskizze



Pflegestützpunkt

- Informations- und Anlaufstelle bei Fragen zum Thema Pflege
- Begleitung der Versorgung und Betreuung
- Unterstützung individueller Pflegearrangements

HANSESTADT WISMAR



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt Wismar
– Im Ärztehaus im Burgwallcenter –
Lübsche Str. 148
23966 Wismar

Telefon: 03841/73 81 56

Fax: 03841/73 81 55

E-Mail: service@mv.aok.de oder hwi@psp-mv.de

Internet: www.psp-mv.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt liegt zentral in Wismar im Ärztehaus im Burgwallcenter, 3. Obergeschoss links.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt Wismar ist montags, dienstags, donnerstags und freitags von 8.00 bis 12.00 Uhr und donnerstags von 14.00 bis 18.00 Uhr erreichbar. Mittwochs finden Termine nach Vereinbarung statt.

Konzeption

Zum Angebot gehören Information und Beratung rund um das Thema Pflege, Beratung und Unterstützung bei Antragsverfahren sowie bei der Suche und Auswahl geeigneter Dienste und pflegerischer Versorgungsangebote, Unterstützung des Kontakts mit pflegerischen und Pflege ergänzenden Diensten sowie anderen Versorgungsangeboten, Planung und Organisation der individuellen Versorgung, Beitrag zur Sicherung der fortlaufenden Versorgung, Begleitung bei Pflegebedürftigkeit und Krankheit, Organisation von Alltagsbegleitung, Beratung zur Förderung der Wohnraumanpassung und Information über Rechtsansprüche von Pflegepersonen. Für diese Aufgaben steht eine Mitarbeiterin der AOK Mecklenburg-Vorpommern mit der Qualifikation Sozialversicherungsfachangestellte zur Verfügung.

Derzeitige Situation

In Mecklenburg-Vorpommern wird in den nächsten Wochen eine Allgemeinverfügung erwartet. Dabei soll auch der Pilot-Pflegestützpunkt in Wismar regulärer Pflegestützpunkt werden.

Pilot-Pflegestützpunkt Langenhagen (Niedersachsen)

Träger und Projektnehmer des Pilot-Pflegestützpunktes am Markt in Langenhagen ist die Region Hannover. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im Dezember 2007 erteilt. Der Pilot-Pflegestützpunkt wurde im April 2008 offiziell eröffnet.



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt am Markt
Marktplatz 2
30853 Langenhagen

Ansprechperson vor Ort:

Dorit Ingresso

Telefon: 05 11/5 90 42 18 oder
05 11/61 62 28 56

Fax: 05 11/61 61 12 37 70

E-Mail: Dorit.Ingresso@
Region-Hannover.de

E-Mail: info@pflegestuetspunkt-am-Markt.de, leitung@pflegestuetspunkt-am-Markt.de

Internet: www.pflegestuetspunkt-am-Markt.de, www.pflegestuetspunkt-langenhagen.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt liegt direkt am Markt von Langenhagen. Zu seinen Räumlichkeiten zählen zwei Beratungszimmer, ein Konferenzraum, der auch für Vorträge und Seminare genutzt wird, sowie ein Empfangsbereich mit einer kleinen Küchenzeile und Sanitärräume.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist dienstags von 10.00 bis 14.00 Uhr und donnerstags von 14.00 bis 18.00 Uhr geöffnet.

Konzeption

Es wird eine Basisberatung zu den Themenbereichen ambulante und stationäre Pflege, ambulante gerontopsychiatrische Pflege sowie Hilfe zur Pflege gemäß SGB XII angeboten. Darüber hinaus finden regelmäßig Fachberatungen zu folgenden Themen statt:

- Muttersprachliche Beratung in polnischer Sprache
- Begleitung von Demenzkranken durch Ehrenamtliche
- Betreuungsangelegenheiten = eine Sprechstunde seit Januar 2009 und Fachvorträge
- Wohnberatung ist zwar vorgesehen kann aber z. Zt. nicht angeboten werden, da die Stelle des Wohnberaters unbesetzt ist.
- Diabetikerberatung
- Palliativpflege

Derzeitige Situation

Aufgrund einer erfolgreich abgeschlossenen Rahmenvereinbarung auf Landesebene ist davon auszugehen, dass der Pilot-Pflegestützpunkt in Langenhagen zeitnah regulärer Pflegestützpunkt wird. Notwendige Änderungen, insbesondere eine Ausweitung der Öffnungszeiten auf 30 Stunden, werden derzeit in die Wege geleitet.

Pilot-Pflegestützpunkt Moers (Nordrhein-Westfalen)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Moers ist die Knappschaft, Kranken- und Pflegekasse. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im Dezember 2007 erteilt und der Betrieb im September 2008 offiziell aufgenommen.



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt Moers
Homberger Straße 22
47441 Moers

Telefon: 0 28 41/17 31 40

Fax: 0 28 41/1 73 14 15

E-Mail:

pflegestuetzpunkt@pspmoers.de

Internet: www.knappschaft.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt liegt im Zentrum von Moers innerhalb eines Einkaufszentrums in der zweiten Etage. Er ist gleichermaßen barrierefrei gestaltet und erreichbar. Ein auch für Rollstühle geeigneter Aufzug steht zur Verfügung. Zu seinen Räumlichkeiten gehören ein Vorraum mit Rezeption, drei Beratungszimmer, eine kleine Küche, ein Lagerraum und Sanitärräume einschließlich behindertengerechter Toilette.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags bis mittwochs von 9.00 bis 16.00 Uhr, donnerstags von 9.00 bis 18.00 Uhr und freitags von 9.00 bis 16.00 Uhr geöffnet.

Konzeption

Der Pilot-Pflegestützpunkt Moers ist eine zentrale Anlaufstelle für Rat- und Hilfesuchende, in der qualifizierte Mitarbeitende umfassend und wettbewerbsneutral über alle pflegerischen, medizinischen und sozialen Rechte und Pflichten informieren und Hilfestellung geben bei der Auswahl und Inanspruchnahme sozialer Leistungen. Weitere Kooperationspartner sind die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, die Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Rhein-Ruhr sowie die DAK Unternehmen Leben, die IKK Nordrhein und die Landwirtschaftliche Pflege-/Krankenkasse NRW, die ihre Mitarbeitenden nach einem festgelegten Modus in den Pilot-Pflegestützpunkt entsenden.

Derzeitige Situation

Für das Land Nordrhein-Westfalen wurde eine Landesrahmenvereinbarung mit allen beteiligten Parteien abgestimmt. Zwischenzeitlich wurde die Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in NRW im Ministerialblatt am 05.06.2009 veröffentlicht. Der Pilot-Pflegestützpunkt Moers befindet sich derzeit in Gesprächen mit der Kommune Moers und dem Kreis Wesel zur Realisierung eines Stützpunktvertrages.

Pilot-Pflegestützpunkt Mönchengladbach (Nordrhein-Westfalen)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Mönchengladbach ist die Kommune, Fachbereich Altenhilfe. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im Dezember 2007 erteilt und der Betrieb im Januar 2008 offiziell aufgenommen.



