

## **Pflegeberatung**

*Stephanie Heinrich, Witiko Nickel und Elmar Brähler* widmen sich der „Pflegeberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger – eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen“. *Stefan Schmidt und Christiane Luderer* behandeln eine qualitative Studie

zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzer/-innen: „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben“. *Angela Joost und Anke Metzenrath* thematisieren die „Pflegestützpunkte in Hessen – Implementierungsstrategien und Herausforderungen“.

# informationsdienst altersfragen

ISSN 1614-3566  
A 20690E

Heft 01, Januar / Februar 2013  
40. Jahrgang

Herausgeber:  
Deutsches Zentrum  
für Altersfragen

01

## Inhalt

### Aus der Altersforschung

- 3 Pflegeberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger – eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen  
*Stephanie Heinrich, Witiko Nickel und Elmar Brähler*
- 10 „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern  
*Stefan Schmidt und Christiane Luderer*
- 18 Kurzinformationen aus der Altersforschung

### Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 19 Pflegestützpunkte in Hessen – Implementierungstypen und Herausforderungen  
*Angela Joost und Anke Metzenrath*
- 26 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe
- 27 **Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen**

### Impressum

#### *Herausgeber:*

Deutsches Zentrum für Altersfragen  
Manfred-von-Richthofen-Straße 2  
12101 Berlin  
Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

#### *DZA im Internet:*

[www.dza.de](http://www.dza.de)

#### *Presserechtlich verantwortlich:*

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

#### *Redaktion:*

Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka  
[ida@dza.de](mailto:ida@dza.de)

#### *Gestaltung und Satz:*

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)  
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

#### *Druck:*

Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich. Bestellungen sind nur im Jahresabonnement möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ISSN 1614-3566

## Pflegeberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger – eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen

*Stephanie Heinrich, Witiko Nickel und Elmar Brähler*

Die Bevölkerung Deutschlands wird älter und der Anteil pflegebedürftiger Menschen bzw. von Menschen, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, wächst ebenfalls. Gleichzeitig sinkt die absolute Anzahl der möglichen pflegenden Angehörigen. Mit der alternden Gesellschaft ist eine Situation assoziiert, in der pflegebedürftige Menschen zu Hause oder in Einrichtungen, teilweise oder vollständig, versorgt werden. 2011 waren 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, mehr als 2/3 dieser Menschen wurden zu Hause versorgt. 83 % der pflegebedürftigen Menschen waren über 65 Jahre und über 1/3 (35 %) über 85 Jahre alt (Statistisches Bundesamt 2011).

Eine Unterstützung der Pflegearrangements und der Anspruch auf Beratung und Information werden mittlerweile als selbstverständlich angesehen (Döhner 2001). Aufklärung und Beratung werden im Rahmen der deutschen Sozialgesetzgebung definiert (SGB XI §§ 7, 37) und in den letzten Jahren wurde vor allem der formalen Gestaltung der Beratung eine stärkere Bedeutung beigemessen. Doch welche Beratungsanliegen und Informationsbedürfnisse insbesondere ältere und pflegebedürftige Menschen haben, ist nicht eindeutig geklärt.

Sowohl Menschen mit Behinderung oder von Pflegebedürftigkeit Betroffene als auch (pflegende) Angehörige sind aufgefordert, Entscheidungen zu treffen, um den Versorgungsverlauf zu gestalten. Beabsichtigt ist, dass frühzeitige Heimeinzüge vermieden werden und die zustehenden Leistungen bedarfsgerecht genutzt werden, um die häusliche Versorgung möglichst lang zu erhalten. Betroffene sollten deshalb gut informiert und beraten sein. Doch die Versorgungslandschaft ist unübersichtlich und Leistungen der Pflegeversicherung, wie z. B. niedrig-

schwellige Betreuungsleistungen, sind für viele schwer verständlich. Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sowie nicht-professionelle und ehrenamtliche Angebote prägen eine dichte Versorgungslandschaft. Schaeffer und Kuhlmeier (2008) führen an, dass Betroffene im „Dickicht der Versorgung“ (ebd. S. 82) oft lange suchen, um das geeignete Angebot zu finden.

