

**Katholische
Fachhochschule** ○ ○ ○ ○
Nordrhein-Westfalen

University of Applied Sciences

III.3 Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Münster

Teil A: Bundesweite Befragung und Arbeitsinstrumente

Teil B: Ortsunabhängige Qualitätsstandards

Leitung:

Prof. Dr. Hugo Mennemann

Bearbeitung:

Christine Schröder, Dipl. Päd.

Teil A: Bundesweite Befragung und Arbeitsinstrumente

Inhalt

1 Frage- und Zielstellung des Projektes	3
2 Inhaltlich-fachliche Grundlagen der Standardformulierung	5
2.1 Pflegepolitische Relevanz	6
2.2 Fachliche und gesetzliche Voraussetzungen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen	8
2.3 Case Management	13
3 Bundesweite Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen	17
3.1 Ziel und Rahmenbedingungen	17
3.2 Ergebnisse der Befragung und ihre Interpretation	17
3.2.1 Rücklauf und Gültigkeit der Daten	17
3.2.2 Häufigkeiten	23
3.2.3 Korrelationen	29
3.2.4 Clusteranalyse	31
4 Instrument zur Einschätzung von Art und Dauer der Beratung	33
4.1 Hintergründe der Entstehung des Instrumentes	33
4.2 Bemerkungen zur Datenbasis	35
4.3 Ergebnisse	37
5 Zusammenfassung und Ausblick	49
6 Literaturverzeichnis	

Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster im Anhang

Anlage 1: Materialien zu der bundesweiten Befragung

Anlage 2: Instrumente zur Erfassung von Art und Dauer der Beratung

1 Frage- und Zielstellung des Projektes

Der **Forschungsauftrag** der KFH NW umfasst zwei Inhaltsbereiche:

1. Die Entwicklung ortsunabhängiger Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen (der Ausdruck „Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle“ umfasst alle unterschiedlichen Beratungstypen; s. Kap. 1.2) und die (Mit-)Entwicklung praxisnaher Arbeitsinstrumente, sowie
2. die Erarbeitung eines Instrumentes zur Bestimmung notwendiger Beratungsinhalte und –zeiten im Einzelfall, bevor der eigentliche Beratungsprozess beginnt. Dies soll in Anlehnung an und in Weiterentwicklung des in der KAA entwickelten „Orientierungsscreenings“ geschehen.

Der Forschungsauftrag ist **in der Zusammensicht** mit den Aufträgen der kooperierenden Forschungsinstitute und der Weiterentwicklung des Ahlener Versorgungsnetzes wie folgt **verortet**: Es sollte die Güte von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen bestimmt werden, die vergleichbare Erwartungen bzgl. der Effektivität und Effizienz zulassen, wie die quantitativen und qualitativen Erhebungen im Forschungsprojekt ergeben haben. Deswegen sollten die Qualitätsstandards von der Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle ausgehen, aber ortsunabhängig formuliert werden, so dass sie übertragbar sind. Die Kernprozesse der Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle sollten eruiert werden, um diese als Qualitätsstandards ortsunabhängig zu definieren. Die Ausgangshypothese lautete, dass die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle aufgrund zu identifizierender Kernprozesse effektiv und effizient arbeitet, so dass die übertragbaren Grundlagen der Güte dieser Stelle auch an anderen Orten unter Berücksichtigung der ortsgegebenen Spezifika fruchtbar gemacht werden können.

Die **Ausgangssituation** der Forschung impliziert die Aufgabe, dass im Rahmen des Forschungsprojektes (erst) festgelegt wird:

- was unter Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu verstehen ist,
- welche Aufgaben Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen im Schwerpunkt und in Abgrenzung zu anderen Dienstleistern übernehmen (sollten),
- nach welchen Standards diese arbeiten sollen.

Da weder die Aufgabenbeschreibung und damit auch die Definition von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen noch die Inhalte der Qualitätsstandards definiert sind, bedeutet dies für das **methodische Vorgehen**, dass die einzelnen Forschungsaspekte voneinander abhängig und wechselseitig aufeinander bezogen werden müssen. Das methodische Vorgehen stellt in der Konsequenz eine Kombination aus induktivem und deduktivem Vorgehen dar. Die folgenden **Orientierungspunkte** oder fachlichen Inhalte wurden wechselseitig aufeinander bezogen:

- Die Aufnahme der Praxis mit Blick auf die KAA – Pflege- und Wohnberatungsstelle in Ahlen (laut Forschungsauftrag) und die Rückbindung aller Einzelergebnisse an die Praxis in Ahlen soll Praxisnähe und Qualitätsanhaltspunkte gewährleisten. Gleichzeitig soll die Ahlener Arbeit zielgerichtet weiterentwickelt werden auf der Grundlage der Rechercheergebnisse.
- Die Prüfung der Übertragung des Handlungskonzeptes Case Management auf Pflege- und Wohnberatungsstellen als zentrales Methodenset integrierter Versorgungsformen soll fachliche Hinweise geben.
- Rechtliche Grundlagen für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben erste Rahmenbedingungen für ihre Aufgaben.
- Eine bundesweite Befragung soll weitere Anhaltspunkte über Aufgabenbereiche, Berufsgruppen, Verankerungen, Trägerschaft, Finanzierung etc. von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben.
- Eine Auswertung der Literatur zu Fragen der Standardformulierung, der Aufgabenbereiche und Methoden von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, zu möglicher Weise relevanten Assessmentinstrumenten und zur pflegepolitischen Situation in Deutschland geben weitere Anhaltspunkte.
- Zudem ist eine Sichtung der bestehenden Leistungsstruktur im Pflegebereich im Bundesgebiet erforderlich, um Pflege- und Wohnberatungsstellen eine Funktion zuweisen zu können, die von anderen Akteuren wie Pflegediensten, Pflegekassen und niedergelassenen Ärzten in dieser Form nicht wahrgenommen wird.

Das **Ergebnis** formulierter ortsunabhängiger Qualitätsstandards ist demnach nicht kausal abgeleitet das einzig mögliche, sondern es ist vielmehr *ein* mögliches, im **diskursiven Prozess** erzieltes Produkt. Es beansprucht:

- in sich schlüssig und logisch zu sein,
- transparent begründet und fachlich hergeleitet zu sein,
- anwendbar in der Praxis zu sein,
- Entwicklungspotentiale für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu beinhalten,
- Anhaltspunkte für die Qualitätsentwicklung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu liefern – nicht nur für die KAA – Pflege- und Wohnberatung - sowie
- normierend die Güte von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu beschreiben, von denen Effektivität und Effizienz erwartet werden kann gemäß der quantitativen und qualitativen Forschungsergebnisse.

Da die Leistungserbringer, für die die Güte bestimmt werden soll, nicht nur Pflege-, Wohn- sowie Pflege- und Wohnberatungsstellen sein können, sondern innerhalb dieser unterschiedlichen Beratungstypen auch unterschiedliche Aufgabenbereiche abdecken können,

sieht eine differenziertere **Zielerreichung** sinnvoller Weise vor, dass wir unterschiedliche Typen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, die es in der Praxis gibt, ausfindig machen und diesen unterschiedliche Qualitätsstandards zuordnen.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich der **Aufbau des Abschlussberichts**:

Zunächst sollen die inhaltlich-fachlichen Grundlagen zur Entwicklung ortsunabhängiger Qualitätsstandards dargestellt werden (Kap. 2) mit Blick auf die pflegepolitische Ausgangssituation (Kap. 2.1), die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen (Kap. 2.2) sowie das Handlungskonzept Case Management in seinen relevanten Eckpunkten (Kap. 2.3). Anschließend sollen die empirischen Ergebnisse der bundesweiten Befragung aufgelistet werden (Kap. 3): zunächst werden die Ziele und die Rahmenbedingungen dargestellt (Kap. 3.1) und anschließend werden die Ergebnisse erläutert (Kap. 3.2.). In einem weiteren Schritt werden die Erarbeitungen zu einem Instrument zur Einschätzung von Art und Dauer der Beratung dargestellt (Kap. 4): die Hintergründe der Entstehung des Instrumentes (Kap. 4.1), die Bemerkungen zur Datenbasis (Kap. 4.2) sowie die Ergebnisse werden beschrieben (Kap. 4.3). Abgeschlossen wird der Bericht mit einer Zusammenfassung (Kap. 5).

Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards werden in einem eigenen Berichtsteil dargestellt (Teil II).

2 Inhaltlich-fachliche Grundlagen der Standardformulierung

Der pflegepolitische Rahmen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, der prägnant und in Ausschnitten mit Blick auf Inhalte, die für den Forschungsgegenstand relevant sind, dargestellt werden soll, gibt erste, zentrale Anhaltspunkte für Anforderungen an Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen wieder (Kap. 2.1). Anschließend sollen die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen betrachtet werden, um diese als Ausgangspunkt für die empirischen Erhebungen nutzbar zu machen (Kap. 2.2). Und schließlich stellt Case Management das zentrale Handlungskonzept integrierter Versorgungsformen und auch das des „Ahlener Systems“ dar, an dem sich die ortsunabhängigen Qualitätsstandards orientieren (2.3). In diesem Kapitel geht es vor allem um die Übertragung von Case Management auf den Handlungsbereich Pflege- und Wohnberatung.

2.1 Pflegepolitische Relevanz

Ohne den Anspruch zu erheben, die pflegepolitischen Herausforderungen umfassend darzustellen, seien doch einige Rahmenpunkte stichwortartig benannt, um die Relevanz von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen sowie ihren gesellschaftlichen Auftrag, den sie sinnvoller Weise einnehmen sollten, zu kennzeichnen. Dieser hat Auswirkungen auf die Wahl des Handlungskonzeptes und die Formulierung von Qualitätsstandards (Greu-èl/Mennemann 2006, Mennemann/ Ribbert-Elias 2005).

- Nach der demographischen Entwicklung, die eine wachsende Zahl alter und hochaltriger Menschen aufzeigt, steht die Gesellschaft vor der Aufgabe, die Versorgung dieser Menschen bei veränderten Familienverhältnissen zu klären. Denn mit der Zunahme Hochaltriger wächst auch die Zahl hilfsbedürftiger Menschen.

- Im Rahmen der gesellschaftlichen Individualisierungsprozesse (Beck 1986) sind die Lebensverhältnisse plural und auch die Hilfsituationen erfordern individuelle Problemlösungsstrategien. Es stellt sich die Frage, wie vereinheitlichte Qualitätsstandards aussehen können, die zugleich individuelle Lösungsstrategien zulassen.

- Unterschiedliche, sich verändernde Berufsgruppen sind die Akteure im Pflege- und Gesundheitswesen. Die Entwicklung beispielsweise der Profession Pflege hat sich in den letzten 10-20 Jahren stark verändert. Wie können die unterschiedlichen Berufsgruppen Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, therapeutischen Berufsgruppen aufeinander abgestimmt zusammen arbeiten? Wie können Einzelaktivitäten aufeinander abgestimmt werden?

- Das Trägersystem der Hilfeleistungen ist historisch gewachsen. Die Träger stehen dabei zusehends in Konkurrenz um die „Kunden“ zueinander. Aber wie kann Domänedenken im Einzelfall überwunden werden und zur kooperativen Zusammenarbeit führen?

- Versorgungs„brüche“ zwischen den Versorgungssegmenten – ambulant, teilstationär, stationär – und zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen – Ärzte, Pflegekräfte, Soziale Arbeit, Therapeutische Berufsgruppen – sowie zwischen unterschiedlichen Leistungsträgern führen zu Unter- und Überversorgungen sowie zu Fehlallokationen.

- Die Einzelinteressen und Lobbygruppen unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen verhindern ein adressatenorientiertes und volkswirtschaftlich effektives Vorgehen. Wie kann eine ethisch basierte Adressatenorientierung fachlich verbindlich umgesetzt werden?

- Am Einzelfall sind häufig unterschiedliche Kostenträger beteiligt: Pflegekassen, Krankenkassen, Sozialhilfeträger. Die Interessen der Versorgung aus Sicht der einzelnen Kostenträger stimmen nicht immer überein. Aber es stellt sich aus gesellschaftlicher Perspektive die Frage, wie sehen volkswirtschaftliche Lösungen aus.

- Die finanziellen Ressourcen öffentlicher Träger und der Sozialversicherungsträger werden knapp. Es stellt sich die Frage, wie können Hilfssituationen bei gleichbleibender oder steigender Versorgungsqualität kostengünstiger arrangiert werden? Und wie können präventive Systeme erhalten bleiben oder auch neu entstehen bei zunehmendem Druck der Kostenträger, Geld sparen zu müssen?

Die Auflistung der pflegerelevanten Herausforderungen und Fragen ließe sich sicher noch ergänzen. Aber bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass gesellschaftlich gesehen möglichst effektive und effiziente Versorgungssysteme benötigt werden. Notwendig sind Stellen, die aus der Sicht der Adressaten im Einzelfall trägerübergreifend und berufsgruppenübergreifend agieren können.

Rechtliche Rahmenbedingungen sind angesichts der benannten Herausforderungen in letzter Zeit verstärkt auf die folgenden Aspekte ausgerichtet:

- Stabilisierung der Ausgaben der Kostenträger über Budgetierungen, d.h. Risikoverlagerung der Kostenübernahme in „Problemfällen“ auf den Leistungserbringer (und den Leistungsempfänger?)
- Bemühungen um integrierte Versorgungsformen (z.B., aber nicht nur § 140 SGB V). Gefördert werden soll die leistungsanbieter- und leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit, die Zusammenstellung des für den Einzelfall passenden Bedarfs sowie Beratung aus einer Hand
- Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten, dazu sind Leistungstransparenz, aktive Beteiligung der Leistungsempfänger und die Gewährung subsidiärer Hilfe notwendig.

Pflege- und Wohnberatungsstellen sind dann gesellschaftlich gesehen effektiv platziert, wenn sie für eine koordinierende Beratung aus einer Hand sorgen, die adressatenorientiert, kosten- und leistungsträgerübergreifend sowie berufsgruppenübergreifend aus Sicht des Einzelfalls agieren.

Das Handlungskonzept Case Management greift die erwähnten Anforderungen auf, ohne die dargestellten Herausforderungen alle lösen zu können (Kap. 1.3). Case Management erfordert in den gegebenen Strukturen im Einzelfall einen gezielten Umgang mit den genannten Herausforderungen, ohne die Strukturen gänzlich aufheben zu können.

2.2 Fachliche und gesetzliche Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

Ausgangspunkt der bundesweiten Befragung und der Definition von Qualitätsstandards stellen die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen dar, die im Folgenden erläutert werden.

Bei der Sichtung veröffentlichter Forschungsergebnisse zu den Aufgaben, Funktionen und zur Finanzierung von Pflege- und/oder Wohnberatung wurde deutlich, dass es wenig Studien gibt, die sich direkt mit diesem Thema befassen (vgl. Asam et.al. 1997; Hansen 2006). Einige Forschungsarbeiten stellen Inhalte dar, die an die Aufgaben, Funktionen und die Finanzierung von Pflege- und/oder Wohnberatung grenzen: Ihre Schwerpunkte waren z.B. allgemeine Seniorenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen (Heinemann-Knoch u.a. 2000), Hausarztpatienten im Projekt Ambulantes Gerontologisches Team (PAGT) (Döhner et.al. 2002), die Arbeits- und Funktionsweisen von regionalen Koordinationsstellen (Geiger 2001), ein Vergleich von Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen (Engel 2000) sowie die Eurofamcare-Studie, die sich u.a. mit der Nutzung und Erreichbarkeit unterstützender Angebote für pflegende Angehörige im Vergleich mehrerer europäischer Länder befasst (Mestheneos et.al. 2005).

Auffallend ist, dass in diesen Studien die Bedeutung von Vernetzung, insbesondere von Koordination und dem Handlungskonzept Case Management hervorgehoben wird.

Auch frühe Veröffentlichungen zu Pflegeberatungsstellen verweisen bereits auf die Verwendung des Handlungskonzeptes Case Management. Zu nennen sind hier vor allem Veröffentlichungen und Studien zu den Berliner Koordinierungsstellen (Wissert 1996).

Demnach übernehmen Pflege- und/oder Wohnberatung vor allem die folgenden Aufgaben:

- psycho-soziale Beratung/Unterstützung
- Krisenintervention, sofern direkte Intervention notwendig ist und
- Beratung in komplexen Lebenslagen sowie Versorgungssteuerung nach dem Handlungskonzept Case Management.

Diese Inhaltsbereiche werden im Schwerpunkt weder von Pflegediensten noch von Pflegekassen, denen nach dem SGB XI der Auftrag zukommt, für Pflegeberatung zu sorgen (§7 SGB XI), ausgeführt.

Jüngste Veröffentlichungen (Grieshaber 2005) thematisieren die Aufgaben von Pflegeberatungsstellen vor dem Hintergrund pflegespezifischer Fragestellungen und bemängeln ihre Erreichbarkeit sowie den Grad an Professionalität (Grieshaber 2005, Schaeffer 2005).

Trotz einiger Unterschiede haben Pflegeberatung und Wohnberatung eine gemeinsame Zielgruppe, nämlich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Sie haben sich teilweise überschneidende Inhalte, Wohnberatung übernimmt häufig auch Pflegeberatungsaufgaben.

Pflegeberatung und Wohnberatung unterscheiden sich erheblich voneinander hinsichtlich Verbreitungsgrad, Aufgabenfeld und Organisationsgrad.