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkte
in Mönchengladbach
Zentrale: Fachbereich Altenhilfe
Fliethstr. 86–88
41061 Mönchengladbach

Ansprechpersonen in der Zentrale:
Ruth Stieglitz, Projektleiterin; An-
gelika Noll, Leiterin des Stützpunk-
tes Fliethstraße; Frau Ikemefuna,
Frau Ordegel, Frau Trachim, Frau
Schürings, Herr Heese, Herr Lenz,
Pflege- und Wohnberatung

Telefon: 0 21 61/25 67 25-29 und 0 21 61/25 67 16

Fax: 0 21 61/25 67 47

E-Mail: [beratungsstelle-pflegen-und-wohnen\[at\]moenchengladbach.de](mailto:beratungsstelle-pflegen-und-wohnen[at]moenchengladbach.de)

Internet: www.pflege-mg.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt liegt in der Innenstadt von Mönchengladbach. Er ist im selben Gebäude wie der Fachbereich Altenhilfe untergebracht und verfügt über drei Beratungs- und ein großes Sitzungszimmer. Desweiteren gibt es 13 Außenstellen, die als Satelliten – verteilt über das gesamte Stadtgebiet – des zentralen Stützpunktes fungieren. Die Außenstellen sind ca. 2 Stunden in der Woche besetzt, es ist aber auch möglich, Termine oder Hausbesuche zu anderen Zeiten zu vereinbaren.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags bis donnerstags von 8.30 bis 11.00 Uhr über das Service-Telefon erreichbar. Darüber hinaus können Weitere Termine für Beratungsgespräche, u. a. auch Hausbesuche, vereinbart werden.

Konzeption

Das Mönchengladbacher Modell hält einen zentralen Pflegestützpunkt im Fachbereich Altenhilfe sowie in den einzelnen Quartieren 13 sogenannte Außenstellen vor. Die Beratung, auch Wohnberatung wird von fünf Sozialarbeitern und einer Pflegefachkraft sowie einem Bautechniker des Fachbereiches Soziales und Wohnen (mit 13 Std.) übernommen.

Dezentral findet in den Außenstellen Psychosoziale Beratung statt; sie wird von Dipl.Sozialarbeitern, die bei freien Trägern angestellt sind und über kommunale Leistungsvereinbarungen gefördert werden, wahrgenommen.

Die Erarbeitung von Konzepten obliegen dem Fachbereichsleiter (Diplom-Verwaltungswirt), der Projektleiterin (Diplom-Sozialpädagogin, Gerontologin) und der Leiterin des Pilot-Pflegestützpunktes (Diplom-Sozialarbeiterin).

Derzeitige Situation

Für das Land Nordrhein-Westfalen wurde eine Landesrahmenvereinbarung mit allen beteiligten Akteuren abgestimmt. Der Pilot-Pflegestützpunkt Mönchengladbach befindet sich derzeit in konstruktiven Gesprächen mit den Kranken- und Pflegekassen zur Realisierung eines Stützpunktvertrages. Basis hierfür ist u. a. die bereits vorhandene und von allen Beteiligten unterschriebene Zielvereinbarung.

Pilot-Pflegestützpunkt Ingelheim (Rheinland-Pfalz)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Ingelheim ist die VdAK/AEV- Landesvertretung Rheinland-Pfalz. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im Dezember 2007 erteilt und der Betrieb im März 2008 offiziell aufgenommen.



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt Ingelheim
am Rhein
Mathias-Grünewald-Str. 15
55218 Ingelheim

Ansprechpersonen vor Ort:

Christine Jacobi-Becker
Telefon: 0 61 32/71 67 00
Fax: 0 61 32/71 98 82
E-Mail: beko-ingelheim@web.de
Irina Langensiepen
Telefon: 0 61 32/43 36 28
Fax: 0 61 32/71 98 82
E-Mail: langensiepen@
pflege-stuetzpunkt.net
Internet: Web-Seite z. Zt. im Aufbau

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt Ingelheim befindet sich im ortsansässigen Mehrgenerationenhaus.

Öffnungszeiten

Büro- und Sprechzeiten des Pflegestützpunktes sind montags bis freitags von 8.30 bis 13.30 Uhr. Hausbesuche finden nach Vereinbarung statt.

Konzeption des Pflegestützpunktes

Der Pflegestützpunkt Ingelheim verfolgt das Konzept der integrierten Beratung, d. h. Sozialberatung und Pflegeberatung finden im Stützpunkt statt. Der individuelle Versorgungsbedarf der Hilfesuchenden wird ermittelt und entsprechende Unterstützung initiiert.

Zum Leistungsspektrum gehören Informationen über wichtige medizinische, pflegerische und andere Dienste in der Region, qualifizierte Angebote der Kinderkrankenpflege sowie palliative Versorgung, Alltagshilfen, Leistungs- und Finanzhilfen, Hilfe zur Wohnraumanpassung, Angebote der Selbst- und Nachbarschaftshilfe und Versorgungsangebote. Außerdem wird individuell zu den Themen rund um Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beraten. Für diese Aufgaben stehen im Pilot-Pflegestützpunkt eine Diplom-Sozialarbeiterin und eine Diplom-Berufspädagogin für Gesundheitsberufe, die gleichzeitig auch Krankenschwester und Case Managerin ist, zur Verfügung.

Derzeitige Situation

Rheinland-Pfalz war das erste Bundesland, das eine Allgemeinverfügung für die Errichtung von Pflegestützpunkten erlassen hat. Der Stützpunktvertrag für den Pilot-Pflegestützpunkt in Ingelheim befindet sich derzeit im Unterzeichnungsverfahren.

Pilot-Pflegestützpunkt im Landkreis St. Wendel (Saarland)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in St. Wendel ist die vdek-Landesvertretung Saarland. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im Januar 2007 erteilt und der Betrieb im März 2008 offiziell aufgenommen.

Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt St. Wendel
Mommstraße 27 (Gebäude J)
66606 St. Wendel

Ansprechpersonen vor Ort:

Margarethe Klein
Telefon: 0 68 51/801-524
Fax: 0 68 51/801-520
E-Mail: m.klein@lkwnd.de

Judith Federkeil
Telefon: 0 68 51/801-414
Fax: 0 68 51/801-409
E-Mail: j.federkeil@pflege-stuetzpunkt.net

Sabine Fuchs
Telefon: 0 68 51/801-421
Fax: 0 68 51/801-520
E-Mail: s.fuchs@lkwnd.de

Magdalena Baspinar-Görlinger
Telefon: 0 68 51/801-413
Fax: 0 68 51/801-409
E-Mail: m.baspinar-goerlinger@pflugestuetzpunkt.net

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt liegt in Bahnhofsnähe und verfügt über fünf Büroräume, die barrierefrei erreichen werden können, zwei Warteräume und Sanitäranlagen. Die Sitzungssäle des Landratsamtes können für Veranstaltungen genutzt werden.

Öffnungszeiten

Die telefonische Servicezeit des Pilot-Pflegestützpunktes ist von montags bis donnerstags von 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.30 bis 15.00 Uhr, freitags von 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 15.00 Uhr. Beratungstermine finden nach Vereinbarung statt.

Konzeption

Der Pflegestützpunkt St. Wendel verfolgt das Konzept der integrierten Beratung. Er arbeitet nach der professionsübergreifenden Methode Case Management. Dieses ist als ein kooperativer Prozess zu verstehen, innerhalb dessen Versorgungsaufgaben und Dienstleistungen eruiert, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden. Der individuelle Versorgungsbedarf der Hilfesuchenden wird ermittelt und entsprechend Unterstützung initiiert. Dabei bildet eine enge und empathische Beziehung zu den Klientinnen und Klienten die Grundlage für jede Art von Fallbegleitung. Für diese Aufgaben stehen eine Sozialarbeiterin, eine Sozialpädagogin und zwei Krankenschwestern (eine mit der Zusatzausbildung Case Management) zur Verfügung. Die Arbeit wird durch eine Verwaltungsangestellte in Teilzeit unterstützt.

Derzeitige Situation

Die Allgemeinverfügung zur Errichtung von Pflegestützpunkten ist am 14.08.2008 in Kraft getreten. Im Saarland sind ab August 2009 acht Pflegestützpunkte errichtet. Damit wurde die Zielsetzung der Vertragspartner erreicht.

Pilot-Pflegestützpunkt Plauen (Sachsen)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Plauen ist das Diakonische Werk - Stadtmission Plauen e.V. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb im gleichen Monat offiziell aufgenommen.

Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt – Diakonie-Beratungszentrum Soziale Beratung & Hilfe
– Im Mehrgenerationenhaus Plauen –
Albertplatz 12
08523 Plauen

Ansprechperson vor Ort: Silke Schwabe und Herr Seifert
Telefon: 0 37 41/15 39 35, 0 37 41/22 04 55
Fax: 0 37 41/14 85 45
E-Mail: info@diakonie-plauen.de
Internet: www.diakonie-plauen.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pflegestützpunkt befindet sich im Gebäude des Mehrgenerationenhauses in Plauen in unmittelbarer Nähe des Stadtzentrums. Ca. 300 m vom Oberen Bahnhof entfernt und direkt an Bus- und Straßenbahnhaltestellen gelegen, ist die Der Pilot-Pflegestützpunkt gut erreichbar. Das Gebäude ist behindertengerecht ausgestattet, so dass auch Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer ungehindert den Pflegestützpunkt besuchen können.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags von 10.00 bis 12.00 Uhr, dienstags von 10.00 bis 12.00 Uhr und 14.00 bis 17.00 Uhr, mittwochs von 17.00 bis 19.00 Uhr, donnerstags von 10.00 bis 12.00 Uhr und freitags von 10.00 bis 12.00 Uhr geöffnet. Weitere Termine und Hausbesuche finden nach Vereinbarung statt.

Konzeption

Rat- und Hilfesuchende erhalten Informationen und Beratung zu aktuellen Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung, zum Einsatz von Hilfsmitteln, Wohnraumanpassung, Versorgungsmöglichkeiten, Pflegeeinrichtungen, Hilfsangeboten für pflegende Angehörige, gesetzliche Betreuung, Selbsthilfegruppen und Essen auf Rädern. Für diese Aufgaben stehen im Pilot-Pflegestützpunkt eine Sozialberaterin (in Ausbildung als Case Managerin) und ein Dipl.-Sozialarbeiter zur Verfügung. Die Leiterin des Pilot-Pflegestützpunktes ist Dipl.-Betriebswirtin (BA) im Gesundheitsmanagement und für organisatorische Aufgaben zuständig.

Derzeitige Situation

In Sachsen werden nach jetzigem Stand keine Pflegestützpunkte eingerichtet. Der Freistaat möchte ein Internetportal einrichten, in dem Pflegeeinrichtungen und Beratungsangebote eingestellt sind und genutzt werden können. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sieht er keine Notwendigkeit einer ortsnahe Betreuung und Begleitung außerhalb bestehender Angebote. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen den Pflege- und Krankenkassen und dem Freistaat ist in Vorbereitung. Das Portal soll spätestens Anfang des 2. Halbjahres 2009 „ans Netz gehen“. Im Vogtlandkreis ist die Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten durch ein Netz von Pflegeberatungsstellen im Aufbau. Diese arbeiten zentral bzw. dezentral. In der Stadt Auerbach wurden einzelne zentrale Pflegeberatungsstellen eingerichtet, die trägerübergreifend geführt werden und anteilig Aufgaben nach § 7 a und § 92 c übernehmen. In anderen Regionen des Vogtlandkreises werden dezentrale Pflegeberatungsstellen eingerichtet, die bei unterschiedlichen Trägern – insbesondere in der Alten- und Behindertenhilfe – angesiedelt sind. Eine Kooperationsvereinbarung wird zwischen den Trägern und dem Vogtlandkreis abgeschlossen; diese dient dazu, die Arbeit zu koordinieren und gegenüber dem Vogtlandkreis zu verantworten. Die durch die Diakonie Plauen erarbeiteten statistischen und konzeptionellen Unterlagen werden von den Pflegeberatungsstellen inhaltlich und zur statistischen Erfassung genutzt. Der Pflegestützpunkt fungiert dabei als übergeordneter Träger der Pflegeberatungsstellen.

Pilot-Pflegestützpunkt Hettstedt (Sachsen-Anhalt)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Hettstedt ist die TIBP GmbH. Kooperationspartner ist der Verein „Alter hat Zukunft“. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erlassen und der Betrieb im Mai 2008 offiziell aufgenommen.

Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt/Alter hat Zukunft
Rathaus Hettstedt
Markt 1–3
06333 Hettstedt

Ansprechperson vor Ort: Anke Weinreich
Telefon: 0 34 76/85 75 92, Servicetelefon: 0 34 76/5 59 95 55
Fax: 0 34 76/85 75 94
E-Mail: pflegestuetspunkt@alter-hat-zukunft.org
Internet: www.alter-hat-zukunft.org

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt liegt zentral am Marktplatz im Rathaus. Dort stehen drei Räume zur Verfügung, die sowohl Beratung in geschützter Atmosphäre als auch Platz für Besprechungen bieten.

Öffnungszeiten

Die Sprechzeiten sind dienstags von 8.30 bis 12.00 Uhr und von 13.00 bis 16.00 Uhr sowie donnerstags von 8.30 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 17.00 Uhr.

Beratungstermine werden für montags und mittwochs von 8.30 bis 12.00 Uhr und von 13.00 bis 15.00 Uhr, freitags von 8.30 bis 12.00 Uhr vereinbart. Hausbesuche finden nach Vereinbarung statt.

Konzeption

Der Pilot-Pflegestützpunkt Hettstedt konnte auf keine bestehende Beratungsstelle zurückgreifen, sondern wurde neu konzipiert und aufgebaut.

Zum Leistungsspektrum gehört die Beratung für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige. Außerdem Information über Angebote in und um Hettstedt, finanzielle Hilfen, geeignete Dienstleistungen, Hilfsmittel und Wohnraumanpassung sowie Unterstützung bei Demenzerkrankung. Hinzu kommen noch Unterstützung bei der Antragstellung, Kontaktaufnahme zu geeigneten Anbietern, Organisation der häuslichen Pflege, Wohnraumanpassung und Hilfe zur Selbsthilfe. Für diese Aufgaben stehen im Pilot-Pflegestützpunkt eine examinierte Pflegedienstleiterin/Case Managerin und eine Bürokauffrau zur Verfügung.

Derzeitige Situation

Das Land Sachsen-Anhalt plant derzeit keine Pflegestützpunkte zu errichten. Zurzeit wird modellhaft eine „vernetzte Pflegeberatung“ erprobt. Die Akteurinnen und Akteure des Pilot-Pflegestützpunktes befinden sich in intensiven Gesprächen mit einigen Kassen und Kommunen sowie dem Land, um eine Kooperation zur Weiterführung des Stützpunktes zu vereinbaren.

Pilot-Pflegestützpunkt Flensburg (Schleswig-Holstein)

Der Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes in Engelsby ist die Stadt Flensburg, Fachbereich Jugend, Soziales, Gesundheit, Besondere soziale Leistungen/Fachstelle für Senioren. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im Dezember 2007 erteilt und der Betrieb im Juli 2008 offiziell aufgenommen.

Die Stadt Flensburg bietet aufgrund ihrer bereits vor Jahren eingeleiteten und umgesetzten strukturellen, organisatorischen und personellen Maßnahmen alle Voraussetzungen, um den Anforderungen eines Pilot-Pflegestützpunktes Rechnung zu tragen. Seit der Bewerbung der Stadt Flensburg sind das vorhandene Betreuungs- und Versorgungsnetz sowie die funktionierenden Angebots-, Vernetzungs-, und Organisations-/Kooperationsstrukturen mit den Beteiligten vor Ort weiter gestärkt und punktuell weiterentwickelt worden.