Vor diesem Hintergrund sollen ältere, hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie pflegende Angehörige in ihrer Entscheidungsfindung, die den Versorgungs- bzw. Pflegeverlauf betreffen, unterstützt werden. Der Stellenwert der (Pflege-) Beratung wuchs in den letzten Jahren deutlich. Im Rahmen der Pflegeversicherung wurde Pflegeberatung gesetzlich festgeschrieben (SGB XI, § 7). Die Sicherstellung der Aufklärung und Beratung zu pflegerelevanten Fragen ist als Aufgabe der Pflegekassen definiert. Jeder Versicherte kann sich bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit kostenfrei beraten lassen. Die Beratung soll unabhängig und wettbewerbsneutral erfolgen. Mit dem aktuell eingeführten Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, seit 23.10.2012 in Kraft) soll dieser Beratungsanspruch verbessert werden, indem konkrete Termine und ein fester Ansprechpartner bzw. Beratungsgutscheine dem Ratsuchen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Die Umsetzung der Pflegeberatung ist in Deutschland allerdings sehr unterschiedlich – man kann von einer Beratungsvielfalt sprechen (Pogadl und Pohlmann 2008). In einem Großteil der Bundesländer wird in Pflegestützpunkten und Seniorenbüros beraten, einzelne Bundesländer nutzen Beratung über das Internet, Pflegekassen setzen Pflegeberater ein und ein Großteil der Ratsuchenden wird von ambulanten Pflege-

diensten beraten (Büscher u.a. 2010, Schaeffer u. Kuhlmeier 2008, Pogadl u. Pohlmann 2008). Daraus ergibt sich, dass Strukturen und Prozesse der Beratung sehr unterschiedlich sind, beispielhaft seien unterschiedliche Trägerschaften der Beratung oder verschiedene Qualifikationen der Beratenden genannt.

Vor dem Hintergrund der genannten Beratungsvielfalt und dem gesetzlich formalen Anspruch auf Pflegeberatung ist die inhaltliche Ausrichtung der Beratung zu hinterfragen. Welche Erwartungen und Bedürfnisse haben pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung oder pflegende Angehörige? Welche Themen werden nachgefragt und wie weit reicht das Spektrum der interessierenden Fragen? Das Ziel der Untersuchungen von Nickel und Kollegen (2010; 2012) war es, Beratungsanliegen von ratsuchenden Bürgerinnen und Bürgern zu erfassen und deren inhaltliche Ausrichtung darzustellen. Im vorliegenden Artikel sind diese Ergebnisse zusammengefasst.

### Methodik

Um die Erwartungen an eine Pflegeberatung aus Sicht von ratsuchenden Bürgerinnen und Bürgern zu zeigen, wurden Beratungsgespräche aus zwei offenen Veranstaltungen dokumentiert. Die Veranstaltungen fanden im Herbst 2008 und Herbst 2009 in einer deutschen Großstadt statt und behandelten die Themen Pflege, Behinderung, Versorgung und Selbsthilfe. Die Beiträge der Veranstaltungen richteten sich an folgenden Personenkreis: pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen, Menschen mit Behinderung, in der Selbsthilfe engagierte Menschen und interessierte Bürgerinnen und Bürger.

Zusätzlich zu Vorträgen wurde innerhalb der Veranstaltungen eine Beratungseinheit angeboten. In beiden Veranstaltungen präsentierten sich an einzelnen Beratungstischen zwischen 17 und 20 Fachkräfte verschiedenster Einrichtungen und berieten zu den Themen: Pflegeangebote, Pflegebedürftigkeit, Demenz, Behinderung, Versorgungsmöglichkeiten, Sozialrecht und Selbsthilfe.

Die Fachkräfte konnten aufgrund ihrer Tätigkeit und beruflichen Erfahrung die Ratsuchenden sehr praxisnah und mit einem regionalen Bezug beraten. Da unterschiedliche Professionen und Einrichtungen vertreten waren, wurde ein Zugang zu verschiedensten Versorgungs- und Betreuungsangeboten ermöglicht.