Es gibt deutlich mehr Pflegeberatungsstellen in Deutschland als Wohnberatungsstellen. Obwohl eine exakte Momentaufnahme wegen der hohen Fluktuation der Beratungsstellen nicht möglich ist, können ihre Zahlen auf ca. 620 Pflegeberatungsstellen und ca. 230 Wohnberatungsstellen geschätzt werden (siehe Kapitel 3.1).

Wohnberatung hat ein relativ eng und **präzise beschriebenes Aufgabenfeld**, dazu gehören insbesondere

- Wohnraumanpassung
- Beschaffung geeigneter Hilfs- und Pflegehilfsmittel
- Koordination der Dienste
- Beratung bei Finanzierungsfragen

Sie ist **stärker organisiert** als Pflegeberatung. Es gibt auf Bundesebene z.B. eine Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. Auch auf Landesebene gibt es organisatorische Strukturen. So hat z.B. das Land Nordrhein-Westfalen unter www.wohnberatung.nrw.de umfangreiche Informationen bereitgestellt. In Hessen gibt es eine Fachstelle für Wohnberatung (siehe www.sozialnetz.de/wohnen), die **Schulungen** für zukünftige und bereits tätige Wohnberater anbietet. Im Rahmen eines vom Sozialministerium NRW geförderten Projektes wurden Qualitätsstandards für die Wohnberatung im Jahr 2000 entwickelt.

Pflegeberatung ist **enorm heterogen**, sie hat ein breites Aufgabenspektrum bzw. Funktionsbereiche. Dabei fiel bei ersten Vorrecherchen im Internet auf, dass die Akteure von unterschiedlichen Definitionen ausgehen, was sie als „Pflegeberatung“ verstanden haben möchten. Dies führt zunächst zu Begriffsunklarheiten und zu Missverständnissen:

- Schwerpunktmäßig ist sie im organisatorischen und unterstützenden Umkreis des Themas Pflege angesiedelt, z.B. Beratung zu finanziellen Leistungen für Pflegebedürftige; Beratung über die Möglichkeiten ambulanter Hilfen, z.B. Pflegedienste, Mahlzeitendienste; Beratung über mögliche Mobilitätshilfen wie Rollstühle.
- Aber ebenfalls angeboten unter dem Titel Pflegeberatung wird Beratung direkt zu Themen der Pflege, wie rückschonendes Arbeiten, Umgang mit dementiell erkrankten Menschen, Inkontinenzhygiene usw.

Pflegeberatung steht immer wieder in der öffentlichen Kritik, z.B. in der Hörsendung „In unserem Alter“ vom Westdeutschen Rundfunk vom 13.11.2004 wurde mangelnde Erreichbarkeit der Ansprechpartner bei den kommunalen Pflegeberatungsstellen NRW beklagt. Auch dass Pflegeberatung, obwohl sie sehr wichtig ist, nicht in ausreichendem Maße angeboten wird, stellt die Fachzeitschrift „Forum Sozialstation“ vom August 2005 fest: „Pflegeberatung muss man zehn Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung meist ebenso umständlich suchen, wie Hilfe-Instanzen, über die man sich Auskunft erhofft. Auch die vielen hundert Einträge, die das Internet zu Angeboten der Pflegeberatung listet, sind eher schöner Schein. Gemessen am Bedarf gibt es Pflegeberatung **viel zu selten**. Und: sie ist zu wenig an den Ratsuchenden orientiert“ (Grieshaber 2005). Dies lässt sich deutlich anhand ihrer Verbreitung sehen: in Deutschland mit einer Bevölkerungszahl von etwa 82 Millionen Menschen, wovon etwa 19,3%, das sind knapp 16 Millionen Menschen, über 65 Jahren sind (Statistisches Bundesamt, August 2006), existieren nur circa 850 Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen.

Dazu kommt, dass es **keinen einheitlichen Namen** gibt, unter dem sie vom Nutzer in den Gelben Seiten usw. gefunden werden könnte, dadurch ist sie selbst für Fachleute aus dem Altenhilfebereich nicht leicht identifizierbar.

Pflegeberatung ist **berufsgruppenoffen**, d.h. es finden sich in ihr unterschiedliche Berufsgruppen (für eine detaillierte Aufschlüsselung siehe Kapitel 3.2.2 und die Antworten aus der bundesweiten Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen im Anhang dieses Berichtes). Für beide Beratungsformen existieren verschiedene Trägermöglichkeiten. Zu nennen für die **Heterogenität der Träger** sind dabei Kommune/Kreis, Wohlfahrtsverbände, Vereine, Wohnungsunternehmen, Architektenkammer (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung 2002, einen differenzierten Überblick über die Häufigkeiten des Vorkommens der einzelnen Träger geben Kapitel 2.2.1 und die Übersicht der Anwohnerhäufigkeiten aus der bundesweiten Befragung im Anhang).

Es ist eine **generelle Marktoffenheit ohne Reglementierung** zu beobachten, d.h. jeder kann sich Pflegeberater nennen und sich mit seinem Angebot darstellen. Beispielsweise beanspruchen auch Pflegedienste den Begriff Pflegeberatung für sich.

Für Pflegeberatung sind Vereinheitlichungsbestrebungen und **Professionalisierungsanstrengungen** im Gange, beispielsweise existiert eine Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatungsstellen BAGA e.V. Der 2002 im Zusammenhang mit der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen gegründete Verein Beratung in der Pflege e.V. hat u.a. zum Ziel, Beratung im Berufsfeld der Pflege zu verorten. Auf der Ebene des Landes NRW gibt es einen Zusammenschluss von Pflegeberatern, die sich regelmäßig zum Infor-

mationsaustausch treffen. Es ist zu vermuten, dass es solche Zusammenschlüsse auch in anderen Bundesländern oder Regionen gibt.

Aber keine von diesen Einrichtungen oder Arbeitsgemeinschaften hat sich dabei inzwischen normgebend hervorgehoben. Der Geltungsbereich jeder dieser Institutionen ist regional oder inhaltlich **begrenzt**.

Die Forschungsaufgabe war, überörtlich geltende Qualitätsstandards für Pflege- und Wohnberatung zu erstellen. Da sich die konkreten Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in ihrer täglichen Arbeit ausrichten an den Gesetzesgrundlagen des jeweiligen Bundeslandes, war zu vermuten, dass schon allein aufgrund unterschiedlicher Gesetzesvorgaben ganz unterschiedliche regionale Ausgestaltungen der Qualität von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen gefunden werden konnten.

Ziel war es also, eine **Übersicht über die bundesweiten gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatung** zu erstellen, weil die SOLL-Vorgaben in den einzelnen Bundesländern bereits unterschiedlich sind und unterschiedliche Typen von Beratungsstellen zur Folge haben.

Zudem ging es darum, die höchsten in an Pflege- und Wohnberatungsstellen gesetzlich gestellten Anforderungen herauszufinden, um mit den zu erstellenden überörtlich geltenden Qualitätsstandards diese Anforderungen nicht zu unterschreiten. Dies war eine notwendige Bedingung für deren flächendeckende Anwendbarkeit. Die Sichtung der gesetzlichen Grundlagen diente also als **erste Orientierung für die Formulierung von Qualitätsstandards für die Pflege- und/oder Wohnberatung**.

Gleichzeitig erfolgte damit eine **Vorbereitung der bundesweiten Befragung**. Um sinnvolle Fragekategorien zu gewinnen, wurde bei der Sichtung der gesetzlichen Grundlagen nach Schwerpunkten Ausschau gehalten, ob folgende Gesichtspunkte direkt in den Gesetzen oder Ausführungsverordnungen zu finden sind:

- Träger
- Zielsetzung
- Allgemeine Aussagen über Pflegeberatungsstellen, Wohnberatungsstellen oder kombinierte Beratungsangebote
- Direkte Aussagen über Beratungsstellen
- Bezeichnung der Pflege- und Wohnberatungsstellen
- Qualitätsanforderungen
- Aussagen über Anbindung an Träger
- Lage der Beratungsstellen

- Aussagen über Radius, Einzugsgebiet der Beratungsstellen
- Aussagen über Case Management
- schriftliche Konzepte
- Leistungsbeschreibungen
- Vereinbarungen zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen

Unter Verwendung dieser Gesichtspunkte wurden anschließend eine bundesweite Recherche nach gesetzlichen **SOLL-Vorgaben** durchgeführt, wobei klar wurde, dass auf Ebene der Sozialministerien der Länder kaum gesetzliche Grundlagen für den gesamten Bereich der Pflege- und/oder Wohnberatung bekannt waren. Landespflegeberichte und Seniorenberichte wurden zusätzlich mit einbezogen, um mehr Informationen zu erhalten. Die gefundenen gesetzlichen Grundlagen auf Länderebene sind als Resultat im Anhang des Berichtes abgebildet. Der Stand der Recherchen ist Juni 2005. Sie erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, denn sie dienten lediglich dazu, aktuelle Entwicklungen zu erfassen, um die bundesweite Befragung vorzubereiten.

Zusätzlich war der „**IST-Zustand**“ von Interesse, also inwieweit die gesetzlichen Vorgaben in den konkreten Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen tatsächlich umgesetzt werden. Zu diesem Zweck wurden stichprobenhaft telefonische Interviews bei Ministerien und Kommunen durchgeführt. Dies erhob aus Kapazitätsgründen nicht den Anspruch auf ein vollständiges oder repräsentatives Bild, sondern diente vorab der Ideengewinnung für den Fragebogen der bundesweiten Befragung, in der welcher „IST-Zustand“ nochmals konkret vor Ort bei den Beratungsstellen erfragt werden sollte.

Zusammenfassend lässt sich über die Gesetzeslage und die so weit wie möglich recherchierte Ist-Situation auf Landesebene sagen, dass sie von großer Unterschiedlichkeit gekennzeichnet ist: die Gesetze unterscheiden sich darin, ob es ein Landespflegegesetz gibt oder stattdessen eine Ausführungsverordnung zum SGB XI. Auch inhaltlich sind sie unterschiedlich detailliert ausgearbeitet. In den meisten Fällen hat sich herausgestellt, dass die Zuständigkeit für Pflege- und/oder Wohnberatung auf der Ebene der Städte und Landkreise liegt. Zum großen Teil existieren die Stellen in städtischer oder freier Trägerschaft ohne eine Vernetzung auf Länderebene. Es gibt nur in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen - unserer Erkenntnis nach - eine strukturelle übergeordnete Vernetzung auf Länderebene.

Bemerkenswert ist, dass das Handlungskonzept Case Management sowohl in NRW als auch in Sachsen als Arbeitsweise Erwähnung findet. Eine Orientierung an Case Management stellt damit nach den rechtlichen Grundlagen das fachlich höchste Anforderungsniveau dar. Weitere Detailergebnisse sind im Anhang ausführlich im Überblick zusammengefasst.

2.3 Case Management

Zunächst und vor allem stellt sich die **Frage, warum Case Management** eine exponierte, konzeptleitende „Rolle“ zugeschrieben wird, Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu formulieren. Fünf Gründe sollen hier aufgezeigt werden:

1. Die gesellschafts- und pflegepolitischen Herausforderungen können methodisch mit Case Management bearbeitet werden (vgl. Kap. 1.1): einzelfallbezogene Koordination der Dienstleistungen, Schnittstellenmanagement zwischen Trägern und Berufen, adressatenorientiertes, kostenträgerübergreifendes Vorgehen im Einzelfall, Transparenz, Dokumentation, Evaluation und stetige Weiterentwicklung des Versorgungsnetzes, weitestgehende Effektivität und Effizienz sowie aus Adressatensicht zentral und gewünscht: Beratung aus einer Hand.

2. Die Ahlener Beratungsstelle (KAA – Pflege- und Wohnberatung) arbeitet nach dem Handlungskonzept Case Management. Idealtypischer Weise hat sie Case Management von der Systemebene aus implementiert: zuerst wurde der Verein gegründet, in dem alle Wohlfahrtsverbände und die Stadt Ahlen sowie weitere Anbieter vor Ort zusammen arbeiten. Die Pflege- und Wohnberatung kann im Einzelfall auf alle Angebote vor Ort koordinierend zugreifen, weil diese über ihre Träger im Trägerverein der Pflege- und Wohnberatungsstelle vertreten sind. Die Netzwerkebene wird über den Verein gesteuert und von der Sozialplanerin der Stadt Ahlen in Zusammenarbeit mit den Dienstleistungsanboten des Vereins „Alter und Soziales“ maßgeblich konzeptuell entwickelt. Die Systemebene wird gestaltet auf der Planungsebene (Bürgermeister, Geschäftsführer der Wohlfahrtsverbände und Leiter anderer sozialer Einrichtungen), auf der Ebene der Leiter von Angeboten (z.B. Pflegedienstleiter in einem Arbeitskreis) und der Ebene der Mitarbeiter. Die Durchführung von mittlerweile über 30 Bundes- und Landesmodellprojekten im Rahmen des Trägervereins der Pflege- und Wohnberatungsstelle, die alle dem Aufbau des Versorgungsnetzwerkes für alte Menschen dienen, haben vertraglich abgesichert dazu beigetragen, dass ein integriertes Versorgungsnetz aufgebaut werden konnte.

Auf der Einzelfallebene ging die KAA von Beginn an konsequent den Weg, auf der einen Seite alle standardisierbaren Inhalte zu definieren: Assessment, Serviceplan, Monitoring, Evaluation sowie auch Schnittstellen zum Krankenhaus und zu niedergelassenen Ärzten. Auf der anderen Seite wurde von Beginn an leitbildorientiert nach ethischen und fachlichen Kriterien Beratung lösungsorientiert und motivationsfördernd durchgeführt. Die Instrumente dienten stets als notwendiges „Werkzeug“ oder im Bild des Menschen als tragendes „Skelett“, um den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen fachlich versiert, persönlich und wertschätzend begegnen zu können.

3. Die Orientierung von Pflege- und Wohnberatungsstellen an dem Handlungskonzept Case Management in Ahlen ist kein Zufall. Die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle hat An-

leihen genommen an der konzeptuellen Ausrichtung der Berliner Koordinierungsstellen (Wissert, 1986). Hospitationen und Gespräche in Berlin haben den Weg der Ahlener be-
stärkt, konsequent nach dem Handlungskonzept Case Management zu arbeiten. Case Ma-
nagement im Sinne der Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Mana-
gement verstanden beinhaltet alle wesentlichen fachlichen Rahmenbedingungen, es handelt
sich um ein umfassendes Handlungskonzept, das viele Methoden impliziert und zudem an-
schlussfähig an weitere ist. Insofern eignet sich Case Management als Grundlagenkonzept
für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen.

4. Die Orientierung an dem Handlungskonzept Case Management bietet die Möglichkeit, auf
dem höchst möglichen fachlichen Niveau Qualitätsstandards zu formulieren. Da Case Ma-
nagement zentrale Grundelemente beinhaltet, die auch ohne Anwendung des Gesamtkon-
zeptes implementiert werden können, kann nach diesen Qualitätsstandards gehandelt wer-
den mit weniger umfangreichem Auftrag für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Die
einzelnen Qualitätsstandards behalten ihre Gültigkeit. Mit anderen Worten: unterschiedliche
fachliche Niveaus und Funktionen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen lassen sich
im Rahmen des Handlungskonzeptes Case Management darstellen.

5. Case Management wird handlungsfeld- und professionsübergreifend angewandt. Als
Handlungsrahmen ist dieses Konzept anschlussfähig an weitere Methoden. Das macht es
möglich, sich primär, aber nicht nur an Case Management zu orientieren, um ortsunabhän-
gige Qualitätsstandards zu formulieren. Da die Qualitätsstandards das methodische Vorge-
hen in den Vordergrund stellen, müssen die unterschiedlichen Beratungsstellen Pflegebera-
tung, Wohnberatung sowie Pflege- und Wohnberatung bzgl. der Qualitätsstandards nicht
unterschieden werden, da alle im Grundsatz das gleiche methodische Vorgehen haben.

Im Folgenden sollen nun Kernbestandteile des Case Managements in ihrer Bedeutung für
Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen dargestellt werden, ohne den Anspruch zu erheben,
Case Management von Grund auf zu erläutern (s. hierzu beispielhaft Wendt/Löcherbach
2006, Wendt 2006, Greuèl/Mennemann 2006, Löcherbach u.a. 3/2005; Klug 2003, Neufert
2002; Ewers/Schaeffer 2000):

- Zunächst sollen die Fachbegriffe des sperrigen Wortes Case Management erläutert und
übertragen werden: der „Case“ oder „Fall“ bezieht sich auf die Situation, in der sich eine
Person mit Hilfebedarf befindet. Das bedeutet, dass mit Case Management nicht nur der
Pflegebedürftige, sondern immer auch das räumliche und soziale Umfeld des Pflegebedürf-
tigen in den Blick genommen werden soll. Die Situation soll mehrdimensional aufgenommen
und in ihr mehrdimensional agiert werden, um hilfreiche Veränderungen anzuregen: mate-
riell, finanziell, räumlich, psychisch, sozial, körperlich, spirituell.