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt
„Altes Heizwerk“ Engelsby
Mozartstr. 36 a
24943 Flensburg

Ansprechpersonen vor Ort:
Silke Miethe und Elke Brandt
Telefon: 04 61/88 99 91 89
E-Mail:
miethe.silke@stadt.flensburg.de,
brandt.elke@stadt.flensburg.de
Internet: Web-Seite z. Zt. im Aufbau

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt „Altes Heizwerk“ liegt im Stadtteil Engelsby. Der Pflegestützpunkt wirkt mit der Vernetzung des bestehenden Senioren-Servicebüros und des Stadtteilcafés quartiersnah für die Stadtteile Engelsby, Fruerlund und Sandberg. Durch die Verortung mitten im Stadtteil ist der Pflegestützpunkt sehr gut fußläufig zu erreichen. Eine Haltestelle für den öffentlichen Personennahverkehr befindet sich in unmittelbarer Nähe des Pflegestützpunktes. Parkplätze be-

finden sich direkt vor dem Haus. Der Zugang zum Stützpunkt ist barrierefrei. Ein Schaukasten an der Straßenzeile und eine weitere Hinweistafel führen Besucherinnen und Besucher in den Pflegestützpunkt.

Der Stützpunkt verfügt über

- einen Warteraum
- einen Beratungs- und Veranstaltungsraum mit Büro- und Technikausstattung und entsprechender Ausstattung auch für Gruppenangebote
- eine Küchenzeile mit entsprechender Ausstattung für Veranstaltungen
- einen seniorengerechten WC-Bereich

Der Hauptpflegestützpunkt wird durch dezentrale, quartiersbezogene und wohnortnahe Angebote komplettiert.

Öffnungszeiten des Pflegestützpunktes:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Altes Heizwerk Engelsby*	Telefonische Erreichbarkeit: 8.30–12 Uhr 14–16.30 Uhr	Präsenzzeit vor Ort: 9–12.30 Uhr Telefonische Erreichbarkeit: 14–16.30 Uhr	Telefonische Erreichbarkeit: 8.30–12 Uhr 14–16.30 Uhr	Telefonische Erreichbarkeit: 8.30–12 Uhr 14–17.30 Uhr	Telefonische Erreichbarkeit: 8.30–12 Uhr
Rathaus*	Präsenzzeit vor Ort: 8.30–12 Uhr Telefonische Erreichbarkeit: 14–16.30 Uhr	Telefonische Erreichbarkeit: 8.30–12 Uhr 14–16.30 Uhr	Telefonische Erreichbarkeit: 8.30–12 Uhr 14–16.30 Uhr	Präsenzzeit vor Ort: 8.30–12 Uhr 14–17.30 Uhr	Präsenzzeit vor Ort: 8.30–12 Uhr
Nachbarschaftszentrum Mürwik*	Verweis auf Rathaus oder Engelsby	Präsenzzeit vor Ort: 1 x monatlich 14–16.30 Uhr	Verweis auf Rathaus oder Engelsby	Verweis auf Rathaus oder Engelsby	Verweis auf Rathaus oder Engelsby

* angegeben sind die fixen Präsenzzeiten, darüber hinaus finden Termine (Beratung, Hausbesuche) nach Vereinbarung statt

Konzeption

Der Pilot-Pflegestützpunkt bietet allen Bürgerinnen und Bürgern Informationen zur Pflegeversicherung, zu Versorgungsmöglichkeiten, zu Leistungsansprüchen, zu Anbietern und zu Kosten bei Hilfe- und Pflegebedarf. Er leistet Unterstützung und Beratung in schwierigen Pflegesituationen.

Insbesondere für ältere Menschen, Pflegebedürftige und Angehörige werden in Hinblick auf die Auswahl des geeigneten Betreuungs- und Pflegeangebotes gezielte individuelle Beratungsgespräche durchgeführt bzw. im Bedarfsfall auch umfangreiche Versorgungs- und Pflegearrangements gemeinsam entwickelt und installiert.

Für diese Aufgaben stehen im Pilot-Pflegestützpunkt eine Altenpflegerin/Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin und eine Krankenschwester/Dipl.-Sozialpädagogin zur Verfügung.

Derzeitige Situation

Das Land Schleswig-Holstein hat die Allgemeinverfügung zur Implementierung von Pflegestützpunkten erlassen. Durch einen unterzeichneten Stützpunktvertrag ist der Pilot-Pflegestützpunkt Flensburg auch bereits zum regulären Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI geworden.

Pilot-Pflegestützpunkt Jena (Thüringen)

Die Stadt Jena ist Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes Jena. Der Zuwendungsbescheid vom Bundesministerium für Gesundheit wurde im März 2008 erteilt und der Betrieb im Juni 2008 offiziell aufgenommen.

Standort: Goethe-Galerie – Einkaufszentrum



Kontaktdaten:

Pflegestützpunkt Jena
– In der Goethe-Galerie –
Goethestr. 3 b
07743 Jena

Ansprechperson vor Ort:
Christiane Ritschel
Telefon: 0 36 41/20 58 41 (Service-
Nummer), 0 36 41/50 76 60 (Büro)
Fax: 0 36 41/50 75 01
E-Mail:
pflegestuetzpunkt@fh-jena.de
Internet: Web-Seite z. Zt. im Aufbau

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt liegt im Zentrum von Jena in der Goethe-Galerie, Büroaufgang B, 2. Etage. Er ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem eigenen Auto zu erreichen. Parkmöglichkeiten stehen ausreichend zur Verfügung. Die Räumlichkeiten sind gut zugänglich, auch für behinderte Menschen. Es stehen zwei Beratungsräume, ein Besprechungs- und ein Demonstrationsraum sowie ein gemütlicher Warteraum zur Verfügung.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist montags und mittwochs von 10.00 bis 13.00 Uhr, dienstags und donnerstags von 16.00 bis 19.00 Uhr geöffnet. Weitere Termine und Hausbesuche finden nach Vereinbarung statt.

Konzeption

Der Pilot-Pflegestützpunkt versteht sich als zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle rund um das Thema Pflege in der Region Jena. Er bietet umfassende und neutrale Beratung zu allen Fragen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Versorgungsstrukturen und Hilfsangeboten. Pflegebedürftige aller Altersgruppen und ihre Angehörige werden beraten. Für diese Aufgaben steht im Pilot-Pflegestützpunkt eine Dipl. Pflegewirtin (FH)/ex. Krankenschwester zur Verfügung.

Derzeitige Situation

Thüringen hat sich für die Errichtung von Pflegestützpunkten entschieden. Derzeit laufen Gespräche mit den Interessenten, dem Thüringer Ministerium für Familie, Gesundheit und Soziales und den Kassen. Der Jenaer Pilot-Stützpunkt soll in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Assoziierter Pilot-Pflegestützpunkt Köln (Nordrhein-Westfalen)

Die Stadt Köln ist Initiator des Pilot-Pflegestützpunktes, der vom Deutschen Roten Kreuz betrieben wird. Dieser Stützpunkt nimmt inhaltlich am Modellprojekt teil, ohne eine Anschubfinanzierung erhalten zu haben.



Kontakt Daten:

Pflegestützpunkt Landmannstraße
Landmannstraße 34
50825 Köln

Ansprechperson vor Ort: Ulla Gerads
Telefon: 02 21/9 71 12 43
Fax: 02 21/17 09 95 16
E-Mail: beratung.ehrenfeld@drk-koeln.de
Internet: www.drk-koeln.de

Lage/Räumlichkeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt befindet sich im Stadtteil Ehrenfeld in einer Straße mit hohem Passantenaufkommen. Die Räumlichkeiten sind alle im Erdgeschoss und durch ein großes

Schaufenster gut einsehbar. Die Beratungsstelle befindet sich dort seit über zehn Jahren und ist vielen Bürgern des Stadtteils als Anlaufstelle für Fragen zur häuslichen Versorgung und Pflege bekannt.

Öffnungszeiten

Der Pilot-Pflegestützpunkt ist dienstags von 9.00 bis 12.00 Uhr und donnerstags von 14.00 bis 17.00 Uhr geöffnet. Weitere Termine und Hausbesuche finden nach Vereinbarung statt.