Die Beratungsanliegen wurden von den Beratern mittels eines halbstrukturierten Fragebogens dokumentiert. Die Daten wurden anschließend transkribiert und anhand der strukturierten Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Eine ausführliche Beschreibung des methodischen Vorgehens, der qualitativen Auswertung und der Ergebnisse erfolgte von Nickel u.a. (2010; 2012).

### Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse beider Veranstaltungen zusammenfassend dargestellt. Insgesamt nahmen an beiden Veranstaltungen schätzungsweise 580 Besucher teil, wobei 158 Besucher die Beratungseinheit aufsuchten. In der ersten Erhebung gab es 89 und in der zweiten Erhebung 69 Ratsuchende. 69 (44 %) Angehörige suchten die Beratungseinheit auf, 25 (16 %) waren selbst erkrankte bzw. betroffene Menschen, 2 (1 %) gesetzliche Betreuer hatten einen Beratungswunsch, 2 (1 %) waren Bekannte und von 60 (38 %) Ratsuchenden wurden keine genauen Angaben erfasst.

Von den 158 Beratungsgesprächen wurden 177 Beratungsanliegen dokumentiert und ausgewertet. Von den transkribierten Daten der ersten Erhebung wurden folgende 4 Hauptkategorien gebildet: *Informationen zum Versorgungssystem*, *Informationen zu Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem*, *Informationen zu regionalen Dienstleistern und Situations- und krankheitsspezifische Fragen*. Die Daten der zweiten Erhebung wurden den bestehenden Kategorien zugeordnet. Es konnten keine neuen Kategorien ergänzt werden, jedoch wurden neue Unterkategorien gebildet. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse beider Erhebungen nach Kategorien, Häufigkeit und Prozentwerten sowie Beispielen enthält Tabelle 1.

## Information zum Versorgungssystem

Die Hauptkategorie *Information zum Versorgungssystem* bezieht sich vorrangig auf allgemeine und sozialrechtliche Fragen zur Versorgung und kann in 4 Unterkategorien unterteilt werden.

Im Vordergrund steht die Unterkategorie *Leistungen der Pflegeversicherung*. Dabei interessieren die Bürger detaillierte Fragen zur Pflegeversicherung, wie Sach- oder Geldleistungen, Leistungskombinationen, Umfang und Voraussetzungen, aber auch Anspruch auf Beratung und Schulung oder Widerspruchsverfahren.

Die Unterkategorie *Informationen zur Versorgungslandschaft* bezieht sich einerseits auf die Strukturen der unterschiedlichen Unterstützungs- und Versorgungseinrichtungen, wie z.B. ambulante, teilstationäre, stationäre und alternative Angebote. Es werden aber auch Prozesse wie Übergänge zwischen den Institutionen, Infrastruktur und interprofessionelle Zusammenarbeit betrachtet. Andererseits werden Aufgabengebiete und Qualifikation der professionell Tätigen innerhalb der Versorgungseinrichtungen hinterfragt.

Die erweiterte Unterkategorie *Leistungen für Menschen mit Behinderungen* umfasste Anfragen zum neunten Sozialgesetzbuch. Angefragt wurden beispielsweise Voraussetzungen für die Feststellung einer Schwerbehinderung, Antragsverfahren und Bearbeitungszeiten sowie Informationen zu Nachteilsausgleichen, Hilfsmitteln und Betreuungsangeboten speziell für Kinder mit Behinderungen.

Der zweiten neuen Unterkategorie *Rechtssicherheit im Alter* wurden Fragen zur autonomen Lebensführung und Durchsetzung des eigenen Willens zugeordnet. Dabei handelte es sich um allgemeine Fragen zu Vorsorge- und Betreuungsvollmachten und Patientenverfügungen als auch um sehr individuelle Fragen, wie z.B. zur Änderung von bereits getroffenen Willensbekundungen.

## Informationen zu Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem

In der zweiten Hauptkategorie sind individuelle Pflegearrangements ausschlaggebend, die in vier Unterkategorien klassifiziert werden können.