„Management“ bezieht sich auf die geschickte Koordination der Dienste im Einzelfall. Der Begriff „Management“ zielt damit zunächst auf die Systemebene. Auf der Einzelfallebene ist Case Management ein Beratungsansatz, der im Fokus alle im Einzelfall notwendigen Dienste optimal aufeinander abstimmen will. Zudem können unterschiedliche Beratungskonzepte ergänzt werden. In der Arbeit mit alten Menschen haben sich hier aus Ahlener Sicht die Lösungsorientierte Beratung (Bamberger 2005) und die Motivationsfördernde Gesprächsführung (Miller; Rollnick 1999) bewährt. Gerade auch mit Blick auf die Adressatengruppe der alten Menschen, die häufig einen persönlichen Kontakt suchen, sind die Aspekte der persönlichen Beziehungsgestaltung, der Herstellung von Vertrauen sowie Motivationsförderung zentral. Pflege- und Wohnberater müssen die „Sprache“ alter Menschen verstehen und in ihr agieren können: die anderen Lebenserfahrungen, der andere Zeitrhythmus, das andere Lebensgefühl müssen Berücksichtigung finden können.

- Case Management steht für eine möglichst umfangreiche Standardisierung der Beratungsinhalte. Standardisiert werden die Inhalte und deren Dokumentation, nicht die Methoden. Nicht die Begegnung mit den alten Menschen wird standardisiert, sondern die fachlichen Inhalte, die im Hintergrund des Gespräches unbedingt stehen müssen, werden definiert. Die Dokumentation des Gespräches ist standardisiert, um softwareunterstützt Hinweise für Bedarfsfeststellungen und Hilfemaßnahmen zu erhalten. Zudem sind die Inhalte der Prozesssteuerung sowie die Evaluationsformen standardisiert. Für die Pflege- und Wohnberatung bedeutet dies, dass die Inhalte der Aufnahme von Hilfsituationen, der Serviceplan, die Prozesssteuerung und die Evaluation standardisiert sind, nach Möglichkeit auch Kriterien der „Fall“feststellung. Was mit inhaltlicher Standardisierung gemeint ist, kann das Beispiel des Assessmentinstrumentes illustrieren (Kap 4.4.2).

- Das Ziel der Unterstützung nach Case Management ist die weitestmögliche Selbstbefähigung der Adressaten (Empowerment) nach dem Subsidiaritätsprinzip: die Hilfe soll professionell gegeben werden, die im Einzelfall unbedingt erforderlich ist, um die Situation zu klären. Das Selbsthilfepotential der alten Menschen und ihrer Familien soll sichtlich gemacht, ggf. strukturiert, gestärkt und zielgerichtet einbezogen werden.

- Case Management auf der Einzelfallebene verläuft nach einem definierten Prozess: „Fall“feststellung („Case finding“) und Vereinbarung der Zusammenarbeit („Intake“), Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“), Ziel- und Maßnahmenformulierung („Serviceplan“), Umsetzung der Maßnahmen und Vernetzung („Linking“), Prozessbeobachtung und –steuerung (Monitoring) sowie „Evaluation“ (vgl. Wendt, Wissmann, Löcherbach, Mennemann). Nach diesen fachlich festgeschriebenen Phasen verläuft auch der Beratungsprozess in Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Die Phasen lassen sich in der Praxis i.d.R. nicht eindeutig voneinander unterscheiden, die Beratungssegmente umfassen

möglicherweise inhaltsbezogen mehrere Phasen. Der idealtypische Ablauf hat vielmehr orientierenden und heuristischen Charakter.

- Mit Blick auf die Systemebene geht Case Management davon aus, dass dem Case Manager eine autorisierte Stellung im Versorgungsgefüge zukommt, um im Einzelfall die Dienste koordinieren zu können. Das ist ein sehr hoher Anspruch. Hier stellt sich vor allen die Frage nach der trägerbezogenen Angebundenheit von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Damit verbunden sind die strittigen Fragen nach Finanzierung und Neutralität, um adressatenorientiert handeln zu können. Das „Ahlemer System“ ist an der Stelle sehr erfolgreich, wird sich aber auf viele Orte nicht übertragen lassen. Aus Sicht des Case Management-Ansatzes bleibt jedoch die Forderung zentral, dass der Case Manager qua Trägerstruktur oder nach Möglichkeit auf der Grundlage von Vereinbarungen oder Verträgen befugt ist, im Einzelfall die Dienste zu koordinieren.

- Darüber hinaus ist Case Management gebunden an weitere fachliche Standards, die in den Leitprinzipien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) festgelegt sind (www.dgcc.de).¹ Diese müssen hier nicht alle eigens erläutert werden. Stattdessen sei noch einmal betont, dass Case Management ein Methodenset ist, das im Einzelfall greift, wenn

- eine komplexe Hilfesituation vorliegt
- mehrere Dienste am Einzelfall zur Problemlösung beteiligt sind und koordiniert werden müssen und
- der Adressat die Hilfe wünscht und diese erforderlich ist.

Nach den Erfahrungen der Ahlemer Pflege- und Wohnberatungsstelle liegt diese Konstellation in ca. 15-20% der Beratungsfälle vor. Aber auch Problemlösungsberatungen ohne Steuerung im Versorgungssystem finden auf dem Assessment- und Serviceplan-Niveau des Case Managements statt. Nach Erstellung des Serviceplanes entscheidet sich dann, ob ein Case Management-„Fall“ vorliegt oder nicht.

Case Management nach dem umfassenden Verständnis der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management bietet Pflege- und Wohnberatungsstellen einen klaren und äußerst hilfreichen Handlungsrahmen für alle Beratungsfälle – auch dann, wenn keine Versorgungssteuerung durchgeführt werden muss. Hilfreich ist dabei nicht nur die fachliche Unterstützung im Einzelfall, sondern vor allem auch die Möglichkeit, die Instrumente und das Versorgungssystem über die Evaluation datenbasiert und transparent stetig weiter zu entwi-

¹ Die DGCC ist bislang die einzige Institution, die Case Management fachlich definiert hat und auf einer ethischen Grundlage benennt, deshalb wird ihre Definition hier zugrunde gelegt. Sofern anders verortete, die Qualität definierende Weiterbildungen entwickelt werden sollten, die auf vergleichbarem fachlichem und ethischem Niveau Case Management vermitteln, sind sie dem gleichzusetzen.

ckeln, so dass der Grad der Effektivität und Effizienz überprüft und weiterentwickelt werden kann.

3 Bundesweite Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen

3.1 Ziel und Rahmenbedingungen

Ziel der bundesweiten Online-Befragung war vor allem, Hinweise zu der Güte von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu erlangen, die bei der Erstellung der ortsunabhängigen Qualitätsstandards berücksichtigt werden sollten. Von Interesse waren insbesondere die folgenden Inhaltsbereiche:

- formale Kriterien der Qualitätssicherung,
- Ausstattung und Leistungen der Beratungsstellen (vgl. Kap. 3.2.2).

Darüber hinaus sollten unterschiedliche Beratungstypen ausfindig gemacht werden, denen die ortsunabhängigen Qualitätsstandards zugeordnet werden können.

Zu Anfang erfolgte die **Definition der Stichprobe**. Es wurden hauptsächlich zwei Adress-Quellen herangezogen: für die Pflegeberatung war dies die CD-Rom des BKK-Bundesverbandes „**BKK Handbuch Pflegeberatung**“ (erschieden im Dezember 2004) und für die Wohnberatung die Adressliste auf der Homepage der **Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V.** www.wohnungsanpassung.de. Aus diesen beiden Pools wurden alle Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in die Stichprobe aufgenommen, die eine Emailadresse angegeben hatten. Durch telefonische Recherchen zusätzlich in Erfahrung gebrachte Emailadressen wurden ergänzt.

Die Gesamtzahl von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in Deutschland ließ sich durch die starken Veränderungsprozesse und Uneinheitlichkeiten in diesem Bereich (Adressenänderungen, Wegfall oder Umbenennung von Stellen, nicht in Adressverteilern aufgenommen, keine Emailadresse vorhanden oder angegeben) nicht eindeutig feststellen, liegt aber bei mindestens 852 (Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zusammen). Auch die exakte Zuordnung, ob eine Stelle Pflegeberatung, Wohnberatung oder Pflege- und Wohnberatung anbietet, ließ sich oft den in den Adressen genannten Einrichtungsnamen nicht entnehmen, sondern konnte erst in der Befragung selbst festgestellt werden. Es erfolgte deshalb die Entscheidung, pro Bundesland mindestens jeweils zwei Drittel (gerundet 67%) der eindeutig identifizierbaren Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in die Stichprobe aufzunehmen,

um einen systematischen Fehler auszuschließen. Dies ergab insgesamt eine Menge von 730 angeschriebenen Pflegeberatungs-, Wohnberatungs- sowie Pflege- und Wohnberatungsstellen.

Explizit nicht in die Stichprobe aufgenommen wurden Pflegedienste und Pflegekassen, weil Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen vorrangig Aufgaben übernehmen sollen, die von Pflegediensten und Pflegekassen zum Zeitpunkt des Modellprojektes nicht übernommen wurden.

Wegen der mehreren hundert anzuschreibenden Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, der bevorstehenden Portokosten und wegen der aufwändigen manuellen Eingabe der Antworten in ein EDV-Programm wurde die Entscheidung getroffen, die Befragung Online durchzuführen und ein Fragebogen-EDV-Format zu benutzen, das es erlaubt, die Antworten auf elektronischem Weg direkt in das Statistikprogramm SPSS zu importieren, um sie dort auswerten zu können. Der Fragebogen wurde aus 31 Fragen erstellt, mit dem Programm Grafstat in einem Online-Format erzeugt und auf der eigens dazu entwickelten Homepage www.cm-forschung.de eingestellt. Die ausgewählten Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen wurden per Email darum gebeten, sich mittels einer mitgesandten TAN-Nummer ihren Fragebogen online abzuholen, auszufüllen und zurückzuschicken. Dieser Zwischenschritt diente der Wahrung der Anonymität. Die Befragung wurde nach erfolgreichem durchgeführtem und ausgewertetem Pretest in zwei Wellen im November 2005 und Januar 2006 durchgeführt.

Die äußere Form erhielt der Fragebogen in Anlehnung an Hinweise in der Sozialforschungsliteratur zum Thema Erstellung und Auswertung von Fragebögen (z.B. Schaffer 2002, Diekmann 2002) und durch Rückmeldungen aus dem Pretest.

Bei der inhaltlichen Erstellung des Fragebogens wurde Bezug genommen auf verschiedene Faktoren:

- Punkte, die aus Sicht eines Nutzers einer Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle qualitätsrelevant sein könnten (z.B. Öffnungszeiten, Verkehrsanbindung) wurden insbesondere berücksichtigt, da die Definition von Qualität einer Dienstleistung nicht nur von der Anbieterseite aus betrachtet werden kann, sondern vor allem unter dem Aspekt der Kundenzufriedenheit zu sehen ist (vgl. Merchel 2001, S. 37f.).
- Der aus der Recherche nach gesetzlichen Grundlagen entstandende Vorab-Überblick über die Beratungslandschaft und das System der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in den unterschiedlichen Bundesländern (vgl. Kap. 2.2) flossen ein.
- Für die Abfrage von Finanzierungs- und Trägerformen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen erfolgte eine Anlehnung an die Broschüre „Finanzierung von Wohnberatungsstellen“ (BAG Wohnungsanpassung e.V. 2002).

- Um die Leistungsbereiche von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen abzufragen, wurden die Übersicht der Qualitätsstandards (siehe Teil II dieses Berichtes) sowie die Zeitmessbögen mit den typischen Themen aus der Pflege- und/oder Wohnberatung (Frontoffice-Eigentliche Beratung sowie Frontoffice-Vor- und Nachbereitung, beide siehe Anhang) eingearbeitet.
- Inhaltlich berücksichtigt wurden zudem Themen, die die Berliner Projektpartner in den Telefoninterviews mit der Pflege- und Wohnberatungsstelle in Menden angesprochen hatten.

3.2 Ergebnisse der Befragung und ihre Interpretation

3.2.1 Rücklauf und Gültigkeit der Daten

Während der bundesweiten Online-Befragung von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen wurden in der 1. und 2. Welle insgesamt 667 Emails erfolgreich verschickt, d.h. bei ihnen kann davon ausgegangen werden, dass sie den gewünschten Empfänger wirklich erreicht haben. Es kamen daraufhin 134 ausgefüllte Fragebögen zurück. Daraus errechnet sich eine Rücklaufquote von 20,1%. Dies ist eine **typische Rücklaufquote** von postalisch verschickten Fragebögen, die sich üblicherweise zwischen 10 – 30 % bewegt (Schaffer 2002, S. 105).

Bezieht man die 9 Antworten von Beratungsstellen, die an der Befragung nicht teilnehmen wollten, mit ein, steigt die Rücklaufquote auf 21,4%.

Vermutet werden kann an dieser Stelle eine positive Selektion, d.h. dass wahrscheinlich eher Beratungsstellen mit hohem Qualitätsstandard geantwortet haben, da sie mit einer guten Außenwirkung rechnen können. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass Beratungsstellen mit ausreichender personeller Ausstattung am ehesten Zeit dafür aufbringen konnten, den detaillierten Fragebogen auszufüllen.

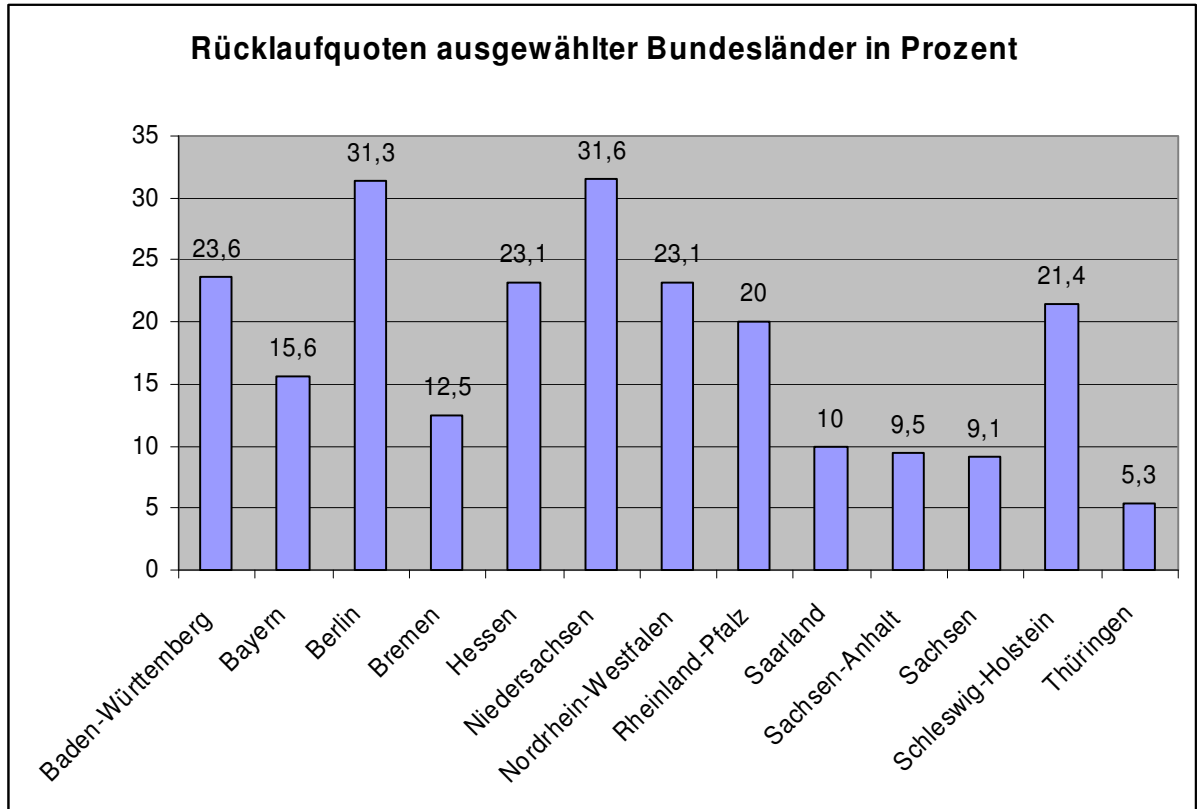
	Erfolgreich versandte Fragebögen	Beantwortete und rückgesandte Fragebögen	Rücklaufquote in Prozent	Verteilung auf Bundesländer
Keine Angabe	4	1	---	0,7%
Baden-Württemberg	106	25	23,6	18,7%
Bayern	90	14	15,6	10,4%
Berlin	16	5	31,3	3,7%

III. 3 Teil A Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster

Brandenburg	13	0	0	0,0%
Bremen	16	2	12,5	1,5%
Hamburg	2	2	100	1,5%
Hessen	39	9	23,1	6,7%
Meckl.- Vorpommern	2	1	50	0,7%
Niedersachsen	19	6	31,6	4,5%
Nordrhein- Westfalen	169	39	23,1	29,1%
Rheinland-Pfalz	105	21	20	15,7%
Saarland	10	1	10	0,7%
Sachsen-Anhalt	21	2	9,5	1,5%
Sachsen	22	2	9,1	1,5%
Schleswig- Holstein	14	3	21,4	2,2%
Thüringen	19	1	5,3	0,7%
GESAMT	667	134	20,1%	100%

Die einzelnen **Rücklaufquoten der Bundesländer** (Zahl der pro Bundesland versandten Fragebögen verglichen mit der Anzahl der Antworten aus diesem Bundesland) schwanken zwischen 9 und 32%. Die extremen Rücklaufquoten von 0, 50 oder 100% treten bei den Bundesländern mit sehr wenigen angeschriebenen Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen auf. Sie sind statistisch in diesem Zusammenhang nicht aussagekräftig.