Konzeption

Mit der Erbringung von Dienstleistungen nach § 10 SGB XII für alte, kranke und behinderte Menschen auf Bezirksebene hat die Stadt Köln verschiedene Wohlfahrtsverbände beauftragt. Im Stadtbezirk Ehrenfeld, in dem der Pilotpflegestützpunkt liegt, wird die Beratung u. a. vom Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Köln e.V. durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über ein abgeschlossenes Studium (i.d.R. der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik) sowie Erfahrung in der Altenarbeit.

Leistungsberechtigt sind alle Kölner Einwohnerinnen und Einwohner, i. d. R. älter als 60 Jahre, die von Behinderung und Krankheit betroffen oder bedroht sind. Dazu zählen somatisch Erkrankte und körperlich, geistig und sinnesbehinderte Menschen sowie gerontopsychiatrisch veränderte alte Menschen.

Ziel der Leistung ist es, die Selbständigkeit alter, kranker und behinderter Menschen in der eigenen Wohnung so lange wie möglich zu erhalten und ihr Leben in der Gemeinschaft zu fördern. Je nach Notwendigkeit im Einzelfall umfasst die Dienstleistung die Weitergabe von Informationen, die Beratung mit oder ohne Bedarf an weiterführenden Hilfen, die Vermittlung von professionellen und ehrenamtlichen Hilfen, Fallmanagement und die Unterstützung bei der Beantragung von Sozialleistungen. Der Träger hat allen Hilfesuchenden bzw. deren Angehörigen unabhängig von seiner weltanschaulichen Orientierung die nachgefragte Beratung zu gewähren.

Derzeitige Situation

Für das Land Nordrhein-Westfalen wurde eine Landesrahmenvereinbarung mit allen beteiligten Akteuren abgestimmt. Der Pilot-Pflegestützpunkt Köln befindet sich derzeit in Gesprächen mit den Kranken- und Pflegekassen zur Realisierung eines Stützpunktvertrages.

8.3 Erhebungsbogen der restlichen Projektlaufzeit

Modellprojekt Werkstatt Pflegestützpunkte

Datenerhebung Endbericht

Pilot-Pflegestützpunkt: _____

Erhebungszeitraum: April 2009–Mai 2010

1. Erfassung bei Erstkontakten

	April 09 Anzahl	Mai 09 Anzahl	Juni 09 Anzahl	Bis Mai 2010 Anzahl
Erstkontakte:				
Pflegestufe der Betroffenen (PS):				
Keine PS				
PS 0				
PS 1				
PS 2				
PS 3				
Härtefallregelung				
Geschlecht der Betroffenen:				
weiblich				
männlich				
Altersgruppe der Betroffenen:				
bis 20 Lebensjahre				
21–60 Lebensjahre				
61–80 Lebensjahre				
Über 80 Lebensjahre				
Leistung:				
Einzelinformation				
Beratung				
Fallsteuerung				
Erstkontakt über:				
Betroffene selbst				
Angehörige				
Freunde und Bekannte				
Kranken- und Pflegekassen				
Krankenhäuser				
Niedergelassene Ärzte				
Ambulante Pflegedienste				

	April 09 Anzahl	Mai 09 Anzahl	Juni 09 Anzahl	Bis Mai 2010 Anzahl
Kontaktweg:				
Telefonisch				
E-Mail/Postalisch				
Persönlich im PSP				
In der Häuslichkeit				
Zeit pro Erstkontakt:				
Bis 10 Min.				
10–30 Min.				
30–60 Min.				
Länger als 60 Min.				
2. Erfassung bei Folgekontakten				
Folgekontakte:				
Kontaktweg:				
Telefonisch				
E-Mail/Postalisch				
Persönlich im PSP				
In der Häuslichkeit				
Zeit pro Folgekontakt:				
Bis 10 Min.				
10–30 Min.				
30–60 Min.				
Länger als 60 Min.				
Leistung:				
Einzelinformation				
Beratung				
Fallsteuerung				

8.4 Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt über die Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte

Vereinbarung zwischen dem
GKV-Spitzenverband¹, Berlin
und
dem Bundesversicherungsamt, Bonn

über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel
zum Aufbau von Pflegestützpunkten
nach § 92 c Abs. 6 Satz 3 SGB XI

vom 1. Juli 2008

Vorbemerkungen

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2008 (BGBl. Nr. G 5702 2008 Teil I, 30.05.2008 S. 873 ff.) wurde die Möglichkeit geschaffen, zur besseren Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten durch die Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte zu errichten. Der Aufbau der Pflegestützpunkte wird in der Zeit vom 1. Juli 2008 bis zum 30. Juni 2011 mit bis zu 60 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert.

Der GKV-Spitzenverband und das Bundesversicherungsamt, nachfolgend BVA genannt, regeln auf der Grundlage des § 92 c Abs. 6 Satz 3 SGB XI mit dieser Vereinbarung das Nähere über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel.

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI.

Inhaltsübersicht

- § 1 Voraussetzungen der Förderung
 - § 2 Förderungsfähige Aufwendungen
 - § 3 Höhe der Fördermittel
 - § 4 Verteilung der Fördermittel auf die Länder
 - § 5 Voraussetzungen für die Auszahlung
 - § 6 Zahlungsverfahren
 - § 7 Nachweis über die entsprechende Verwendung der Fördermittel
 - § 8 Jahresübersicht
 - § 9 Inkrafttreten und Kündigung
-
- Anlage 1 Verteilung der Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel
 - Anlage 2 Excel Tabellenformat zur Datenübermittlung an das BVA

§ 1 – Voraussetzungen der Förderung

Pflegestützpunkte sind förderungsfähig, wenn

- die oberste Landesbehörde ihre Einrichtung durch die Kranken- und Pflegekassen im Lande bestimmt hat oder ihrer Einrichtung durch die Kranken- und Pflegekassen nicht widersprochen hat,
- sie von den Kranken- und Pflegekassen errichtet wurden und
- in einem Stützpunktvertrag die gemeinsame Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen vereinbart ist. Der Stützpunktvertrag muss eine Konzeption beinhalten, in der insbesondere die Weiterentwicklung der gemeinsamen Pflegeberatung, die Koordinierung der wohnortnahen Versorgungs- und Betreuungsangebote sowie entsprechender Vernetzungen geregelt sind.
- sie ihre gesetzlich definierten Aufgaben nach § 92 c Abs. 2 SGB XI wahrnehmen.

§ 2 – Förderungsfähige Aufwendungen

Förderungsfähig sind unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle angemessenen Aufwendungen, die mit dem Aufbau der Pflegestützpunkte im Zusammenhang stehen. Dies sind insbesondere:

- Mietkautionen und Maklergebühren,
- Kosten für die Renovierung von Räumen,
- Kosten für die Anschaffung von Einrichtungsgegenständen inklusiv des Aufbaus einer ggf. erforderlichen IT-Infrastruktur,
- Kosten für Personal, das überwiegend mit der Errichtung des Pflegestützpunktes beauftragt ist, soweit die Personalkosten nicht als Ausgaben der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI geltend gemacht werden,
- Aufwendungen für die nachhaltige Einbindung der Selbsthilfegruppen von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen sowie sonstigem ehrenamtlichen oder bürgerschaftlichen Engagement im Bereich Pflege in die Arbeit des Pflegestützpunktes,

- Aufwendungen für Qualifizierungsmaßnahmen des Personals zur Vorbereitung auf die neuen Aufgaben des Pflegestützpunktes,
- Kosten der Öffentlichkeitsarbeit.