Die Unterkategorie *Unterstützung suchen* bezieht sich auf die Nachfrage von ergänzenden Angeboten. Dabei werden professionelle als auch nicht professionelle Angebote gesucht, die die persönliche Pflegesituation verbessern können. Unterstützung suchen betrifft aber auch die Suche nach Informationen, entweder durch Schulungen, Broschüren oder Ratgeber und durch Erfahrungen anderer.

Eine weitere Unterkategorie bezieht sich auf Fragen rund um den *Wohnraum*. Alternative Wohnformen, wie Wohngemeinschaften aber auch eine Wohnraumanpassung der eigenen Wohnung wurden von den Ratsuchenden nachgefragt.

In der Unterkategorie *Engagement* informierten sich neben Betroffenen und Angehörigen vorrangig interessierte Bürger zur bürgerschaftlichen und ehrenamtlichen Tätigkeit. Im Interesse standen: Wo und wie kann bürgerschaftliches Engagement stattfinden, welche Vereine gibt es und wie funktionieren Selbsthilfegruppen?

Die vierte Unterkategorie bezieht sich auf *niedrigschwellige Angebote für Menschen mit Demenz*. Bei diesen Angeboten werden vor allem die inhaltliche Ausgestaltung und die jeweilige Form, in der das Angebot erfolgt, nachgefragt.

## Informationen zu regionalen Dienstleistungen

Die dritte Hauptkategorie bezieht sich auf nachgefragte Informationen zu regionalen Anbietern und unterteilt sich in fünf Unterkategorien, entsprechend der Anbieterstruktur.

Bei drei Unterkategorien, *ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen*, werden vorrangig Informationen zum Preis-Leistungs-Verhältnis, der Qualifikation der Mitarbeiter und personellen Ausstattung nachgefragt.

Die Unterkategorie *klinische Einrichtungen* bezieht sich sehr speziell auf Diagnostik und Therapie bei demenziellen Erkrankungen. Eine weitere Unterkategorie betrifft *nicht-professionelle/nichtpflegerische Einrichtungen*. Diese wird eher von aktiven Senioren

und Angehörigen angesprochen und bezieht sich auf Vereine, Nachbarschaftshilfe oder stadtteilbezogene Angebote. Im Interesse steht, welche Angebote, wo in der Stadt und zu welchen Kosten zu finden sind.

Tabelle 1: Übersicht zu Haupt- und Nebenkategorien

Hauptkategorie und Unterkategorie	Häufigkeit N (%)	Beispielhafte Beratungsanliegen
<i>Information zum Versorgungssystem</i>	56 (31,6 %)	
Leistungen der Pflegeversicherung	20 (11,3 %)	Pflegestufen, Schulungen, Widerspruch, Leistungskombination,
Informationen zur Versorgungslandschaft	26 (14,7 %)	Pflegebereiche, Qualifikation, institutionelle Übergänge
Leistungen für Menschen mit Behinderungen	6 (3,4 %)	Feststellung, Nachteilsausgleiche, Sportangebote
Rechtssicherheit im Alter	4 (2,3 %)	Vollmachten, Erstellung, Aktualisierung
<i>Informationen zu Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem</i>	43 (24,3 %)	
Unterstützung suchen	16 (9,0 %)	Facharzt, Pflegedienst, Selbsthilfegruppe,
Wohnraum	12 (6,8 %)	Wohnraumanpassung, Wohnraum für Menschen mit Behinderung, mit Demenz
Engagement	10 (5,6 %)	Vereine, Selbsthilfegruppe, Institutionen
Niedrigschwellige Angebote für Menschen mit Demenz	5 (2,8 %)	Gruppen- und Einzelangebot, Aktivitäten
<i>Informationen zu regionalen Dienstleistungen</i>	43 (24,3 %)	
Ambulante Einrichtungen	6 (3,4 %)	Kosten, Leistungen, niedrigschwellige Angebote
Teilstationäre Einrichtungen	7 (4,0 %)	Kosten, Leistungen,
Stationäre Einrichtungen	14 (7,9 %)	Kosten, Leistungen
Klinische Einrichtungen	11 (6,2 %)	Diagnostik, Therapie, Differentialdiagnostik
Nichtprofessionelle, nichtpflegerische Einrichtungen	5 (2,8 %)	Aktive Senioren, Angehörige, Ehrenamtliche
<i>Situations- und krankheitsspezifische Fragen</i>	35 (19,8 %)	
Anwendung von Hilfsmitteln	8 (4,5 %)	Immobilität, Sturz, Dekubitus
Umgang mit Menschen mit Demenz	14 (7,9 %)	Nach Diagnose, Aktivierung und Betreuung, herausfordernde Verhaltensweisen
Krankheitsbezogenen Probleme	13 (7,3 %)	Neurologische, psychiatrische Erkrankungen, chronisch-degenerative Erkrankungen, Neubildungen