Die Anzahlen der versandten Fragebögen spiegeln in gewisser Weise das Bild wieder, wie viele Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen pro Bundesland existieren, obwohl keine Gesamtstichprobe genommen wurde, sondern eine Auswahl von ca. 67% stattfand (s. Kap. 3.1), die durch verschiedene Faktoren teilweise gesenkt (Wegfall nicht mehr korrekter Adressen) und teilweise erhöht wurde (Hinzukommen neuer Adressen). Erwähnenswert dabei ist, dass Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern nur über sehr wenige Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen verfügen, während Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Bayern, Bremen und Berlin über ein großes Angebot an Beratungsstellen verfügen.



Die Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind **auf die Bundesländer äußerst ungleich verteilt** (vgl. Frage 1 des Fragebogens, detaillierte Darstellung im Anhang). Von den 134 Teilnehmern (100%) kommen (es folgen die häufigsten Nennungen in absteigender Reihenfolge) 29,1% aus NRW, 18,7% aus Baden-Württemberg, 15,7% aus Rheinland-Pfalz, 10,4% aus Bayern, 6,7% aus Hessen, 4,5% aus Niedersachsen und 3,7% aus Berlin. Die übrigen Bundesländer waren mit 0 – 2,2% vertreten. Gründe für diese starken Unterschiede liegen u.a. darin, dass es in einigen Bundesländern fast keine Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen gibt, die hätten befragt werden können.

Ob die tatsächliche Verbreitung der **Träger** der u.g. Rangfolge entspricht, kann nur gemutmaßt werden, da die Datenquellen der Stichprobe möglicherweise ursprünglich aus bestimmten Verteilerlisten erzeugt wurden, die leicht zugänglich waren, wie z.B. von Kommunen und Kreisen, wohingegen private Anbieter nicht auf Verteilern, sondern eher einzeln auf ihrer jeweiligen Homepage zu finden sind.

III. 3 Teil A Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster

	Versandte Fragebögen	Beantwortete Fragebögen	Rücklaufquote in Prozent
Kommune/Kreis	399	64	16,0
Wohlfahrtsverband/ Trägergesellschaft	137	30	21,9
Verein	39	22	56,4
Freigewerblicher Träger	20	2	10,0
Wohnungsunternehmen	4	1	25,0
Architektenkammer	3	1	33,3
Sonstiger Träger	62	8	12,9

Am häufigsten (in absoluten Zahlen) kamen beantwortete Fragebögen von Kommunen/Kreisen (64 Nennungen von 134, entspricht 47,8%) gefolgt von den Wohlfahrtsverbänden/ Trägergesellschaften (30 Nennungen, 22,4%) bzw. Vereinen (22 Nennungen, 16,4%). Sonstige, Freigewerbliche Träger, Wohnungsunternehmen und Architekten machen zusammen lediglich einen Anteil von 9,0% aus (Frage 6 des Fragebogens).

Dagegen stellt sich die Rücklaufquote anders dar: hier haben sich fast 60% der Vereine an der Befragung beteiligt. Vermutet werden kann ein starkes Interesse der Vereine an Öffentlichkeitsarbeit sowie eine hohe Identifikation mit der Beratungsstelle. Hingegen kam von den freigewerblichen Trägern ein Rücklauf von 10%, was mit starker Arbeitsbelastung von Freigewerblichen zu tun haben könnte.

	Versandte Fragebögen		Ausgefüllte Fragebögen	In Prozent	pro Handlungsfeld	Gesamt in Prozent
PB	401	ausschließlich PB	6	4,5	32	23,9
		PB kombiniert mit...	26	19,4		
WB	169	ausschließlich WB	21	15,7	35	26,1
		WB kombiniert mit...	14	10,4		
		ausschließlich PWB	14	10,4	65	48,5
		PWB kombiniert mit...	51	38,1		
k.A.	97	k.A.	2	1,5	2	2,7

Anfangs war die zur Verfügung stehende Stichprobe noch sehr unspezifisch, es konnte beim Versand der Fragebögen lediglich grob unterschieden werden in Adressen aus Pflegeberatungsstellen (PB), aus Wohnberatungsstellen (WB) und in viele Stellen, bei denen anhand des Namens in ihrer Adresse nicht sicher festgestellt werden konnte, welchem Handlungsfeld sie angehören (97 Stellen) (Frage 2).

Durch die Antworten zum **Handlungsfeld** aus den Fragebögen (Frage 2) differenzierte sich das Bild stark aus: der größte Anteil kam mit 38,1% von denjenigen Stellen, die Pflege- und Wohnberatung in Kombination mit sonstigen Beratungsleistungen anbieten, der geringste Anteil von Stellen, die ausschließlich Pflegeberatung anbieten (4,5%). Beim Zusammenfassen zu den übergeordneten Handlungsfeldern wird deutlich, dass Pflege- und Wohnberatungsstellen (PWB) insgesamt circa doppelt so oft geantwortet haben (48,5%) wie Pflegeberatungsstellen (23,9%) oder Wohnberatungsstellen (26,1%).

	Ausgefüllte Fragebögen	In Prozent
Ausschließlich PB, WB, PWB	41	30,6
Mischformen	91	67,9
k.A.	2	1,5

Außerdem wird deutlich, dass nur 41 Beratungsstellen (30,6%) **ausschließliche** Pflegeberatungsstellen, Wohnberatungsstellen bzw. Pflege- und Wohnberatungsstellen sind. Viel häufiger sind **Mischformen** mit anderen Beratungsangeboten und Aufgaben (z.B. Heimaufsicht, Sozialplanung, Sachbearbeitung Behindertenfahrdienst, Kindergartenangelegenheiten, Spätaussiedlerangelegenheiten). Sie stellen über 2/3 der Beratungsstellen dar (91 Stellen, 67,9%).

3.2.2 Häufigkeiten

Im Fragebogen wurden verschiedene Themenblöcke abgefragt, um Informationen über das Qualitätsniveau in den bundesdeutschen Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu erlangen. Nachfolgend werden die 3 Themenbereiche und die relevanten Ergebnisse der **Häufigkeitszählungen** dargestellt. Jeweils in Klammer dahinter steht die dazugehörige Frage-Nummer, die sich in den ausführlichen Häufigkeitsaufzählungen im Fragebogen im Anhang des Berichtes wiederfindet.

Einzel- oder Verbundberatungsstelle sowie Vernetzung mit anderen Diensten:

Überwiegend haben die Beratungsstellen keine **weiteren Standorte**, z.B. Filialen in anderen Stadtteilen, wo ein eigenes Büro vorgehalten wird (103 Beratungsstellen, 76,9%) (Frage 3). Damit im Zusammenhang steht, dass 109 Beratungsstellen nicht in einem **ortsbezogenen Verbund** tätig sind, in dem eine **vertraglich geregelte Aufgabenteilung** praktiziert wird (81,3%) (Frage 4). Nur 28 Beratungsstellen (20,9%) geben an, dass ihre Beratungsstelle mehrere Standorte betreibt (z.B. in Stadtteilen, Vororten), mit einem eigenen Büro oder Sprechzimmer. 21 von ihnen (15,7%) gehören zu einem ortsbezogenen Verbund von Pfl-

ge- und Wohnberatungsstellen mit vertraglich geregelter Aufgabenteilung. Dies geht oft einher mit einer **Abgabe von komplexen Beratungssituationen untereinander** in diesem Verbund (21 Beratungsstellen, 15,7%) (Frage 5).

Stets zwischen 70% und 90% der Beratungsstellen haben weder eine **mündliche noch eine schriftliche Vereinbarung** mit anderen Beratungsstellen, niedergelassenen Ärzten, dem Krankenhaus und Heilmittelerbringern. Lediglich 38,8% der Beratungsstellen haben eine Vereinbarung mit ambulanten Pflegediensten, über 2/3 davon sind mündliche Vereinbarungen (Frage 17). Über **schriftliche Arbeitsinstrumente**, die die Zusammenarbeit mit anderen Diensten regeln (z.B. Überleitungsbögen, standardisierte Faxmasken), verfügen nur 27,6% der Beratungsstellen (Frage 18).

Formale Kriterien für Qualitätssicherung:

68,7% der Beratungsstellen erstellen einen **Jahresbericht** mit statistischen Daten (Frage 29).

62,7 % haben nach eigener Auskunft eine **Leistungsbeschreibung** und 68,7% geben an, nach einem schriftlich formulierten **Konzept** zu arbeiten (Fragen 20, 21). 23,1% führen eine interne Evaluation durch. Nach einem anerkannten **Qualitätsmanagementsystem** arbeiten 4 Beratungsstellen (entspricht 3,0 %; Frage 24). Schriftlich formulierte **Qualitätsstandards** haben 18,7% der Beratungsstellen, 59,7% eine **standardisierte Aufnahme der Hilfesituation**. 31,3% verfügen über ein **standardisiertes Arbeitsinstrument zur Erstellung eines Serviceplanes** (Fragen 25, 26, 27, 28).

Konkrete Qualitätsstandards scheint es in den Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen selten zu geben. Von den 134 Beratungsstellen unserer Befragung antworteten auf die Frage, ob sie schriftlich formulierte Qualitätsstandards hätten, nur 25 mit „Ja“ (dies entspricht 18,7%). Der Rest von 109 Beratungsstellen antwortete mit „Nein“ oder machten keine Angabe (dies entspricht 81,3%). Selten wurden von den Beratungsstellen ihre konkreten Qualitätsstandards zugeschickt. Teilweise können sie kostenpflichtig erworben werden. Zum Teil hatten die Qualitätsstandards eher den Charakter von Infoflyern für Ratsuchende. Oder sie ähnelten Gedankenstützen für die tägliche Arbeit in Form von schriftlichen Handreichungen. Es handelte sich insgesamt um sogenannte Graue Literatur, also nicht über den offiziellen Buchhandel und Büchereien recherchierbare und erhältliche Literatur.

D.h. im Rahmen des Forschungsprojektes wurden die Qualitätsstandards hauptsächlich ohne die Anlehnung an bereits vorhandene einzelne Standards entworfen. Auf Anschlussfähigkeit der Standards an vorhandene Qualitätsmanagement-Systeme (wie z.B. an DIN EN ISO 9000ff., EFQM) brauchte nicht geachtet zu werden, da dies zum einen nicht For-

schungsauftrag war und zum anderen nur 2,9% der Beratungsstellen angeben, ein **Qualitätsmanagement-System** implementiert zu haben.

Ausstattung und Leistungen der Beratungsstellen:

Die **Finanzierung der Personal- und Sachkosten** wird anteilig überwiegend getragen von den Kommunen (60,4%) sowie aus Eigenmitteln des Trägers der Beratungsstelle (29,9%) und dem Land (26,1%). Die Pflegekassen tragen 10,4% (Frage 7).

Die Frage, wie die **Leistungsbereiche und Themenbereiche** in der Beratung sich darstellen, ergab folgendes Bild: 54,5% der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben an, mit **Case Management** zu arbeiten (Frage 19). In den Beratungsstellen besonders **häufig vorkommende Themen** sind (Nennungen über 77%): SGB XI, Hausnotruf, Pflegerische Dienste, Hauswirtschaftliche Dienste, Beratung über Wohnangebote, Hilfsmittelversorgung nach SGB V, Wohnungsanpassung (z.B. Umbauten). Psychosoziale Begleitung in Belastungssituationen bieten 56,7%. Die Themenpalette in den Beratungsstellen ist aber auch darüber hinaus sehr breit gestreut und wird auch in Ihrer Vielfalt vom Kunden abgefragt. Dies macht deutlich, wie wichtig eine „generalistische“ Ausrichtung der BeraterInnen ist (Frage 23).

Bei der Frage nach der personellen Situation in den Beratungsstellen stellte sich folgendes Gesamtbild dar (Frage 9): In den 134 Beratungsstellen, die den Fragebogen beantwortet haben, arbeiteten insgesamt 263 MitarbeiterInnen. Ihr **Bildungsabschluss** ist zu 69,4% ein Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss. 28,5% verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung.

	Nennungen	in Prozent
Hochschul-/Fachhochschulabschluß	183	69,6
Ausbildung	75	28,5
Ohne Ausbildungsabschluss	3	1,1
keine Angabe	2	0,8
Gesamt Mitarbeiter	263	100,0

Die mit Abstand am häufigsten vertretene **Berufsgruppe/Hauptprofession** ist die Soziale Arbeit/Pädagogik (54,8%). Verwaltung, Architektur und Sekretariat wurden deutlich seltener genannt. Nur 5,7% kommen aus der Pflege.

	Nennungen	in Prozent
Soziale Arbeit/Pädagogik	144	54,8
Verwaltungsmitarbeiter	32	12,2
Architektur	27	10,3
Sekretariat	20	7,6

III. 3 Teil A Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster

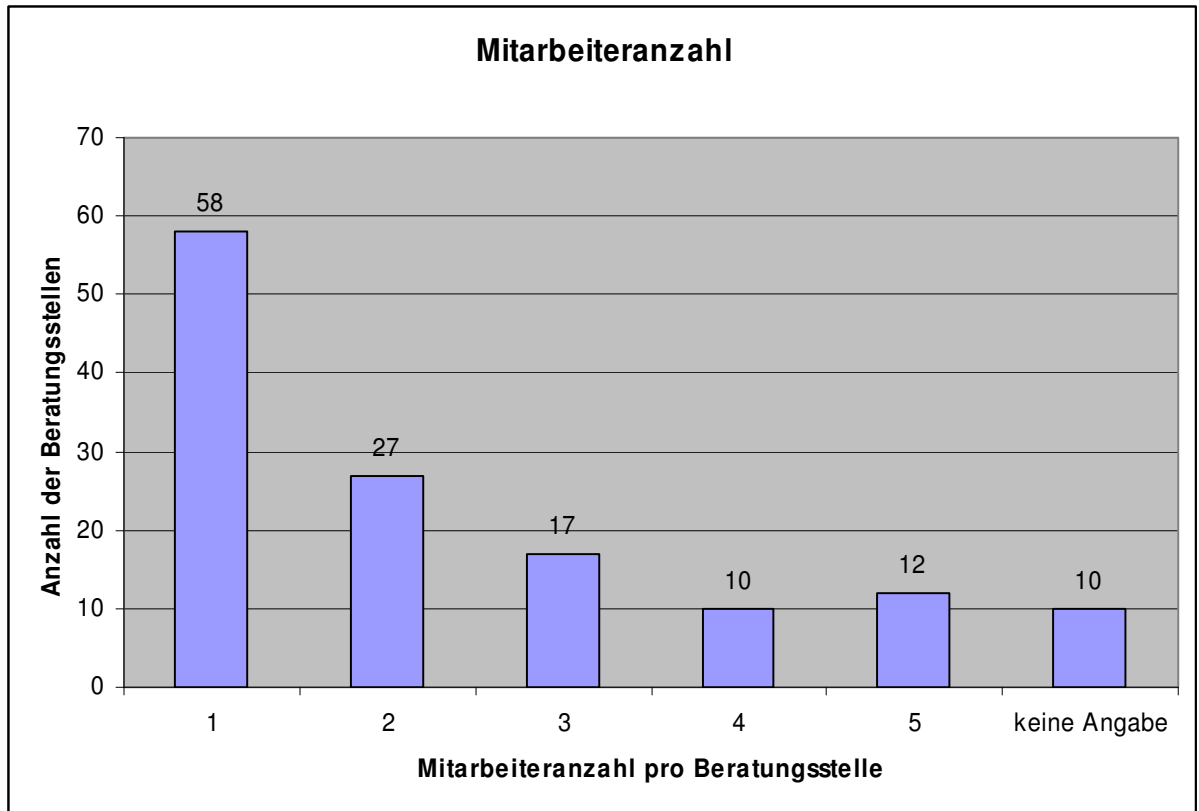
Pflege	15	5,7
Medizin	2	0,8
Gerontologie	1	0,4
Soziologie	1	0,4
Psychologie	1	0,4
Jura	1	0,4
keine Angabe	19	7,2
GESAMT Mitarbeiter	263	100,0

Zusatzqualifikationen, die mindestens 100 Unterrichtsstunden umfassten, sind breit gestreut: Vorrangig sind es Gesprächsführung/Beratungsausbildung (bei 19,8% der Mitarbeiter), aber auch gesetzliche Kenntnisse (17,1%), medizinisch-pflegerische Kenntnisse, Altenhilfe, Baulich-Architektonische Kenntnisse, Case Manager mit und ohne Richtlinien nach DGS, DBSH, DBfK und Sozialmanagement.