§ 3 – Höhe der Fördermittel

- (1) Fördermittel werden als Zuschuss gezahlt.
- (2) Der Höchstförderbetrag je Pflegestützpunkt beträgt 45.000 Euro.
- (3) Der Höchstförderbetrag kann dem Bedarf entsprechend um bis zu 5.000 Euro aufgestockt werden, wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen von Pflegebedürftigen oder pflegebedürftigen Angehörigen oder ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement im Bereich der Pflege bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbezogen werden. Eine nachhaltige Einbindung von Selbsthilfegruppen oder ehrenamtlichem Engagement in die Arbeit des Pflegestützpunktes ist gegeben, wenn dieser eine entsprechende konzeptionelle Ausrichtung hat und die Mitglieder der Selbsthilfegruppen und/oder die ehrenamtliche Engagierten sich regelmäßig in den Räumen des Pflegestützpunktes treffen, um dort z. B. Gruppentreffen oder Schulungen durchzuführen oder Informations- und sonstige Angebote ehrenamtlichen Engagements anzubieten.
- (4) Das BVA zahlt die Förderbeträge unter Berücksichtigung der auf das jeweilige Land entfallenden Anteile am Gesamtfördervolumen aus. Die Auszahlung der Förderbeträge erfolgt entsprechend dem Zeitpunkt des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Sollte das Fördervolumen für die am gleichen Tage eingegangenen Anträge nicht ausreichen, erfolgt eine Aufteilung nach den prozentualen Anteilen der einzelnen bewilligungsfähigen Aufwendungen an dem beantragten Fördervolumen der betreffenden Förderanträge. Das Verfahren der Auszahlung richtet sich nach § 6 dieser Vereinbarung.

§ 4 – Verteilung der Fördermittel auf die Länder

Für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis zum 30. Juni 2011 stehen Fördermittel in einer Gesamthöhe von maximal 60 Millionen Euro zur Verfügung. Die Pflegestützpunkte in einem Land können höchstens mit der Summe gefördert werden, die sich durch die Aufteilung des Gesamtfördervolumens nach dem Königsteiner Schlüssel des Kalenderjahres 2008 ergibt. Die sich daraus ergebenden maximalen Förderbeträge für Pflegestützpunkte in den Ländern sind in der Anlage 1 dieser Vereinbarung aufgeführt.

§ 5 – Voraussetzungen für die Auszahlung

- (1) Die Fördermittel gem. § 92 c Abs. 6 Satz 3 SGB XI sind vom GKV-Spitzenverband beim BVA (Referat VII 4) anzufordern. Im Rahmen der Mittelanforderung übersendet der GKV-Spitzenverband Bund eine Mitteilung mit den folgenden Angaben:
 - eine Bestätigung darüber, dass die in § 1 aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind mit einem Abdruck des Förderbescheids,
 - das Datum des Eingangs des Förderantrages beim GKV-Spitzenverband,

- der vollständigen Anschrift des Pflegestützpunktes (incl. Land, Trägerschaft, Ansprechpartner)
 - einen Auszahlungsplan,
 - die Bankverbindung mit Kontonummer, Kontoinhaber und Bankleitzahl
- sowie einen
- einen eindeutigen Verwendungszweck, der in der Überweisung anzugeben ist.

Neben den zahlungsbegründenden Unterlagen auf Papier enthält die Mittelanforderung eine Excel-Datei gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung auf einem Datenträger, die eine Übernahme der Daten in eine Datenträgeraustausch-Datei ermöglicht.

- (2) Die Reihenfolge der Mittelanforderung richtet sich nach dem Zeitpunkt des Eingangs der vollständigen Förderanträge der Träger der Pflegestützpunkte beim GKV-Spitzenverband.

§ 6 – Zahlungsverfahren

- (1) Die angeforderten Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds werden baldmöglichst nach Eingang der Mittelanforderung auf das nach § 5 Abs. 1 dieser Vereinbarung angegebene Konto überwiesen. Der vom BVA auszahlende Gesamtbetrag ist dabei auf den Anteil, der nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2008 auf das Land, in dem der Pflegestützpunkt seinen Sitz hat, entfällt, zu begrenzen.
- (2) Das BVA teilt dem GKV-Spitzenverband die Höhe der aus dem Ausgleichsfonds bewilligten Fördermittel für jedes Bundesland getrennt mit und veranlasst die Auszahlung auf das im Antrag genannte Konto.
- (3) Das BVA nimmt die Bearbeitung der eingehenden Auszahlungsanträge vor und gibt den Banken des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung die Aufträge zur Überweisung der Beträge wie vom GKV-Spitzenverband angegeben. Es hat die Rechnungsbelege nach den geltenden Aufbewahrungsvorschriften zu sammeln und die geleisteten und enthaltenen Beträge nachzuweisen.
- (4) Mit der Durchführung der Buchführung ist die Deutsche Rentenversicherung Bund gemäß der Vereinbarung nach § 66 Abs. 2 SGB XI beauftragt. Sie hat dazu die notwendigen Anpassungen des Rechnungswesens vorzunehmen, die Rechnungsbelege nach den geltenden Aufbewahrungsfristen zu sammeln und die geleisteten und erhaltenen Beträge nachzuweisen. Die Buchung erfolgt gemäß dem Ist-Prinzip in dem Kalenderjahr, in dem die Buchung kassenwirksam wird. Eine Jahresabgrenzung erfolgt nicht.

§ 7 – Nachweis über die entsprechende Verwendung der Fördermittel

- (1) Die Fördermittel sind zweckgebunden für die Förderung der in § 92 c SGB XI genannten und entsprechend den Vorgaben dieser Vereinbarung genehmigten Vorhaben gemäß Förderbescheid zu verwenden. Spätestens ein Jahr nach der letzten Auszahlung haben die Vertragsparteien dem GKV-Spitzenverband einen abschließenden Verwendungsnachweis über die ausgezahlten Fördergelder vorzulegen. Der GKV-Spitzenverband prüft die sachgemäße Verwendung der Fördermittel.
- (2) Nicht benötigte oder nicht innerhalb von zwei Monaten nach Zahlungseingang zweckentsprechend verwendete Fördergelder sind unverzüglich, spätestens jedoch 28 Tage nach Anforderung durch den GKV-Spitzenverband an das BVA zurückzuzahlen. Der GKV-Spitzenverband

band erlässt den Rückforderungsbescheid und übermittelt diesen als Durchschrift mit den für die Rückforderung erforderlichen Unterlagen dem BVA. Das BVA überwacht den Zahlungseingang und führt ggf. erforderliche Mahn- und Vollstreckungsverfahren (§ 19 Abs. 2 VwVG) durch.

§ 8 – Jahresübersicht

Das BVA stellt dem GKV-Spitzenverband bis zum 15. Februar des Folgejahres eine Übersicht über die in den einzelnen Ländern geförderten Pflegestützpunkte und die Höhe der jeweils gezahlten und zugesagten Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zur Verfügung.

§ 9 – Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Juli 2008 in Kraft und läuft aus, wenn alle Verwendungsnachweise nach § 7 vorliegen und ggf. alle zurückzuzahlenden Fördergelder beim BVA eingegangen sind. Der GKV-Spitzenverband und das BVA werden in regelmäßigen Abständen prüfen, inwieweit eine Anpassung der Vereinbarung erforderlich ist.
- (2) Die Vereinbarung kann mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Sie bleibt in Kraft, bis eine andere sie ersetzende Vereinbarung in Kraft tritt.

Salvatorische Klausel

Sind einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Regelungen der Vereinbarung nicht. Die Parteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahe kommt.

*GKV-Spitzenverband,
Vorstand*

*Bundesversicherungsamt,
Präsident*

8.5 Pflichtenheft für die Dokumentationssoftware von Pflegestützpunkten

Dokumentationssoftware für Pflegestützpunkte

Pflichtenheft

– Fachliche Anforderungen –



Kuratorium Deutsche Altershilfe

Erstellt von:
Dr. Peter Michell-Auli
Gerlinde Strunk-Richter
Ralf Tebest

Einführung

Pflegestützpunkte benötigen eine Software als Hilfsmittel zur professionellen Bewältigung ihrer Aufgaben.