## Situations- und krankheitsspezifische Fragen

Die Hauptkategorie *Situations- und krankheitsspezifische Fragen* ist von spezifischen Einzelproblemen geprägt, im Vordergrund stehen meist komplizierte Konstellationen im persönlichen Pflegesetting.

Die richtige Anwendung und Informationen zum möglichen Einsatz von Hilfsmitteln, meist bezogen auf eine spezifische Verrichtung (z. B. Lagewechsel), sind Themen der Unterkategorie *Hilfsmittel*. Als weitere Unterkategorie wurde der *Umgang* mit Menschen mit Demenz gebildet. Ratsuchende haben das Bedürfnis, das Krankheitsbild Demenz besser zu verstehen, als auch in vielfältigen Betreuungssituationen Hilfen für das Zusammenleben im Alltag zu bekommen. In der Unterkategorie *krankheitsbezogene Probleme* sind Anliegen zusammengefasst, die unterschiedliche Krankheitsgeschehen betreffen. Dabei werden verschiedenste Krankheitsarten erfragt, akute und chronische Verläufe und wie man sich bei bestimmten Problemen bzw. Symptomen verhalten kann.

## Diskussion

Die hohe Nachfrage der Beratungseinheit zeigt ein deutliches Interesse der Besucher und den Bedarf an Information und Beratung. Ungefähr jeder vierte Veranstaltungsteilnehmer nutzte das Angebot und es konnten differenzierte und relevante Beratungsanliegen erfasst werden. Die Themen der Anfragen waren sehr breit gefächert, sie reichten von allgemein sozialrechtlichen Fragen über Informationen zum Versorgungssystem bis hin zu speziellen regionalen Angeboten und konkreten Anweisungen in krankheitsspezifischen und individuellen Situationen. Dieses Spektrum verdeutlicht, wie differenziert die Erwartungen und Bedürfnisse der ratsuchenden Bürgerinnen und Bürger sind und auf welche vielfältigen Situationen eine Pflegeberatung ausgerichtet sein muss. Die Gesetzgebung sieht insbesondere die Aufklärung über Leistungen der Pflegekassen sowie über Leistungen und Hilfen verschiedener Träger vor. Die nachgefragten Beratungsanliegen zeigen jedoch, dass Beratung wesentlich vielfältiger sein muss.

Weiterhin zeigt sich, dass sich der ratsuchende Personenkreis erweitert hat. Im Rahmen der gesetzlichen Pflegeberatung wird Beratung vorrangig bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit empfohlen bzw. fokussiert die Beratung auf Leistungen der Pflegeversicherung und auf pflegerische Angebote. Neben pflegebedürftigen Menschen konnten Beratungsanliegen aber auch von Menschen erfasst werden, die nicht von Pflegebedürftigkeit bedroht sind und Bedürfnisse im vorsorglichen Sinne haben. Dazu zählen u.a. Fragen zur Rechtssicherheit und Selbstbestimmung im Alter. Außerdem sind aktive Bürgerinnen und Bürger an einer ehrenamtlichen und nachbarschaftlichen Tätigkeit interessiert und ihre Anliegen beziehen sich auf eine aktive Mitgestaltung der Versorgungslandschaft.