	Nennungen	in Prozent
Gesprächsführung / Beratung	52	19,8
Gesetzliche Kenntnisse (z.B. SGB, BGB, Betreuungsrecht)	45	17,1
Medizinisch-Pflegerisch	26	9,9
Altenhilfe	21	8,0
Baulich-architektonisch	16	6,1
CaseManager nach Richtlinien DGS, DBSH, DBfK	11	4,2
CaseManager ohne Richtlinien nach DGS, DBSH, DBfK	11	4,2
Sozialmanagement	10	3,8
keine Angabe	71	27,0
Gesamt Mitarbeiter	263	100,0

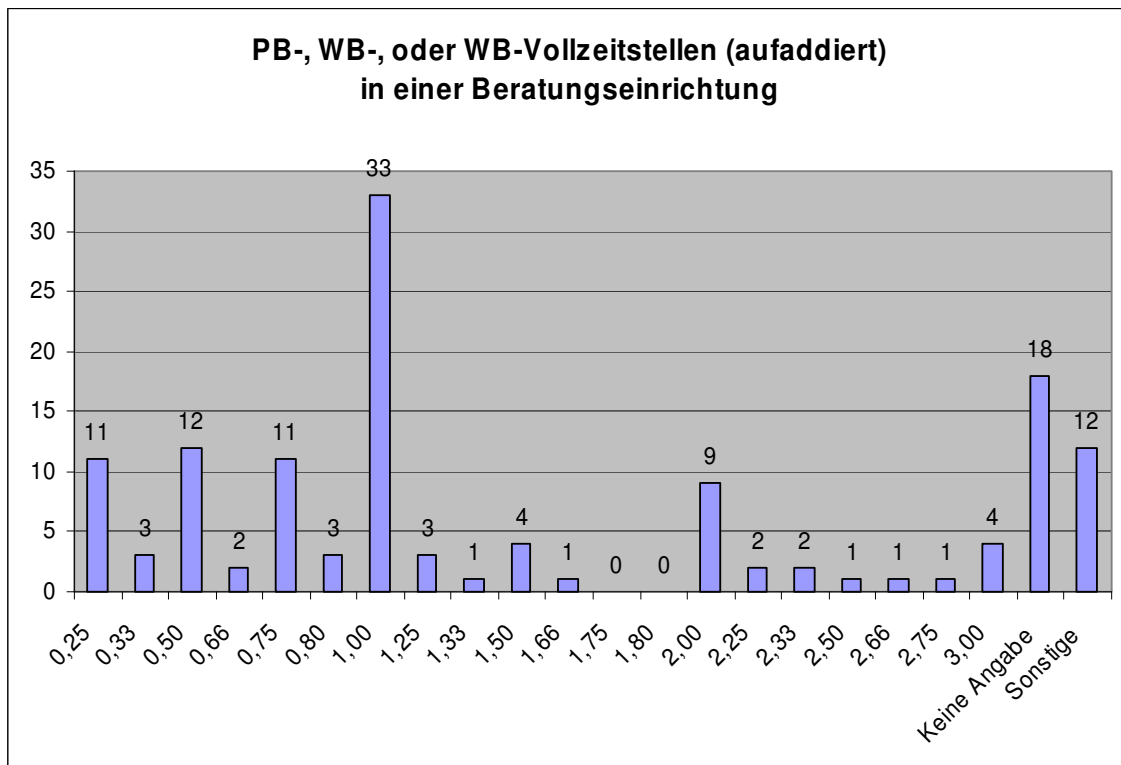
Bei der Auswertung der **Mitarbeiterzahl pro Beratungsstelle** ergab sich folgendes Bild: die meisten Beratungsstellen (58 Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen) haben 1 Mitarbeiter angegeben, ebenfalls häufig vertreten sind Beratungsstellen mit 2 Mitarbeitern (27), über 3-5 Mitarbeiter verfügen nur wenige Beratungsstellen (zwischen 10 und 17 Beratungsstellen). Der Fragebogen erfasste nur maximal 5 Mitarbeiter, deshalb sind 6. und mehr Mitarbeiter hier nicht erwähnt. **Stellenumfang** bei den Mitarbeitern ist am häufigsten eine 100%-Stelle (69,4%), gefolgt von 50%-Stellen (39,6%).

III. 3 Teil A Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster



Ein Großteil der Beratungseinrichtungen verfügt über **Teilzeitstellen**: 31,3% (42 Einrichtungen) stehen weniger als 1,0 Personalstellen für die Pflegeberatung, Wohnberatung oder Pflege- und Wohnberatung zur Verfügung (0,25-0,8 Stellen).

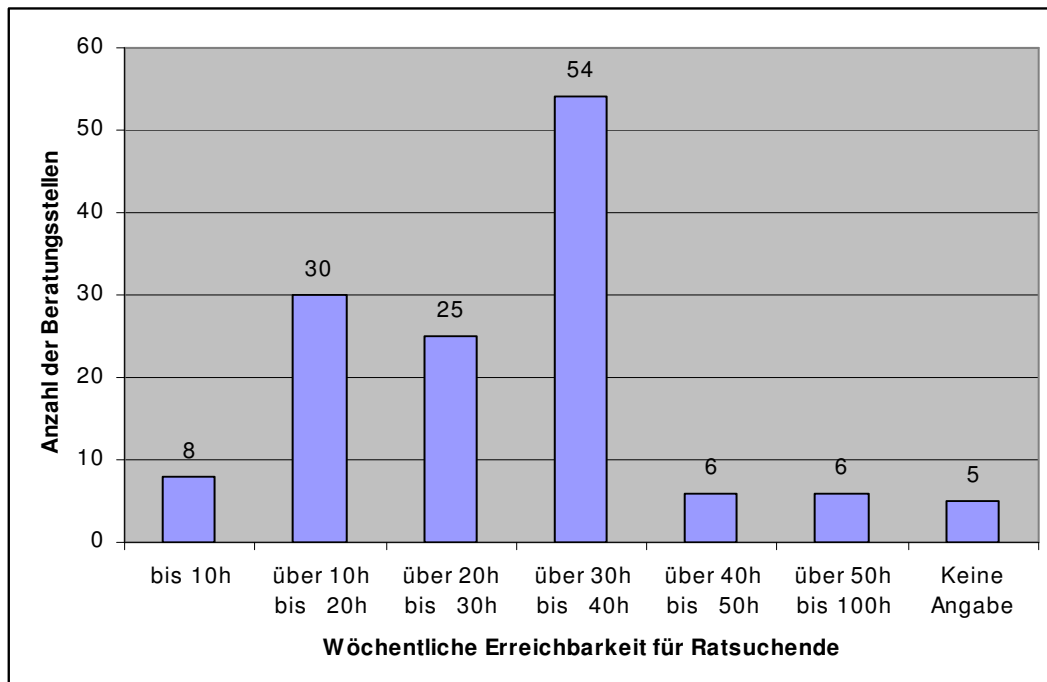
Ein weiterer Schwerpunkt sind die Einrichtungen (33 Einrichtungen), die jeweils mit **Vollzeitstellen** (1,0) für diese Aufgaben ausgestattet sind (24,6%) (Frage 10).



Bei der Frage hinsichtlich der **Anzahl der beratenen Klienten** ergab sich folgendes Bild: am häufigsten vertreten waren jeweils die Beratungsstellen, die im Jahr 1-200 Personen/ Personengruppen mit ihrer Dienstleistung versorgten. Dies betraf Info/Auskunft (40%) und auch Case Management (52,5%) (Frage 30). Auch bei der Frage, wie viele **Beratungskontakte** (also auch einzelne Termine pro Person) die Beratungsstelle im Vorjahr hatte, stellte sich heraus, dass wiederum die meisten Beratungsstellen 1-200 Beratungskontakte durchführten. Dies betraf sowohl die telefonische (37,3%) als auch die persönliche Info/Auskunft (41,8%), Beratung/Case Management telefonisch (32,8%) als auch persönlich (43,3%) (Frage 31).

Adressatengruppen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen sind quasi gleichermaßen Hilfe- und Pflegebedürftige (94,0%), deren Angehörige (91,8%) sowie Senioren ganz allgemein (85,1%). Aber auch andere Fachdienste, z.B. ambulante Pflegedienste, werden als Adressatengruppe häufig genannt (67,9%) (Frage 8).

Der Großteil (40,3%) der Beratungsstellen bietet **Sprechzeiten** von 30-40 Stunden wöchentlich an. In wenigen Beratungsstellen, in denen mehr als 1,0 Mitarbeiter beschäftigt ist, werden auch Beratungsstunden (aufaddiert) bis zu 100 Stunden angeboten (Frage 11). Die meisten Beratungsstellen verteilen ihre Erreichbarkeit auf Montag bis Freitag (76,1%), nur wenige haben an weniger als 5 **Wochentagen** geöffnet (20,1%) (Frage 12). **Qualifizierte Urlaubsvertretung** halten 61,9% der befragten Beratungsstellen bereit (Frage 13).



Fast alle Beratungsstellen sind zentral gelegen (89,6%) und mit ÖPNV gut erreichbar (94,0%). 80,6% haben einen barrierefreien Zugang (Fragen 14, 15, 16).

Über 78% der Beratungsstellen betreiben **Öffentlichkeitsarbeit**, z.B. in Form von Flyern, Homepage, Veröffentlichung in der Presse, thematischen Infoveranstaltungen (Frage 22).

3.2.3 Korrelationen

Von denjenigen Beratungsstellen, die **ausschließlich Pflege- und/oder Wohnberatung** betrieben, verfügten 75,6% über eine **schriftliche Leistungsbeschreibung** und ebenfalls 75,6% über ein **schriftliches Konzept**. Bei denjenigen, die **Pflege- und/oder Wohnberatung nur als ein Angebot unter mehreren anderen Beratungsangeboten** vorhielten, waren es nur 55,9% mit schriftlicher Leistungsbeschreibung und 66,7% mit schriftlichem Konzept. Sehr unterschiedlich verteilte sich das Vorhandensein von schriftlicher Leistungsbe-

schreibung bzw. schriftlichem Konzept auf die einzelnen **Bundesländer**. Besonders verbreitet waren sie in nachfolgenden Bundesländern (Angaben in %):

	Schriftliche Leistungsbeschreibung	Schriftliches Konzept
Rheinland-Pfalz	85,7	80,9
Nordrhein-Westfalen	71,8	76,9
Baden-Württemberg	62,5	78,3
Bayern	28,6	42,9

Wichtig hierbei ist aber festzuhalten, dass die Zahlen wegen der oft sehr geringen Fallzahlen aus den einzelnen Bundesländern von reduzierter Aussagekraft sind.

Case Management verteilte sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen **Bundesländer**. Auch hier bestand wieder das Problem der geringen Anzahl der beantworteten Fragebögen und den wenigen überhaupt vorhandenen Pflege- und Wohnberatungsstellen in einigen Bundesländern, wie Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen, die daher in der Auswertung nicht mit aufgenommen wurden. Am häufigsten wurde Case Management praktiziert in Rheinland-Pfalz (80,9%), außerdem in Baden-Württemberg (68,0%), Hessen (66,7%), Bayern (42,9%) und Nordrhein-Westfalen (41,0%).

Verglich man diejenigen Beratungsstellen, die angaben, nach Case Management zu arbeiten, mit der Anzahl ihrer Mitarbeiter, die eine Case Management-Weiterbildung (mindestens 100-stündig) aufwiesen, ergab sich folgendes Bild: Von den 73 Beratungsstellen, die mit Case-Management arbeiteten, hatten 6 Personen eine **Case-Management-Weiterbildung** nach den Richtlinien von DGS, DBSH, DBfK (8,2%) und 4 Personen eine Case-Management-Weiterbildung ohne die Richtlinien (5,5%).

Bei Wohlfahrtsverbänden wird häufiger mit Case Management gearbeitet. In kommunaler Trägerschaft findet sich häufiger kein Case Management, keine schriftliche Leistungsbeschreibung, aber dafür bei ca. 2/3 ein schriftliches Konzept.

Es liegt die Vermutung nahe, dass Case Management als angewandtes Handlungskonzept zwar häufig genannt, aber in der Praxis unterschiedlich verstanden und nicht auf der Einzel-fall- und Systemebene implementiert ist:

- es gibt nur wenige Pflege- und/oder Wohnberater, die eine entsprechende Weiterbildung absolviert haben und

- bei Vollimplementierung von Case Management müssten die Angaben zur Leistungsbeschreibung, zu standardisierten Arbeitsinstrumenten, zur Evaluation, zu Vereinbarungen mit anderen Dienstleistern vor Ort höher sein.

Case Management wird offensichtlich seitens der Praktiker eine hohe Bedeutung für die Pflege- und/oder Wohnberatung zugesprochen. Das Handlungskonzept muss allerdings mit Blick auf die Qualitätsstandards eigens für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen definiert werden.

3.2.4 Clusteranalyse

Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen, ob sich innerhalb der Pflege- und/oder Wohnberatungslandschaft der Bundesrepublik verschiedene Beratungstypen ausfindig machen lassen. Dazu wurden die Variablen „Träger“ (Frage 6 des Fragebogens), „Handlungsfeld“ (Frage 2) und „Leistungsbereiche“ (Frage 19) gemeinsam per Clusteranalyse untersucht. Es ergaben sich 4 Cluster, die man als Beratungstypen bezeichnen kann. In Klammern stehen jeweils die Häufigkeiten, wie oft dieses Merkmal innerhalb des Clusters vorkam.

Beratungstyp 1: (39 Stellen)

- Überwiegend Case-Management-Stellen (28)
- Überwiegend Pflege- und Wohnberatung (20) in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden (24) und Vereinen (12)

Beratungstyp 2: (33 Stellen)

- Beratungsstellen mit Übernahme von Hilfemaßnahmen (22) (+CM-Stellen 12),
- unterschiedliches Aufgabenprofil
- in kommunaler Trägerschaft (25)
- hoher Grad an Standardisierung

Beratungstyp 3: (37 Stellen)

- Vorwiegend Beratungsstellen, die neben Pflege- und Wohnberatung noch zu anderen Themen beraten (24)
- Beratung mit Komm-Struktur, ohne Durchführung von Hilfemaßnahmen (26)
- In kommunaler Trägerschaft (32)

Beratungsstellentyp 4: (25 Stellen)

- Informationsstellen (23), die neben Pflege- und/oder Wohnberatung auch noch zu anderen Themen informieren
- in unterschiedlicher Trägerschaft

Nach dieser Zusammenstellung lassen sich theoretisch abstrahiert und idealtypisch mit Blick auf das mögliche Aufgabenspektrum vier Beratungsstellentypen unterscheiden:

Typ 1 hat Case Management voll implementiert auf der Einzelfall- und der Systemebene: auf den Einzelfall hin können Dienste koordiniert werden. Im Netzwerk kommt dem Pflege- und Wohnberater eine autorisierte Stellung zu.

Typ 2 nimmt umfangreiche Problemlösungsberatungen vor, geht in die Häuslichkeit der Adressaten und übernimmt selber Hilfemaßnahmen. Eine autorisierte Stellung im Netzwerk und eine Koordination aller Maßnahmen auf den Einzelfall hin wird in Abgrenzung zu Typ 1 nicht vorgenommen. Auf andere Dienste wird lediglich verwiesen.

Typ 3 nimmt zwar Problemlösungsberatungen vor, weist aber eine Komm-Struktur auf. In der Regel werden Hilfemaßnahmen nicht selber durchgeführt.

Typ 4 ist eine reine Informationsstelle, Problemlösungsberatungen werden nicht vorgenommen. Auch diese Stelle ist trägerneutral angesiedelt, das inhaltliche Spektrum, zu dem Informationen gegeben werden, umfasst alle für die Pflege- und/oder Wohnberatung relevanten Bereiche.

Interessant ist, dass Pflege-, Wohn-, Pflege- und Wohnberatung sowie weitere Mischtypen jeweils allen vier Beratungstypen zugeordnet werden können.

Die ortsunabhängigen Qualitätsstandards sollten mit Blick auf den Typ 1 zusammengestellt werden, ausgehend von der Ahlener Beratungsstelle und unter Hinzuziehung der Fachliteratur. Die Typen 2-4 stellen gewissermaßen Teilmengen von Typ 1 mit abnehmender Zuständigkeit und abnehmendem Aufgabenspektrum dar. Welcher Typ vor Ort der richtige ist, muss je nach Struktur, Aufgabenspektrum und Eingebundenheit in das Netzwerk vor Ort entschieden werden.

Der Grad der Überschneidung der Aufgaben mit anderen Diensten, die ebenfalls Pflegeberatung anbieten wie zum Beispiel den Pflegediensten, den Pflegekassen und Sozialen Diensten in stationären Einrichtungen, nimmt von Typ 1 bis hin zu Typ 4 kontinuierlich zu: eine reine Informationsstelle weist zwar ein breiteres inhaltliches Spektrum auf und sollte neutral bzw. adressatenorientiert beraten können, aber die inhaltlichen Überschneidungen sind hier am größten.

Die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle ist dem Typ 1 zuzuordnen. Insofern sollten alle ortsunabhängigen Qualitätsstandards von der Ahlener Beratungsstelle umgesetzt werden können. Die Aussagen zu den quantitativen und qualitativen Studien beziehen sich damit ausschließlich auf den Beratungstyp 1.

4 Instrument zur Einschätzung von Art und Dauer der Beratung

4.1 Hintergründe der Entstehung des Instrumentes

Forschungsauftrag war die Weiterentwicklung des bereits von der KAA vorliegenden Instrumentes „Orientierungsscreening“, welches dazu dienen sollte, anhand bestimmter Persönlichkeitsfaktoren der Ratsuchenden eine Einschätzung von Art und Dauer einer bevorstehenden Beratung vornehmen zu können.

Um sich einen Überblick über die bereits bestehende Wirksamkeit des Orientierungsscreenings zu verschaffen, wurden die dazu vorliegenden Daten aus der KAA erfasst und ein Vergleich zweier Datenreihen wurde vorgenommen zwischen:

1. dem sogenannten „Zeitwert“, der anhand bestimmter angekreuzter Persönlichkeitsfaktoren im Orientierungsscreening einer Person errechnet worden war und
2. der tatsächlichen Gesamtzeit, die für einen bestimmten Fall benötigt worden war (gemessene reale Zeiten, bestehend aus eigentlicher Beratungszeit, Vor- und Nachbereitung der Beratung, sowie Fahrtzeit), dies war in der EDV-Datenbank der KAA erfasst.