Das Pflichtenheft enthält fachliche Anforderungen, die eine Bewertung vorhandener Softwareprogramme unterstützt. Darüber hinaus kann es als Anforderungskatalog zur Entwicklung einer passgenauen Software genutzt werden. Das Pflichtenheft ist ggf. um Pflegestützpunkt spezifische Aspekte zu ergänzen.

Das Pflichtenheft enthält eine Matrix mit verschiedenen Merkmalen und diesen zugeordneten Kriterien. Diese tragen dazu bei, die Leistungsfähigkeit einer Software einzuschätzen.

Die Spalten „muss“ und „kann“ werden vom Auftraggeber ausgefüllt und zeigen der Herstellerfirma, welche Kriterien auf jeden Fall erfüllt werden müssen und welche optional sind.

Die Spalten „vorhanden“, „nicht vorhanden“ und „kann nachgerüstet werden“ sind von der Softwarefirma auszufüllen. Anhand dessen wird deutlich, welche und wie viele Kriterien erfüllt werden. Die Spalte „Bemerkungen“ ist ebenfalls für die Softwarefirma vorgesehen und bietet Platz für Kommentare und ergänzende Informationen.

Für eine abschließende Bewertung eines Softwareprogramms bzw. zur Entscheidung für eine bestimmte Software sollten Prioritäten bzgl. der auf jeden Fall zu erfüllenden Kriterien getroffen werden.

Beispiel einer Prioritätenliste:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------|
| 1. Systemanforderungen & Kapazität | 7. Anpassbarkeit |
| 2. Basisinformationen | 8. Personendaten |
| 3. Nutzerfreundlichkeit | 9. Statistische Auswertung |
| 4. Schnittstellen | 10. Archiv |
| 5. Verwaltung | 11. Berichte |
| 6. Fallklärung und -steuerung | |

Der Datenschutz bleibt von einer Priorisierung unberührt, weil er zwingend erfüllt werden muss.

Ziele der Dokumentation im Pflegestützpunkt

- Erfassen aller notwendigen Informationen über die Rat- und Hilfesuchenden
- Erfassen aller erbrachten Leistungen
- Zuordnung der Rat- und Hilfesuchenden zu den Kostenträgern
- Erfassen des Selbsthilfepotenzials des Rat- und Hilfesuchenden und seines sozialen Netzwerkes
- Nachvollziehbarkeit der Fallklärung- und Fallsteuerung (Fallbegleitung)
- Statistische Auswertung

Die Ziele der Dokumentation im Pflegestützpunkt bilden die Grundlage für die formulierten Kriterien zur Bewertung einer Dokumentationssoftware.

Basisinformation zur Software

	Erläuterung
Name der Software	
Name des Herstellers	
Handelt es sich um eine webbasierte Software?	
Handelt es sich um eine terminalbasierte Software?	
Sind für die Netzwerkfähigkeit zusätzliche Lizenzen erforderlich und fallen weitere Kosten an? Wenn ja, welche?	
Auf welcher Datenbank basiert die Software?	Angaben sind für den System-administrator wichtig.
In welcher Programmiersprache sind die Datenbank und die Benutzeroberfläche programmiert?	Z. B. Berichtsformulare, aufrufen von Daten usw., wichtig um ohne Fremdaufwand z. B. neue Formulare zu generieren
Wie sieht die Client-Server-Architektur aus?	Entscheidet z. B. über die Antwortzeit der Software und über Hardware-, Leitungs-, Netzwerkkosten (z.B. DSL)
Softwaredokumentation	Gibt Auskunft über den Aufbau, Grundlagen, Arbeitsweise der Software
Welche Serviceleistungen werden vom Hersteller erbracht?	
Entstehen Kosten für erbrachte Serviceleistungen? Wenn ja, in welcher Höhe?	

(Fortsetzung: Basisinformation zur Software

	Erläuterung
In welchen Zeitabständen erfolgen Up-Dates? Entstehen dabei Kosten?	
Testphase: – Über welchen Zeitraum? – Wer übernimmt die Kosten für die Fehlerbeseitigung?	Fehler sollen erkannt und dann behoben werden.
Preis Basisversion für ? User. Welche Leistungen sind inklusive?	
Gesamtkostenkalkulation auf der Basis der formulierten Anforderungen	

Systemanforderungen

Voraussetzungen, die benötigt werden, damit das Programm reibungslos funktioniert

	Erläuterung
Hardwarevoraussetzungen: – Welcher Prozessor? – Wie muss die Taktfrequenz sein? – Wie groß muss der RAM-Speicher sein? – Wie groß muss der Festplattenspeicher sein?	Angaben sind für den Systemadministrator wichtig. Im Zusammenhang mit der Software entscheidend für die Geschwindigkeit des Programms.
Softwareanforderungen: – Welches Betriebssystem in welcher Version liegt zu Grunde? – Sind weitere Programme erforderlich?	Im Zusammenhang mit der Hardware entscheidend für die Geschwindigkeit des Programms.
Welche Kapazität hat das System aus Hard- und Software? – Sind weitere Programme erforderlich?	Maximalgröße für abzuspeichernde Dateien definieren.
Wie viele Nutzer können eingerichtet werden?	

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
Nutzerfreundlichkeit der Software							
Sind Nutzerschulungen vorgesehen? Z. B. Internetkurs, Schulungsangebote des Herstellers.							
Ist der Dateipfad jederzeit sichtbar?							
Kann jederzeit auf die vorherige Seite zurückgegangen werden? Rücksprungsteuerelement							
Können alle Mausfunktionen auch durch Tastenkombination ausgelöst werden?							
Sind die Masken direkt ansteuerbar?	z.B. Kontaktformular, Berichte						
Wie lang ist die Reaktionszeit des Programms: – z. B. laden und speichern des Datensatzes – z. B. bei der Eingabe von Dateien							
Gibt es eine Hilfefunktion?							

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
Personendaten (Kontaktformular für Betroffene)							
Name							
Vorname							
Straße, Hausnummer							
Postleitzahl, Ort							
Telefonnummer							
E-Mail-Adresse							
Geburtsdatum							
Kassenzugehörigkeit							
Angehörige/Kontaktpersonen/ Betreuer mit Kontaktdaten							
Fallklärung und -steuerung							
Sind Assessments zur Bedarfsklärung standardmäßig vorhanden? Wenn ja, welche?							
Sind Verknüpfungen zwischen Assess- mentinstrumenten u. d. Versorgungs- plan standardmäßig vorhanden?							

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
Wie sieht der Versorgungsplan aus? Welche Elemente sind enthalten? – z. B. ausgewählte Maßnahmen – z. B. Zielsetzung – z. B. zeitliche Kontrolle							
Können weitere Assessmentinstrumente implementiert werden?							
Können bestehende Assessmentinstrumente geändert werden?							
Sind festgelegte Prioritäten, z. B. bzgl. Maßnahmen darstellbar?	– farblich – grafisch						
Ist der Handlungsbedarf darstellbar?	– farblich – grafisch						
Ist der Versorgungsplan mit Datenbanken vernetzt?	Kann z. B. für eine bestimmte Leistung der erforderliche Leistungserbringer ermittelt werden?						
Werden terminierte Leistungen automatisch in die Wiedervorlage aufgenommen?							
Sind Antragsformulare hinterlegt? Wenn ja, welche?							