Zu beachten ist, dass sich Ratsuchende, insbesondere Angehörige, sehr detailliert zu demenziellen Erkrankungen erkundigen. Dabei betreffen die Informationsbedürfnisse neben Diagnostik und Therapie auch nicht-professionelle Angebote für erkrankte Menschen sowie Ratschläge zur Entlastung der Angehörigen und zur Gestaltung des Alltags. Diese Beispiele verdeutlichen, wie komplex die häusliche Situation sein kann. An dieser Stelle muss geprüft werden, welche Formen der Beratung für den Umgang mit demenziellen Erkrankungen geeignet sind.

Auffallend ist, dass aufgrund der deutschen Sozialgesetzgebung Informationsbedürfnisse zu verschiedenen Sozialgesetzbüchern bestehen (u.a. SGB XI, SGB V, SGB IX, SGB XII). In der Kategorie *Informationen zum Versorgungssystem* werden die Leistungen der verschiedenen Sozialgesetzbücher eingeschlossen, es besteht ein sehr hoher Informationsbedarf zu unterschiedlichen Leistungen und Finanzierungsmöglichkeiten, zur Klärung von Ansprüchen oder zur Kombination von verschiedenen Angeboten. Im Einzelfall können Bedarfskonstellationen entstehen, die Behinderung, Krankheit und Pflege verbinden. Betroffene wünschen sich dann einen Ansprechpartner, der eine umfassende und auf ihre Situation ausgerichtete Beratung leisten kann.

In der Arbeit von Büscher u.a. (2010) wird deutlich, dass bei der häuslichen Pflegeberatung eine konzeptionelle Grundlage gebildet werden muss, da insbesondere zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit eine situations- und problemorientierte Beratung vonnöten ist.

Mit den Kategorien *Situations- und Krankheitsspezifische Fragen*, *Informationen zu Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem* und *Informationen zu regionalen Dienstleistern* kann dieser individuell geprägte Bedarf bestätigt werden. Pflegebedürftige und deren Angehörige erwarten, dass relevante Informationen für den individuellen Krankheitsverlauf, die besondere Pflegekonstellation, den problemorientierten Umgang im Einzelfall oder für den Zugang zu wohnortnahen Angeboten gegeben werden. Wie situationsspezifische Anliegen belegen, werden auch praktische Erfahrungen im Umgang mit Pflegeverrichtungen benötigt. Dies erfordert von den Beratern eine hohe fachliche und methodische Kompetenz sowie Kenntnisse zur regionalen Versorgungslandschaft.

Klie und Monzer (2008) schildern, dass durch die Pflegeberatung eine Pflegeunterstützung beabsichtigt wird. Diese kann nur zielführend sein, wenn die individuelle Lebenslage beachtet und auf die Möglichkeiten des Versorgungssystems bezogen wird. Diese Autoren betonen, dass es eines einheitlichen und übergreifenden Case-Management-Konzeptes bedarf, um ein qualifiziertes Vorgehen sicherzustellen.

## Methodischer Ausblick für künftige Studien

Die Ergebnisse beruhen auf zwei Erhebungen einer Beratungseinheit innerhalb von zwei Bürgerveranstaltungen. Die Ratsuchenden waren Bürgerinnen und Bürger, die aktiv nach Information und Beratung gesucht haben. Beratungsbedürfnisse von Menschen, die nicht in der Lage sind, solche Informationsveranstaltungen aufzusuchen, konnten nicht erfasst werden. In Ergänzung zu den vorgestellten Ergebnissen wäre die Erfassung von Beratungsanliegen von aufsuchender Beratung angezeigt. Gerade in Situationen, wie Krankenhauseinweisung, plötzlich eintretende Pflegebedürftigkeit oder akute Verschlechterung, ist die Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen besonders wichtig, da in diesen Situationen oft Weichen für den weiteren Versorgungsverlauf gestellt werden.