Würde das Orientierungsscreening wirklich zuverlässig den Bedarf an Beratungszeit erfassen können (Zeitwert), müsste sich dieser dann auch in der anschließend erfolgten echten Beratungszeit aus der Datenbank widerspiegeln. Es müsste sich also ein rechnerischer Zusammenhang in Form eines Umrechnungsfaktors zwischen Zeitwert des Orientierungsscreenings (prognostizierte Zeit) und der tatsächlich benötigten Beratungszeit nachweisen lassen. Es stellte sich jedoch heraus, dass dieser gesuchte Umrechnungsfaktor nicht feststellbar war, sondern extreme Schwankungen aufwies mit Werten zwischen 4 und 70, wie anhand einer Auswahl der 42 untersuchten Personen dargestellt:

	OS- Zeitwert	Beratung plus Vor/Nachbereitung	Umrechnungsfaktor (Gesamtzeit geteilt durch OS-Wert) Beispiel Person 1: 1 OS-Zeitwertpunkt entspricht 17 Beratungs- sowie Vor- und Nachbereitungsminuten
Person 1	3	50	17
Person 4	6	30	5
Person 6	4	15	4
Person 9	2	85	43
Person 12	2	100	50
Person 16	1	70	70
Person 22	6	40	7
Person 25	6	60	10

Somit konnte das bislang bestehende **Orientierungsscreening nicht empirisch gesichert** und nicht weiterentwickelt werden. Hierzu gab es keinerlei verlässliche Anhaltspunkte.

Es musste deshalb eine **Änderung im Forschungsdesign** vorgenommen werden. Statt der Weiterentwicklung des ursprünglichen Orientierungsscreenings erfolgte nun eine **Aufspaltung in zwei verschiedene Instrumente**:

- Case Finding Instrument / Schnittstelleninstrument (siehe Teil II des Berichtes).
- Begründetes Empfehlungsformular für Kostenträger. Dieses hat das Ziel, vor Aufnahme der eigentlichen Beratung möglichst schnell und verlässlich Beratungsinhalte und –zeiten zu benennen.

Um erkennbar zu machen, wie viel Zeit wirklich für den einzelnen Ratsuchenden verwendet wurde, und wie viel als allgemeine, nicht einer Einzelperson zuzurechnende Zeit einer Beratungsstelle anzusetzen ist (vgl. Kap. 4.3), erfolgte eine **Unterscheidung in den Frontoffice- und in den Backoffice-Bereich** (vgl. auch Teil II des Berichtes zu Qualitätsstandards).

- Mit Frontoffice werden alle Tätigkeiten in einer Beratungsstelle benannt, die sich bestimmten Ratsuchenden namentlich zuordnen lassen (z.B. einer Person eine Auskunft geben, jemandem psychosoziale Beratung geben, jemanden beim Ausfüllen eines Antrages unterstützen)
- Backoffice bezeichnet alles, was in der Beratungsstelle keinem bestimmten Ratsuchenden individuell zugeordnet werden kann, aber erbracht werden muss (z.B. Aufbau und Pflege des lokalen Verbundes an Einrichtungen im sozialen Bereich, Gremienarbeit, EDV-Administration, Evaluation der gesamten Beratungsstelle).

Zur Erfassung der Daten zwecks Entwicklung des „Begründeten Empfehlungsformulars für Kostenträger“ wurden **5 verschiedene Messinstrumente** erstellt (Abbildungen der Instrumente siehe Anhang):

<p>1) Frontoffice – Eigentliche Beratung; 2) Frontoffice – Vor- und Nachbereitung</p> <p>Wie lange hat die eigentliche Beratung eines Menschen gedauert? Wie lange hat es gedauert, die Beratung dieses Menschen vor- und nachzubereiten?</p>
<p>3) Backoffice – Organisation und Verwaltung; 4) Backoffice – Systemebene</p> <p>Welche zusätzlichen allgemeinen Tätigkeiten (unabhängig von einzelnen Ratsuchenden) fallen in der Beratungsstelle an, um sie in einen betriebsbereiten Zustand zu versetzen, und wie lange dauern die Tätigkeiten? Typische Tätigkeiten sind z.B. EDV-Administration, Personalentwicklung, Sachmittelverwaltung, Mitarbeit in lokalen Arbeitskreisen, Öffentlichkeitsarbeit.</p>
<p>5) Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen</p> <p>Von welchen persönlichen Merkmalen der Ratsuchenden lässt sich sagen, dass sie den Beratungsverlauf beeinflussen</p> <p>a) in seiner Dauer (beschleunigend/verzögernd)</p> <p>b) in seiner Art (z.B. Notwendigkeit einer Psychosozialen Beratung, oder einer Leistungsanspruchsberatung)?</p> <p>Es geht um Einschätzung von persönlichen Faktoren des Ratsuchenden, z.B. Vorliegen bestimmter Erkrankungen, psychischer Zustand, Motivation zur Mitarbeit, kognitive Voraussetzungen. Hierbei handelt es sich nicht mehr um eine Zeitmessung, sondern um das Festhalten subjektiver Eindrücke seitens des Beraters.</p>

Folgendes Vorgehen war geplant:

1. Abgleich der Instrumente 1+2 mit dem Instrument 5
2. Pauschale Zuordnung der Backoffice-Instrumente 3+4 zu den Frontoffice-Zeiten

4.2 Bemerkungen zur Datenbasis

Die 5 genannten Instrumente wurden als Excel-Dokumente von der KFH erstellt, mit Handhabungsanleitungen versehen und nach mehreren Überarbeitungen an die KAA übermittelt. Die KFH entwickelte parallel dazu eine SPSS-Auswertungsmaske, in die die von der KAA erhaltenen, ausgefüllten Zeitmessbögen als Datensätze anschließend manuell eingepflegt wurden.

Die beiden **Frontoffice-Instrumente** wurden in der KAA im Zeitraum vom 24.05.05 bis 31.01.06 konkret eingesetzt. Größtenteils erfolgte das Ausfüllen durch minutengenaue Messungen, teilweise aber auch in Form von minutengenauen Schätzungen, die im Anschluss an das erfolgte Beratungsgespräch stattfanden. Die beiden **Backoffice-Instrumente** wurden mit geschätzten Prozentwerten ausgefüllt, bezogen auf das Kalenderjahr 2005. Eine exakte Messung (z.B. wochenweise) wurde wegen mangelnder Übertragbarkeit von begrenzten Messzeiträumen (z.B. einer konkreten Kalenderwoche) verworfen. Die **Liste der**

Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen, wurde vollständig vom Pflege- und Wohnberater für alle Personen ausgefüllt, bei denen auch Beratungszeiten gemessen worden waren. Es wurden dabei nicht nur die Daten des Ratsuchenden, sondern auch die des Pflegebedürftigen sowie die der Hauptpflegeperson erfasst, sofern es sich dabei um verschiedene Personen handelte. Diese Einschätzungen wurden aus der Erinnerung heraus zeitnah im Anschluss an die konkreten Beratungssituationen schriftlich vorgenommen. Der Datenschutz war gewährleistet, da sämtliche Daten anonymisiert wurden, bevor sie verwertet wurden.

Vor der Weiterverarbeitung der Daten wurde eine Bewertung ihrer **Aussagekraft** durchgeführt. Folgende Hinweise zu den **Gütekriterien** sind zu beachten:

- **Objektivität:** Die Listen wurden von 2 verschiedenen Personen ausgefüllt, die ihre subjektive Sicht mit einbrachten. Während der Urlaubsvertretungszeit wurden Schätzwerte statt Messwerte ausgefüllt. Die „Liste der Faktoren, welche Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ sowie beide Backoffice-Instrumente sind erst im Nachhinein ausgefüllt worden, nicht schon während der Erbringung der Leistung. Der Zeitpunkt des Ausfüllens der „Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ (ob z.B. nach dem 1. Beratungstermin eines Klienten oder nach dem 6.) blieb dem Berater überlassen, da er bestimmten zeitlichen Erfordernissen seiner Arbeit unterworfen war und nicht zu jedem beliebigen Moment Zeit dafür gehabt hätte. Die Tatsache, ob zeitnah oder aus längerer Erinnerung die Liste ausgefüllt wurde, ist eine weitere subjektive Komponente.
- **Externe Validität:** Da die Messungen sich ausschließlich auf die Ahlener Beratungsstelle und den dort tätigen Pflege- und Wohnberater mit seinem subjektiven Beratungsstil bezogen, ist eine Übertragbarkeit auf andere Beratungsstellen und BeraterInnen nicht möglich.

Es wurden bei 101 Personen seitens der KAA Messungen vorgenommen, wovon **97 als gültige Fälle** ausgewertet werden konnten. Es gab Personen, bei denen die Beratungsprozesse bereits vor dem o.g. Messzeitraum begonnen und/oder erst danach aufgehört hatten, d.h. deren tatsächliche Beratungsminutensumme sich nicht nachhalten ließ und auch nicht aus der KAA-Datenbank rekonstruiert werden konnte. Es erfolgte deshalb eine **Aufteilung der Stichprobe in 4 Gruppen**, die unterschiedliche statistische Verwertbarkeiten aufweisen:

- **Gruppe A:** 35 Personen. Von diesen Personen waren minutengenaue Messungen verfügbar.
- **Gruppe B:** 24 Personen. Von diesen Personen liegen die Daten jeweils teils als minutengenaue Messung, teils als minutengenaue Schätzung vor.

Die Beratungen der insgesamt 59 Personen von Gruppe A und B haben innerhalb des Erhebungszeitraums begonnen und sind auch in diesem abgeschlossen worden.

- **Gruppe C:** 16 Personen: Die Beratungen dieser Personen haben bereits vor dem Erhebungszeitraum begonnen, durch Auswertung der KAA-Datenbank konnte die genaue Anzahl dieser außerhalb gelegenen Termine erfasst werden. Jedoch lagen keine minutengenauen Messungen oder Schätzungen vor, d.h. Gruppe C konnte nicht in die geplanten Berechnungen einbezogen werden.

- **Gruppe D:** 23 Personen: Bei diesen Personen war die Anzahl der Beratungstermine nicht eindeutig feststellbar, da sie noch nicht abgeschlossen waren. Damit konnte auch diese Gruppe nicht in die geplanten Berechnungen mit einbezogen werden.

Für alle weiteren Auswertungen wurde der Fokus auf die Gruppen A (35 Personen) und B (24 Personen) gelegt. Dies ergab insgesamt 59 Personen, von denen Zeitmesswerte bzw. Zeitschätzwerte in Minuten vorlagen. Die Personengruppe wurde geprüft auf ihre Inanspruchnahme bestimmter Produkte von Pflege- und Wohnberatung (vgl. Teil II). Dies betraf **Produkt II (Problemlösungsberatung)** (59 Nutzer), **Produkt III (Versorgungssteuerung im Einzelfall)** (43 Nutzer) und **Produkt IV (Psychosoziale Beratung)** (22 Nutzer). Diese Produkte hatten ausreichend hohe Nutzerzahlen, um zur weiteren Berechnung verwendet zu werden.

4.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse ist nur vor dem Hintergrund der empirischen Ausgangslage zu werten. Es mussten drei Vorgehensweisen mit jeweils abnehmender Qualität der Antwortgültigkeiten beschränkt werden, um Ergebnisse zu erzielen.

Erste Vorgehensweise: Um möglichst detaillierte Angaben über die persönlichen Eigenschaften von Ratsuchenden (z.B. gesundheitliche, bildungsbezogene, motivationale, finanzielle) zu erhalten, war zu Anfang die in Kap. 4.1 bereits erwähnte, 23 Variablen umfassende „Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ (**Instrument 5**) erstellt worden, die vom Berater im Anschluss an Beratungsgespräche angefertigt wurde – über jeden Ratsuchenden nur 1-malig.

Diese sollte nun **mit den Frontoffice-Instrumenten 1 und 2 abgeglichen** werden (s. Kap. 4.1), welche Aussagen über die Art und die Dauer der in Anspruch genommenen Beratung treffen. Hierbei wurde das vorhandene Datenmaterial ausgewertet auf der Suche nach Tendenzergebnissen, z.B. wurde vermutet, dass etwa das Vorliegen von Multimorbidität oder Alleinleben (i.S. von Fehlen von Angehörigen) signifikant längere Beratungszeiten und den Bedarf nach Case Management nach sich ziehen.

Die Relation zwischen der auswertbaren Fallzahl (59) und der Anzahl der möglichen Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen (23), macht bereits die Schwierigkeit deutlich: pro Merkmalsausprägung werden die Personengruppen, die zugeordnet werden können, so klein, dass eine sinnvolle Auswertung bei dieser Vorgehensweise nicht möglich ist.

Deswegen wurde eine andere, **zweite**, qualitativ ausgerichtete **Vorgehensweise** gewählt: die vom **Projektpartner in Saarbrücken** (ISO-Institut) ausfindig gemachten Fallgruppen, die vier „Bewältigungsstrategien der Ratsuchenden“ (die Schicksalsergebenen, die Pragmatiker, die Kämpfer, die Verbitterten), sollten als Bezugsgrundlage für Beratungsinhalte und –zeiten verwandt werden.

Dazu musste zunächst versucht werden, die Fallgruppen auf die Faktorenliste der KFH (23 Faktoren) zu übertragen. Inhaltlich weisen die Fallgruppen einzelne Überschneidungspunkte auf mit der von der KFH entwickelten o.g. Liste von Faktoren (Abbildung siehe Anhang), z.B. werden in der Liste auch „Bewältigung der Lebenssituation“, „Lebenswille, Antrieb/Motivation“ sowie „Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft“ abgefragt. Dabei sind die ISO- Daten qualitativ ausgerichtet, die der KFH dagegen unter quantitativen Aspekten erhoben worden, sie ergänzen einander als verschiedene Facetten eines Gesamtbildes. Hier wurde nun versucht, die qualitativen Gruppen des ISO-Institutes und die quantitativen Gruppen der KFH einander zuzuordnen, es wurde nach Deckungspunkten gesucht, etwa hinsichtlich der Korrelation qualitativer Fallgruppen des ISO-Institutes mit Beratungsart und Beratungsdauer.

So wurde beispielsweise der „Schicksalsergebene“ unter anderem durch „ambivalente Mitwirkungsbereitschaft“ (entnommen einer Tischvorlage des ISO-Institutes für ein Arbeitstreffen im Juni 2006) definiert.

Hier konnte ein Zusammenhang vermutet werden zur Variable 20 des Instruments 5 der KFH, welche „Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft vorhanden“ beschrieb, mit den möglichen Ausprägungen von 0 = trifft nicht zu, 1 = trifft geringfügig zu, 2 = trifft überwiegend zu und 3 = trifft vollkommen zu. Die „ambivalente Mitwirkungsbereitschaft“ entsprach allerdings nicht einer konkreten Merkmalsausprägung, sondern hätte bedeutet, dass die Werte zwischen 0 und 3 geschwankt hätten (da bei Ambivalenz zeitweise eine große Mitwirkungsbereitschaft gegeben sein kann und zeitweise überhaupt keine). Weitere Zuordnungsversuche mit anderen Typen und Variablen ergaben ein ähnliches Bild. Eine eindeutige Zuordnung der KFH-Daten zu den Typen des ISO-Institutes ließ sich demnach nicht durchführen, somit konnten diese nicht auf die weiteren Auswertungen der KFH angewendet werden.

Nun wurde schließlich eine quantitativ ausgerichtete, **dritte Vorgehensweise** gewählt: Es erfolgte nun ein Rückgriff auf die erhobenen Daten aus der „Liste von Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“, mit dem Ziel, diese **quantitativ** auswerten und mit Beratungsart und –dauer vergleichen zu können.

Es wurde zu diesem Zweck ein **Ranking** gebildet. Der Grund liegt darin, dass durch die o.g. subjektive Prägung der Messdaten seitens des Beraters und wegen der relativ geringen verwertbaren Fallmenge von 59 Fällen, es nicht sinnvoll war, mit den sehr fein aufgefächerten Persönlichkeitseigenschaften weitere Berechnungen vorzunehmen, da sich sonst zu kleine Fallzahlen pro Rubrik ergeben hätten.

Bei dem Ranking wurden die Persönlichkeitseigenschaften aus der „Liste der Faktoren, die Art und Dauer der Beratung vermutlich beeinflussen“ **zu 3 quantifizierten Hauptgruppen** zusammengefasst und **verdichtet**. Da keine inhaltlichen Anhaltspunkte vorlagen, wurde diese Zuordnung durch ein **Aufaddieren der Punkte** vorgenommen, die beim Ausfüllen der o.g. Liste der Faktoren durch den Berater vergeben werden konnten. Dazu war die gesamte Skala, auf der maximal 66 Punkte erreicht werden konnten, in drei gleichgroße Teile unterteilt worden

Somit ergaben sich folgende Personengruppen:

- Personen mit komplexer Problemlage (Punktzahl 0-22)
- Personen mit mittlerer Problemlage (Punktzahl 23-44)
- Personen mit geringfügiger Problemlage (Punktzahl 45-66)

Da bei 3 von den 59 Personen der Datenbasis keine Liste der Faktoren vorlag, wurde hier mit **56 Fällen** gerechnet (wovon 40 Produkt III und 22 Produkt IV beanspruchten; die Differenz von 56 zu 62 entsteht durch Personen, die sowohl Produkt III als auch IV nutzten).