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
Ist eine Bewertung des Fallverlaufs möglich?							
Kann das soziale Netzwerk der Rat- und Hilfesuchenden erfasst werden?							
Archiv							
Ist der Status eines Falles erkennbar? z. B. aktiv z.B. abgeschlossen							
Kann auf abgeschlossene Fälle zugegriffen werden?							
Können anonyme Datensätze angelegt werden?							
Verwaltung							
Sind im Programm für benötigte Leistungen, z. B. Einzelinformationen, unterschiedliche Pfade angelegt? sog. Drehbuch							
Können Pflichtfelder vergeben werden?							
Können Notizen zu den Rat- und Hilfesuchenden verfasst, empfangen und zugeordnet werden?							

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
Können Nachrichten/Hinweise an bestimmte Nutzer geschickt werden?							
Können Daten über mehrere Jahre ausgewertet werden?							
Können schriftliche Unterlagen eingescannt und dem Betroffenen zugeordnet werden?							
Ist ein Einzelausdruck der Eingabemasken möglich?							
Können die Urheber der einzelnen Einträge identifiziert werden?							
Können innerhalb des Programms Briefe geschrieben und ausgedruckt werden?							
Können innerhalb des Programms E-Mails empfangen, als pdf gespeichert und dem Betroffenen zugeordnet werden?							
Ist standardmäßig eine Terminverwaltung vorhanden? Wenn ja, wie sieht sie aus?							

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
	Können anhand von Kriterien Listen von zu erbringende Leistungen erstellt werden? z. B. zu erbringende Leistungen an einem bestimmten Tag						
Berichte							
	Sind Berichte standardmäßig vorgesehen?						
	Wenn ja, welche?						
	Können erhobene Daten grafisch dargestellt werden? Wenn ja, welche und wie?						
	Können definierte Daten in einen Geschäftsbericht exportiert werden?						
	Können definierte Daten ausgedruckt werden? z.B. Informationsblätter z.B. Kontaktdaten von Spezialberatungsstellen						
Anpassbarkeit							
	Können neue Formulare ohne Fremdaufwand nachprogrammiert werden?						

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
	Kann das Layout ohne Fremdaufwand verändert werden, z.B. Logo einbinden?						
	Organisatorische Änderungen, z.B. veränderte Nutzungsrechte, sind ohne Fremdaufwand einzurichten?						
	Schnittstellen						
	Sind Schnittstellen zu verschiedenen Akteuren im Pflegestützpunkt standardmäßig vorhanden? Wann ja, welche?						
	Sind Verknüpfungen zu anderen Programmen standardmäßig vorhanden? Wenn ja, zu welchen Programmen?						
	Gibt es einen direkten Zugang zu Datenbanken? Wenn ja, zu welchen?						
	Statistische Auswertung						
	Altersgruppe der Betroffenen						
	Pflegestufe der Betroffenen						

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
Geschlecht der Betroffenen							
Abgerufene Leistung							
Erst- oder Folgekontakt							
Kontaktweg							
Zeit pro Erst- oder Folgekontakt							
Sind Eingrenzungskriterien definiert? z.B. Altersgruppe z.B. Beratungsthemen							
Können Eingrenzungskriterien ohne Fremdaufwand programmiert werden? z. B. Geschlecht, Pflegebedarf							
Sind Kombinatmöglichkeiten gegeben? z. B. Altersgruppe und abgerufene Leistung							
Sind Ergebnisse per Ranking auswert- und darstellbar?							
Datenschutz							
Können Nutzerrechte vergeben werden?							

Merkmal	Erläuterung	muss	kann	vorhanden	nicht vorhanden	kann nachgerüstet werden	Bemerkungen
	Gibt es eine Trennung zwischen inhaltlichem und Sicherheits - Administrator?						
	Mit der entwickelnden Rechtsauffassung, auch ggf. länder-spezifisch, weiterentwickeln?						

8.6 Umsetzungsplan Öffentlichkeitsarbeit Eröffnung Pflegestützpunkte

Nr.	Maßnahme	verantwortlich	Termin	Bitte Monat und Kalenderwoche eintragen												Status/ Erläuterung
0	Festlegung Eröffnungstermin Abstimmung Eröffnungstermin mit Abstimmung Eröffnungstermin mit anderen Einrichtungsbeauftragten															
1	Erstellung Teilnehmerliste – Verteilerliste des Hauses, – Landtagsabgeordnete – Bundestagsabgeordnete des Wahlkreises – Synchronisierung der Gästeliste der anderen Errichtungsbeauftragten – Erstellung abschließende Einladungs-/Gästeliste															
2	Einladungen – Abstimmung gemeinsame/individuelle Einladung zur PSP-Eröffnung – bei gemeinsamer Einladung Sammeln der Logos aller Errichtungsbeteiligten (Kassen/Kom.-Struktur) – Erstellung eines Einladungstextes 5 Wochen vor Termin – Abstimmung des Einladungstextes mit anderen Errichtungsbeauftragten – Entwurf Einladungstext an Wochen vor Termin – Fertigstellung (Layout etc.) Einladungen – Versand der Einladungen spätestens 3 Wochen vor Termin – Rückantwort (als Antwortfax/Antwortzeitraum: 1 Woche) – Rückantwort auswerten/Teilnehmerliste erstellen															
3	Pressearbeit vor PSP-Eröffnung – Information über PSP an Pressestelle bis 3 Wochen vor Termin – Entwurfsvorlage Presstext bis 2 Wochen vor Termin – Abstimmung mit Errichtungspartner bis max. 10 Tage vor Termin – Abgabe an Regionalpresse ab 7 Tage vorher Pressearbeit nach PSP-Eröffnung – Pressemitteilung an regionale Presse															
4	Programmablauf – Musik – Umrahmung – Redebeiträge – Enthüllung des PSP-Schildes – Catering															
5	Vorbereitung Redebeiträge – Mündlicher Austausch über Schwerpunkte der Redebeiträge 14 Tage – Festlegung Redeschwerpunkte – Erstellung der Redebeiträge 10 Tage vorher – Austausch der Redebeiträge (mit Errichtungsbeauftragten) 3 Tage – ggf. Anpassung der Redebeiträge															
6	Hintergrundinformation zur PSP-Eröffnung für Vorstand – Sachstand über den Stand des Errichtungsprozesses in ... – Information über Besonderheiten des aktuellen Standortes – Übergabe der Teilnehmerliste															
7	Einbindung Pflegeberater – Briefing Eröffnungsveranstaltung – Koordinierung Pflegeberater Kassen															

▲ = Meilenstein/Termin
▼ = Maßnahme abgeschlossen

■ Bearbeitungszeit bis (Prozess) =
■ Termin überschritten =

Weitere Informationen zum Projekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“

Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Tel. 02 21/93 18 47-0
Fax: 02 21/93 18 47-6
E-Mail: info@kda.de
Internet: www.kda.de

Ansprechpersonen:
Dr. Peter Michell-Auli
Gerlinde Strunk-Richter
Ralf Tebest

Im Internet unter:
www.werkstatt-pflegestuuetzpunkte.de

Werkstatt Pflegestützpunkte

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, können Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI in Deutschland etabliert werden. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) ist in diesem Zusammenhang vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Durchführung der „Werkstatt Pflegestützpunkte“, deren Projektlaufzeit den Zeitraum November 2007 bis Juni 2010 umfasst, beauftragt worden und legt nunmehr den zweiten Zwischenbericht vor. Seit dem letzten Zwischenbericht im Juli 2008 sind auf der Landesebene die notwendigen Rahmenbedingungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten weitestgehend geschaffen worden. Das KDA möchte mit diesem Bericht vor allem einen Überblick über den aktuellen Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland sowie Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten darstellen.

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelt Lösungskonzepte für die Arbeit mit älteren Menschen und hilft, diese in der Praxis umzusetzen. Das KDA hat seit 1962 durch seine Forschung und Projekte, Beratung, Fort- und Weiterbildung sowie Publikationen und Veranstaltungen wesentlich dazu beigetragen, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern.

Das KDA versteht sich als Wegbereiter für eine moderne Altenhilfe.