Das Kategorieensystem wurde in der ersten Erhebung entwickelt und in der zweiten Erhebung überprüft. Die Haupt- und Unterkategorien konnten bestätigt werden und drei Unterkategorien wurden ergänzt. Insgesamt ist von einer guten Datensättigung auszugehen, da eine Zuordnung der Beratungsanliegen in das bestehende System erfolgen konnte und nur wenige Unterkategorien ergänzt werden mussten. Da von den Ratsuchenden keine soziodemografischen Daten erhoben wurden, lassen sich keine Aussagen zu unterschiedlichen Beratungsansprüchen in Bezug auf Art der Ratsuchenden, Alter, sozialen Status oder Pflegearrangement machen. Zukünftige Arbeiten sollten daher ausführlich die Situation der Ratsuchenden, Zugangswege und verschiedene Beratungssettings qualitativ als auch quantitativ untersuchen.

## Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Beratungsanliegen der Bürgerinnen und Bürger nicht ausschließlich auf den Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen, sondern sehr viel weiter gefasst sind. Einzelne Fakten werden seltener gewünscht und im Vordergrund stehen komplexe und indivi-

duell geprägte Pflegearrangements. Von den Beratern wird eine sehr hohe Kompetenz erwartet, da neben pflegerischem Fachwissen, Kenntnissen der Sozialgesetzgebung, Erfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit, auch Informationen zur regionalen Versorgungslandschaft erwartet werden. Der Bedarf an Beratung scheint hoch zu sein. Inwieweit eine detaillierte Beratung die Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wirklich unterstützen kann, oder ob Strukturen und Prozesse der Beratung verändert werden müssen, muss weiterhin untersucht werden.

*Stephanie Heinrich, Diplom Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department für Psychische Gesundheit der Universität Leipzig und war im Projekt „Koordinierungs- und Beratungsstelle für Pflegevernetzung“ tätig.*

*Kontakt:*  
*stephanie.heinrich@medizin.uni-leipzig.de*

*Witiko Nickel, Dipl.-Pflegerwirt (FH) ist Pflegedirektor am AMEOS Klinikum Bernburg, Staßfurt und Schönebeck und war wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig und im Projekt: „Koordinierungs- und Beratungsstelle für Pflegevernetzung“ tätig.*

*Kontakt: info@klinikum-bernburg.de*

*Prof. Dr. Elmar Brähler ist Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig.*

*Kontakt:*  
*elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de*

## Literatur

- Büscher, A., Holle, B., Emmert, S., Fringer, A. (2010): Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, S. 103–110.
- Döhner, H. (2001): Information und Beratung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und -versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, S. 48–55.
- Klie, T. u. Monzer, M. (2008): Case Management in der Pflege. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, S. 92–105.
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Nickel, W., Born, A., Hanns, S., Brähler, E. (2010): Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44, S. 109–114.
- Nickel, W., Hanns, S., Brähler, E., Born, A. (2012): Pflegeberatung – die Erwartungen der Betroffenen. In: Gesundheitswesen, 74, S. 798–805.
- Pogadl, S. u. Pohlmann, R. (2008): Seniorenbüros in Dortmund – Zukunftsorientiertes Modell für eine integrative und wohnortnahe Versorgung und Betreuung. Ein Beitrag zur Diskussion zu den Pflegestützpunkten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, S. 86–91.
- Schaeffer, D. u. Kuhlmeier, A. (2008): Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41, S. 81–85.
- Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2011. Wiesbaden. Statistisches Bundesamt.