Die ursprüngliche Frage aus dem Forschungsauftrag hinsichtlich der Weiterentwicklung des Orientierungsscreenings lautete: Welche **Persönlichkeitseigenschaften** (hier: verdichtet zu Personengruppen) lassen sich welchen typischerweise genutzten Produkten von Pflege- und/oder Wohnberatung zuordnen (**Art der Beratung** – hier beschränkt auf Produkte III und IV) und wie lange dauert die Erbringung der Produkte jeweils (**Dauer der Beratung**)? Hier erfolgt eine erste Antwort:

Personengruppe	Produkt III (Versorgungssteuerung im Einzelfall)	Produkt IV (Psychosoziale Begleitung)
Mit komplexer Problemlage	Anzahl Fälle:3	Anzahl Fälle: 1
	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 2,7	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 3,0
	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 249	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 190
	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 93	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 63
Mit mittlerer Problemlage	Anzahl Fälle:35	Anzahl Fälle: 20
	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 1,9	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 1,9
	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 131	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 127
	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 69	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 69
Mit geringfügiger Problemlage	Anzahl Fälle:2	Anzahl Fälle: 1
	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 2,5	Anzahl Beratungstermine (Mittelwert): 1,0
	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 208	Gesamtdauer Beratungstermin (Mittelwert in Minuten): 79
	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 83	Durchschnittsdauer pro Termin (Mittelwert in Minuten): 79
Gesamt	Anzahl Fälle: 40	Anzahl Fälle: 22

Erläuterung zu Produkt III (Versorgungssteuerung im Einzelfall):

- Die 3 Personen mit komplexer Problemlage, die das Produkt III in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 2,7 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 91 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 249 Minuten).
- Die 35 Personen mit mittlerer Problemlage, die das Produkt III in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 1,9 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 73 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 131 Minuten).
- Die 2 Personen mit geringfügiger Problemlage, die das Produkt III in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 2,5 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 85 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 208 Minuten).

Erläuterung zu Produkt IV (Psychosoziale Begleitung):

- Die 1 Person mit komplexer Problemlage, die das Produkt IV in Anspruch nahm, benötigte dafür 3,0 Termine. Dabei benötigte sie pro Termin durchschnittlich 63 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen 190 Minuten).
- Die 20 Personen mit mittlerer Problemlage, die das Produkt IV in Anspruch nahmen, benötigten durchschnittlich dafür 1,9 Termine. Dabei benötigten sie pro Termin durchschnittlich 69 Minuten (insgesamt für alle Termine zusammen durchschnittlich 127 Minuten).
- Die 1 Person mit geringfügiger Problemlage, die das Produkt IV in Anspruch nahm, benötigte dafür 1,0 Termin. Dabei benötigte sie 79 Minuten für diesen Termin.

Beim Betrachten der Personenzahlen pro quantitativer Fallgruppe fällt auf, dass sich sowohl bei Produkt III als auch bei Produkt IV die meisten Personen jeweils der Gruppe der „Mittleren Problemlagen“ zuordnen lassen. Dagegen weisen nur sehr wenige Personen „Komplexe Problemlagen“ oder „Geringfügige Problemlagen“ auf. Deshalb erlaubt die quantitative Aufteilung an dieser Stelle keine weiteren Schlussfolgerungen.

Beim Erheben der Beratungszeiten in Ahlen sind weitere Daten erzeugt worden, die auf bestimmte Beratungsinhalte hinweisen. Diese sind nicht identisch mit den o.g. Produkten I-IV, sondern geeignet, **4 thematische Schwerpunkte in der Beratung** festzustellen.

Bei der **Leistungsanspruchsberatung (LAB)** geht es vor allem um folgende Themen

- Hartz V/Sozialhilfe
- SGB V
- SGB XI
- Rentenbescheid
- GEZ-Antrag
- Blindengeld
- Kriegsopferfürsorge
- Schwerbehindertengesetz
- Erwerbsunfähigkeitsrente

Dabei wird auch Hilfestellung beim Ausfüllen von Anträgen gegeben.

Psychosoziale Beratung (PSYB) beinhaltet vor allem die folgenden Themenbereiche:

- Belastungssituation der Angehörigen
- Hospizbewegung
- Beruhigen, Ermuntern
- Tod

Dienstleistungsberatung (DLB) umfasst vor allem:

- Gesetzliche Betreuung
- Pflegerische Dienste
- Medizinische Dienste
- Hauswirtschaftliche Dienste
- Hausnotruf
- Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe
- Freizeitgestaltung
- Komplementäre Angebote

Wohn- und Hilfsmittelberatung (WHB) bedeutet vor allem thematisch:

- Bad
- Wege und Treppen
- Bett
- Küche
- Handläufe, Haltegriffe
- Rollstuhl
- Umzug in andere Wohnung

Im Durchschnitt **dauerte die Erbringung** der

- Leistungsanspruchsberatung (LAB): 43 Minuten
- Psychosoziale Beratung (PSYB): 4 Minuten
- Dienstleistungsberatung (DLB): 11 Minuten
- Wohn- und Hilfsmittelberatung (WHB): 10 Minuten

Diese Zahlen errechnen sich aus den Durchschnittswerten der Minuten aller 59 Personen für alle ihre wahrgenommenen Beratungstermine. Beispiel: Der durchschnittliche Ratsuchende Herr Müller hat insgesamt (alle seine Termine im oben definierten Messzeitraum zusammenaddiert) 68 Minuten Beratung erhalten.

Davon entfielen auf LAB 43 Minuten, auf PSYB 4 Minuten, auf DLB 11 Minuten, auf WHB 10 Minuten. Die Anzahl der Beratungstermine, die ein Ratsuchender in Anspruch genommen hat, schwankt je nach seiner persönlichen Situation und nach Beratungsthema:

- Die wenigsten Beratungstermine (Mittelwert 1,0) benötigten Personen mit geringfügiger Problemlage (guter Zustand), die Psychosoziale Begleitung in Anspruch nahmen.
- Die meisten Beratungstermine (Mittelwert 3,0) benötigten Personen mit starker Problemlage, die Psychosoziale Begleitung in Anspruch nahmen.

Eine detaillierte Aufschlüsselung, aus **welchen einzelnen Arbeitsschritten** sich die Tätigkeit eines Pflege- und Wohnberaters bei der Erbringung der Produkte LAB, PSYB, DLB, WHB zusammensetzt, ergab folgendes Bild:

Für den **Frontoffice-Bereich „Eigentliche Beratung“** (die Kategorien in den Tabellen sind analog den Frontoffice-Zeitmessungsinstrumenten dargestellt, siehe Anhang):

	Durchschnittsdauer in Minuten (berechnet auf Basis der 59 Fälle)			
Wegezeiten (ab Türschwelle der Beratungsstelle)	21			
Wartezeiten	1			
Allgemeine Gesprächseröffnung	2			
Kurze Vorstellung der Beratungsstelle	Unter 1			
Ergänzung der Stammdaten (z.B. Aufnehmen allg. Probleme, Belastungssituation der Angehörigen, Gesundheitszustand)	LAB 10	PSYB 1	DLB Unter 1	WHB Unter 1
Situationsanalyse / Assessment / Reassessment Hilfeplan, Zielvereinbarung, Maßnahmenplanung (inkl. Dokumentieren und Besprechen dieser Themen)	LAB 22	PSYB 3	DLB 12	WHB 10
Umsetzung Einzelfallebene: Kommunikation Berater-Ratsuchender (Infos austauschen,	LAB 6	PSYB Unter 1	DLB Unter 1	WHB Unter 1

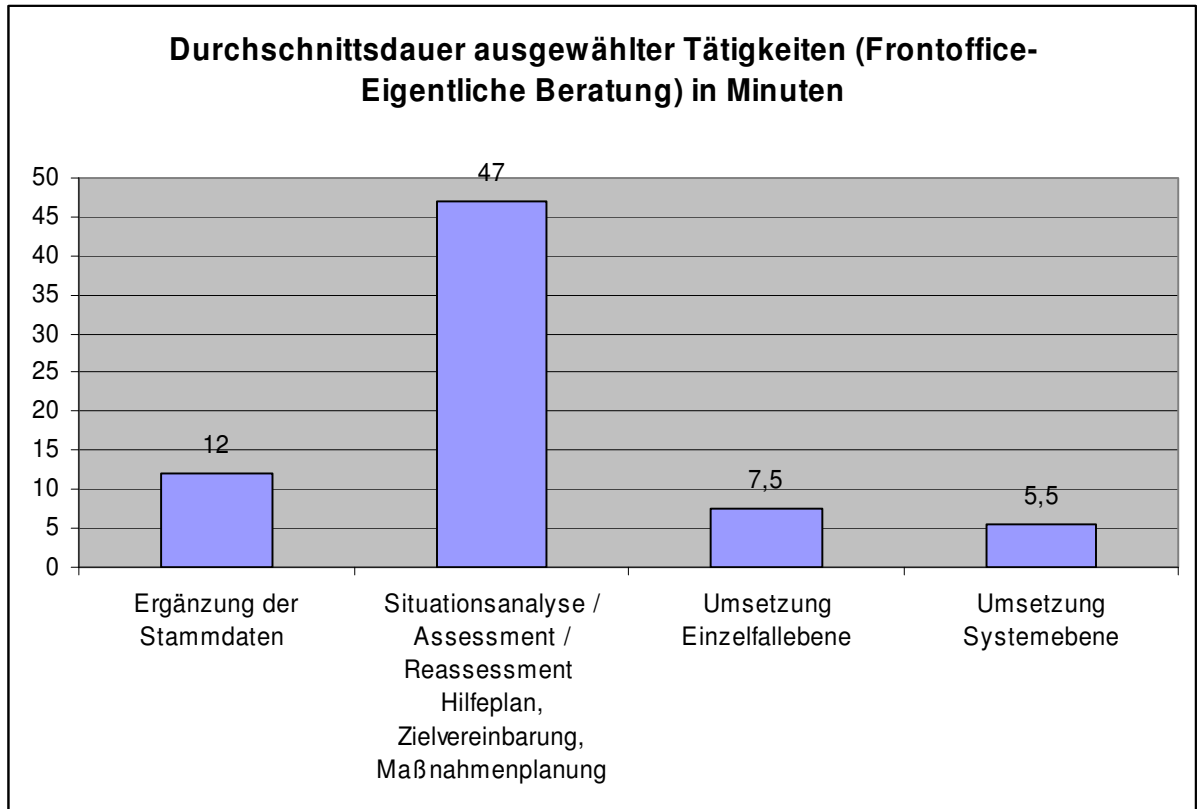
III. 3 Teil A Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster

Material übergeben)				
Umsetzung Systemebene: Kommunikation Berater- Einrichtungen (Infos austauschen, verhandeln, hinzuziehen, Material übergeben)	LAB 4	PSYB Unter 1	DLB Unter 1	WHB Unter 1
Persönliches (kleine Gespräche zwischen durch)				1
Nächsten Termin vereinbaren				Unter 1
Allgemeinen Gesprächsschluss durchführen				2
Dokumentieren jedes weiteren Termins				1
Den weiteren Verlauf des Hilfe- prozesses prüfen				Unter 1
Individuelles Auswerten des Bera- tungsprozesses (Evaluation)				Unter 1
Nachgehende Kontrolle durchfüh- ren				Unter 1
Gedankliches Vor- und Nachberei- ten des Termins				Unter 1
GESAMT				96

Hinweis: Die Kategorien „Ergänzung Stammdaten“, „Umsetzung Einzelfallebene“ und „Umsetzung Systemebene“ sind deshalb nicht weiter aufgeschlüsselt, weil es sich bei der Messung der konkreten Beratungsverläufe herausstellte, dass diese Teilthemen nie in geordneten Blöcken nacheinander besprochen wurden, sondern das Gespräch immer wieder hin- und her sprang, auch wieder auf Punkte zurückkam, die scheinbar bereits zu Ende besprochen worden waren.

Bei der Betrachtung der Zeitwerte fällt erwartungsgemäß auf, dass das Besprechen der unmittelbar pflege- und wohnungsanpassungsorientierten Fragen den weitaus größten Zeitanteil ausmachen, nur ein kleiner Teil wird für andere, z.B. organisatorische Gesprächsthemen sowie die Auswertung der Beratung verwendet. Die größten Zeitanteile mit 47 Minuten benötigen weitere Klärungen der Situation, (Re-)Assessment sowie Planung der Hilfen und Maßnahmen. Eine ausreichende Erfassung der Stammdaten benötigt durchschnittlich 12

Minuten, wogegen die Umsetzung auf Einzelfall- und Systemebene weniger Zeit in Anspruch nimmt.



Zu dem **Bereich Frontoffice** gehören außerdem die „**Vor- und Nachbereitung**“. Hier sind folgende detaillierte Beratungsschritte und die dazu benötigten Zeiten erkennbar:

	Durchschnittsdauern in Minuten, n=45, da nur von 45 der 59 Fälle ausgefüllte Zeitmessbögen zum Bereich „Frontoffice- Vor- und Nachbereitung“ vorlagen			
Auskunft geben	Unter 1			
Orientierungsscreening	Unter 1			
Verabreden eines Beratungstermins	Unter 1			
Vorbereiten des Beratungstermins	Unter 1			
Stammdatenerhebung	Unter 1			
Sich Infos und Material beschaffen, an andere geben, hinzuziehen, kontaktieren	LAB 7	PSYB 2	DLB 4	WHB 11

Dokumentieren jedes weiteren Termins außerhalb des eigenen Beratungsgesprächs	4
Den weiteren Verlauf des Hilfeprozesses prüfen (Monitoring)	4
Individuelles Auswerten des Beratungsprozesses	Unter 1
Nachgehende Kontrolle ausführen	1
Reflektieren und planen	Unter 1
GESAMT	33

Hier fällt der größere Zeitbedarf auf für Tätigkeiten, die für Beschaffung bzw. Verteilung von Informationen und Material nötig sind, und für Tätigkeiten, die im Kontakt zu anderen Akteuren liegen (insgesamt durchschnittlich 24 Minuten).

Das Verhältnis der Durchschnittsdauer für die eigentliche Beratung (96 Minuten) gegenüber der Vor- und Nachbereitung (33 Minuten) entspricht etwa 3 zu 1.

Neben der Bestimmung der Zeitwerte im Fortoffice-Bereich sollten auch die Zeiten im **Backoffice-Bereich** betrachtet werden, um das **Verhältnis** zwischen unmittelbar klientenbezogenen, z.B. beratenden Tätigkeiten (Frontoffice) und nicht dem Einzelfall zuzuordnenden Leistungen (Backoffice) in der Pflege- und Wohnberatung bestimmen zu können. D.h. es war die Frage zu klären: wie viel Overhead-Bestandteile kommen auf eine erbrachte Beratungsstunde?

Um ein Bild zu gewinnen, wie sich diese Anteile in der praktischen Arbeit einer Beratungsstelle darstellen, wurde auch für den Backoffice-Bereich als Referenzmodell die KAA Ahlen untersucht. Als Bezugszeitraum wurde das Kalenderjahr 2005 gewählt. Es wurden die Arbeitszeitanteile des Ahlener Pflege- und Wohnberaters und der Verwaltungsmitarbeiterin untersucht, die ebenfalls mit einem Teil ihrer Arbeitszeit für die Pflege- und Wohnberatung tätig ist.

Unter der Rubrik „**Frontoffice**“ wurden folgende Arbeitsinhalte erfasst:

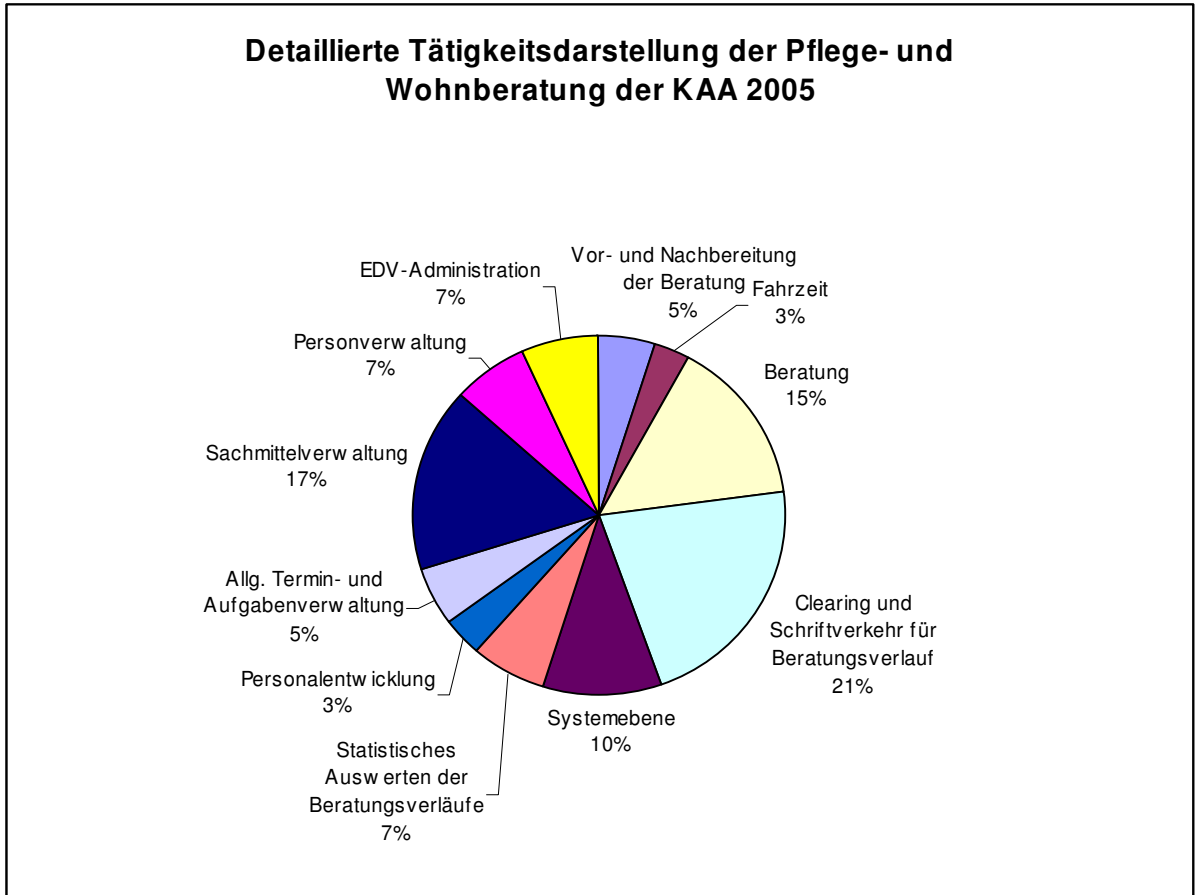
- Vor- und Nachbereitung der Beratung
- Fahrtzeit
- Beratung
- Clearing und Schriftverkehr für den Beratungsverlauf

Die Zahlen für Vor- und Nachbereitung, Fahrtzeit und eigentliche Beratung in 2005 wurden entnommen aus der neuen Datenbank der KAA am 06.11.2006, diese Leistungen wurden durch den Pflege- und Wohnberater erbracht. Die Zeiten für „Clearing und Schriftverkehr für den Beratungsverlauf“ wurden von der Verwaltungsmitarbeiterin erbracht, es handelt sich um Schätzwerte durch sie selbst.

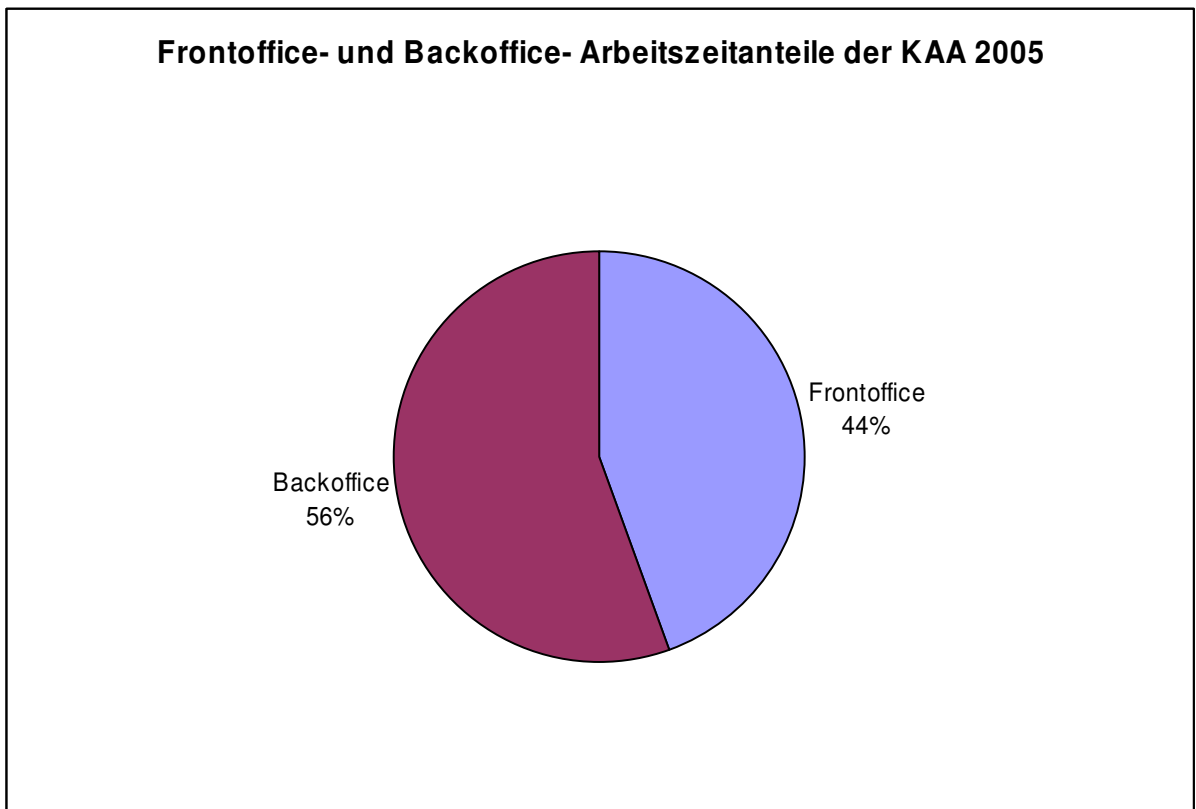
Für „**Backoffice**“ wurden folgende Arbeitsinhalte erfasst:

- Systemebene
- Statistisches Auswerten von Beratungsverläufen
- Personalentwicklung
- Allgemeine Termin- und Aufgabenverwaltung
- Sachmittelverwaltung
- Personalverwaltung
- EDV-Administration

Hier stellten beide Mitarbeiter der Beratungsstelle anhand des Erhebungsformulars „Backoffice-Organisation und Verwaltung“ sowie „Backoffice-Systemebene“ (siehe Anhang) rückwirkend zeitliche Schätzungen an über die von ihnen in 2005 erbrachten Tätigkeiten. Der Grund, warum hier Schätzungen gegenüber Messungen bevorzugt wurden, ist die Tatsache, dass die Backoffice-Tätigkeiten in der KAA im Laufe eines Monats oder eines Jahres variieren: es gibt Zeiten, wo sich Außentermine häufen, oder aber am Geschäftsbericht eines Jahres gearbeitet werden muss. D.h. um wirklich aussagekräftige Messwerte zu bekommen, hätte man einen kompletten Jahreszyklus messen müssen, was außerhalb der zeitlichen Möglichkeiten lag.



Zusammengefasst ergeben die Bereiche Frontoffice und Backoffice folgende Anteile:



Das Ergebnis ist mit Blick auf das Ausmaß und die offensichtliche Bedeutung des Backoffice-Bereichs doch überraschend: nimmt man ausschließlich die reine Beratungszeit (ohne Fahrtzeit, ohne Vor- und Nachbereitung), so kommen auf 1 erbrachte Beratungsstunde 5,6 Stunden sonstiger Tätigkeiten im Fortoffice (Vor- und Nachbereitung) und Backoffice-Bereich. Errechnet man das Verhältnis von Frontoffice- zu Backoffice-Bereich, so ergibt sich, dass auf 1 Beratungsstunde ca. 1,3 Backoffice-Stunden fallen.

Bei diesem Ergebnis muss neben den dargestellten Messungenauigkeiten berücksichtigt werden, dass die Ahlener Beratungsstelle im Rahmen des Forschungsauftrages vor allem auch Backoffice-Aufgaben zu erfüllen hatte. Auch die Verwaltungsmitarbeiterin war überwiegend im Backoffice-Bereich tätig.

Trotz aller Einschränkungen der internen und externen Gültigkeit dieses Ergebnisses ist doch festzuhalten, dass dem Backoffice-Bereich eine inhaltlich wichtige und quantitativ bedeutsame Stellung zukommt, die es bei Stellen-, Aufgaben- und Kostenplanungen zu berücksichtigen gilt.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Ein zentrales Forschungsziel war die Formulierung ortsunabhängiger Qualitätsstandards für Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Um Anhaltspunkte für die Aufgaben und Arbeitsweisen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen zu erhalten, wurden die pflegepolitischen Voraussetzungen in Deutschland sowie die fachlichen und gesetzlichen Grundlagen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen dargestellt sowie eine bundesweite Befragung durchgeführt.

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen ist gekennzeichnet durch die Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger, unterschiedlicher Leistungsträger sowie dem Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen. Forschungsstudien und auch frühe Literatur zu Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen verweisen auf die Notwendigkeit, dass Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen in Anlehnung an das Handlungskonzept Case Management die komplexe Lebenssituation umfassend aufnehmen und die notwendigen Dienste im Einzelfall koordinieren können. Der in gesetzlichen Grundlagen genannte höchste fachliche Standard stellt ebenfalls das Handlungskonzept Case Management dar.

Die bundesweite Befragung ergab, dass die Beratungsstellen in vier Typen unterschieden werden können. Ein erster Typ mit höchsten fachlichen Standards leistet umfassende Problemlösungsberatung sowie Versorgungssteuerung gemäß des Handlungskonzeptes Case Management. Die Problemlösungsberatung beinhaltet psycho-soziale Beratung und Krisenintervention. Ein zweiter Typ berät Zuhause in komplexen Lebenssituationen, übernimmt ggf. selber notwendige Maßnahmen und verweist auf andere Dienste. Ein dritter Typ bietet Problemlösungsberatung in der Pflege- und/oder Wohnberatungsstelle an. Einzelmaßnahmen werden von der Stelle i.d.R. nicht übernommen. Und ein vierter Typ schließlich stellt ausschließlich eine Informationsstelle dar. Der erste Typ beinhaltet alle möglichen Leistungsanforderungen an Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen. Eine Vollimplementierung von Case Management auf Einzelfall- und Systemebene sowie psycho-soziale Beratung und Krisenintervention sind hier Voraussetzung.

Die Formulierung ortsunabhängiger Qualitätsstandards orientiert sich an dem ersten Beratungsstellentyp. Diesem ist auch die Ahlener Pflege- und Wohnberatungsstelle zuzuordnen. Aus der bundesweiten Befragung können darüber hinaus viele interessante Einzelergebnisse dargestellt werden:

- die Verbreitung von Beratungsstellen ist in den unterschiedlichen Bundesländern sehr heterogen. In einigen existiert eine flächendeckende Versorgung, in anderen gibt es kaum Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen,

- nur in wenigen Ländern gibt es landesweite Zusammenschlüsse von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen,
- es gibt sehr viel mehr Pflegeberatungsstellen als Wohnberatungsstellen,
- etwa die Hälfte der Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen geben an, nach dem Handlungskonzept Case Management zu arbeiten, aber nur sehr wenige haben eine Weiterbildung im Bereich Case Management absolviert,
- die meisten Pflege- und/oder Wohnberater sind Sozialpädagogen/Sozialarbeiter,
- ca. 2/3 der Beratungsstellen haben eine Leistungsbeschreibung und ein schriftlich formuliertes Konzept, aber nur wenige Beratungsstellen haben Qualitätsstandards,
- die Anzahl von Beratungen im Jahr ist je nach Beratungsstelle sehr unterschiedlich: sie reicht von unter 50 bis über 1000 Beratungen komplexer Lebenssituationen.

Ein zweiter Forschungsauftrag bezog sich auf die Erarbeitung eines Instrumentes zur Bestimmung von Beratungszeiten und –inhalten. Dieses Instrument sollte schnell und verlässlich vor Beginn der eigentlichen Beratung eingesetzt werden können.

Aufgrund der hohen Anzahl möglicher Einflussfaktoren auf Beratungsinhalte und –zeiten und der geringen Datenmenge zu minutengenauen zeitlichen Messungen, die am Beispiel der Ahlener Beratungsstelle erhoben werden konnten, ließ sich kein Screeninginstrument zur schnellen Erfassung von Beratungsinhalten und –zeiten erarbeiten. Stattdessen scheint sinnvoll zu sein, Beratungsinhalte und –zeiten im Zusammenhang mit dem Erstellen des Assessments und des Serviceplans zu bestimmen, denn erst diese ermöglichen ein fundiertes Erfassen des Falles. Im Rahmen dieser Erhebungen konnten die Dauer von Tätigkeiten aus der Pflege- und Wohnberatung berechnet werden, z.B. die Durchschnittszeitwerte von Leistungsanspruchsberatung, Psychosozialer Beratung, Dienstleistungsberatung sowie Wohn- und Hilfsmittelberatung. Ebenso konnte die Durchschnittsdauer bestimmter relevanter Tätigkeitsanteile errechnet werden (wie z.B. für Ergänzung von Stammdaten, Situationsanalyse sowie Umsetzung der geplanten Maßnahmen auf der Einzelfall- und auf der Systemebene). Es entstand insgesamt ein aufschlussreiches Bild der anfallenden Arbeitszeitan-teile für eine Pflege- und Wohnberatungsstelle. Durch die Berechnungen wurde erkennbar, dass das Verhältnis von eigentlicher Beratung (im direkten Klientenkontakt) im Vergleich zur Vor- und Nachbereitungszeit für den jeweiligen Beratungsfall mit circa 3 zu 1 anzusetzen ist. Es wurde auch deutlich, wie wichtig es ist, die Bedeutung des Backoffice-Bereiches bei Beratungen nicht zu unterschätzen. Im Falle der untersuchten Beratungsstelle KAA lag das Verhältnis von erbrachten Frontoffice- zu Backoffice-Stunden bei 1,0 zu 1,3. Die qualitative und die quantitative Bedeutung des Backoffice-Bereiches sollte bei Aufgabenbeschreibungen und Finanzierungsplänen von Pflege- und/oder Wohnberatungsstellen berücksichtigt werden.

6 Literatur

- Asam, Walter H.; Altmann, Uwe; Lutz-Gräber, Christiane u.a. (1997): Beratung nach dem Landespflegegesetz NRW. Ein Verfahrenshandbuch mit Beispielen aus der kommunalen Praxis. Düsseldorf
- BAG Wohnungsanpassung e.V. (Hrsg., 2002): Finanzierung von Wohnberatungsstellen. St. Wendel
- BAG Wohnungsanpassung e.V. (Hrsg., 2002): Qualitätsanforderungen von Wohnberatungsstellen. St. Wendel
- Bamberger, Günter (2005): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. Weinheim, Basel
- Baur, Nina; Fromm, Sabine (Hrsg.) (2004): Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden
- Beck, Ulrich (1996): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.
- BKK-Bundesverband: BKK Handbuch Pflegeberatung. Als CD-ROM im Dezember 2004 erschienen.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V.: Adressliste von Wohnberatungsstellen auf der Homepage www.wohnungsanpassung.de
- Diekmann, Andreas (2002): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek
- Döhner, Hanneli; Bleich, Christiane; Kofahl, Christopher (2002): Case Management für ältere Hausarztpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT. Stuttgart
- Engel, Heike; Engels, Dietrich (2000): Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Stuttgart, Berlin, Köln
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern u.a.
- Geiger, Manfred (2001): Zur Arbeits- und Funktionsweise von regionalen Koordinierungsstellen. Eine exemplarische Analyse auf der Basis von Fallbeispielen. ISO: Saarbrücken
- Greuèl, Marius; Mennemann, Hugo (2006): Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. München/Basel.
- Grieshaber, Uschi (2005): Wundertüte Pflegeberatung. In: Forum Sozialstation, Ausgabe 135, August 2005, S. 12-16. Bonn

- Hansen, Jutta; Berger, Gerhard (2006): Modellprojekt Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein, Phase II. Zwischenbericht Kosteneffektivität der Beratungsstellen. Kiel
- Heinemann-Knoch, Marianne; Korte, Elke; Hartmann, Erich (2000): Seniorenberatung in Nordrhein-Westfalen. Berlin
- Janssen, Jürgen; Laatz, Wilfried (2005): Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Berlin, Heidelberg, New York
- Klug, Wolfgang (2003): Mit Konzept planen – effektiv handeln. Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe, Freiburg i.Br.
- Lamura, Giovanni; Mních, Eva; Wojszel, Beata u.a. (2006): Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 6/2006, S. 429-442.
- Löcherbach, Peter u.s. (Hrsg., 3. Aufl 2005): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München
- Mennemann, Hugo (2006a): Case Management in der Altenarbeit – Einblicke in Bewährtes und Ausblicke auf Neues. In: Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg, 249-265.
- Mennemann, Hugo (2006b): Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. In: Case Management 1, 12-18.
- Mennemann, Hugo (2005b): Case Management in der Pflege- und Wohnberatung. In: Case Management 1, 40-42.
- Mennemann, Hugo; Ribbert-Elias, Jürgen (2005): Personen- und systembezogenes Management in der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen am Beispiel des „Ahlener Systems“. In: Gerwin, B.; Lorenz-Krause, R. (Hrsg.): Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Unter besonderer Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells. Münster
- Merchel, Joachim (2001): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Münster
- Mestheneos; Elizabeth; Triantafillou, Judy (2005): Supporting Family Carers of Older People in Europe. The Pan-European Background Report. Münster
- Miller, William R.; Rollnick, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i.Br.
- Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Initiativ in NRW. Case Management. Theorie und Praxis.
- Neuffer, Manfred (2002): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München

- Riet van; Wouters, Harry (2002): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern.
- Schaeffer, Doris (2005): Orientierung das Ziel – Desorientierung das Ergebnis? In: Forum Sozialstation, Ausgabe 135, August 2005, S. 17-20. Bonn
- Schaffer, Hanne (2002): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Freiburg i.Br.
- Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg., 2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg.
- Wendt, Wolf Rainer (Hrsg., 1991): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg.
- Wissert, Michael u.a. (1996): Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i.Br.
- Wissmann, Peter: Case Management. In: Zippel, C.; Kraus, S. (Hrsg., 2003): Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen. Berlin

Anlagen zum Bericht der katholischen Fachhochschule Münster im Anhang

Anlage 1: Bundesweite Befragung

Anlage 2: Instrumente zur Erfassung von Art und Dauer der Beratung