## „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern

Stefan Schmidt und Christiane Luderer

### Stand der Umsetzung von Pflegestützpunkten

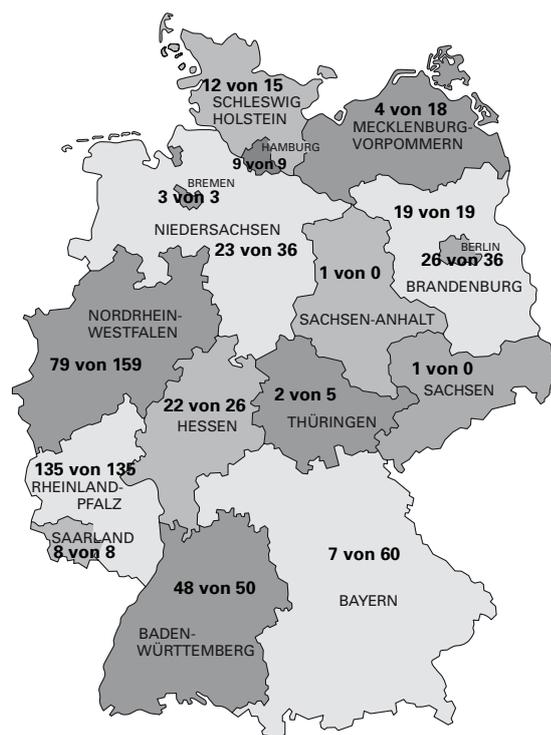
Einige Jahre nach Implementierungsbeginn liegen Untersuchungen vor, die überwiegend positive Ergebnisse zur Akzeptanz und Nutzung von Pflegestützpunkten zeigen: Nutzer/-innen äußern sich größtenteils zufriedenstellend mit dem Angebot der Stützpunkte (BMG 2011, S. 58; Döhner u.a. 2011; KDA 2009; Klie u.a. 2011; MASF 2011). Doch es wird auch deutlich, dass der Stand der Umsetzung von Pflegestützpunkten regional sehr unterschiedlich ist. So sind einige Bundesländer (wie bspw. Berlin, Branden-

burg, Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg, Hessen) sehr weit mit dem Aufbau fortgeschritten, andere weniger weit (wie Mecklenburg-Vorpommern, Bayern, Thüringen, Nordrhein-Westfalen). Sachsen und Sachsen-Anhalt haben sich bisher gegen den planmäßigen Aufbau von Pflegestützpunkten entschieden (Döhner u.a. 2011; Hokema u. Schmidt 2009; KDA 2009; Klie u.a. 2011). Abbildung 1 gibt einen Überblick zum Stand der derzeit umgesetzten und geplanten Pflegestützpunkte in Deutschland.

Neben der Anzahl der Pflegestützpunkte, die in den Bundesländern entstehen sollen, ist weiterhin die Berechnungsgrundlage für Pflegestützpunkte anhand der Einwohnerzahl bundesweit unterschiedlich. Tabelle 1 gibt einen Überblick und zeigt, dass beispielsweise das Land Berlin einen Pflegestützpunkt je etwa 95.000 Einwohner/-innen kalkuliert. Bei vergleichbaren Großstädten wie Hamburg und Bremen (einen Pflegestützpunkt auf etwa 220.000 Einwohner) ist das Verhältnis weitaus größer.

Zudem ist festzuhalten, dass in der Öffentlichkeit der bestehende Anspruch auf eine individuelle Pflegeberatung (BMG 2011, S. 56ff.) sowie die Existenz von Pflegestützpunkten bisher wenig bekannt sind. Kollak und Schmidt (2012) befragten Passanten in Berlin, ob ihnen Pflegestützpunkte bekannt seien und welche Erwartungen sie an diese Einrichtungen haben würden. Die Studie macht den geringen Bekanntheitsgrad der Pflegestützpunkte deutlich, über die nur 35 von 171 Befragten informiert waren. „Pflegestützpunkte“ wurden häufig mit „ambulanten Pflegediensten“ verwechselt. Dabei wurde jedoch auch deutlich, dass sich ein Großteil der Befragten (n=136, 79,5 Prozent) eine aufsuchende Pflegeberatung wünscht (ebd.).

Abbildung 1: Umgesetzte und geplante Pflegestützpunkte in Deutschland (eigene grafische Gestaltung in Anlehnung an Klie u.a. 2011, S. 35, Aktualisierung und Überarbeitung nach eigener Recherche).



*Tabelle 1: Pflegestützpunkte nach Anzahl der Einwohner/-innen in den jeweiligen Bundesländern (s. Klie u.a. 2011, S. 69ff).*

Bundesland	Einwohner/-innen Pflegestützpunkt
Baden-Württemberg	214.898
Bayern	208.662
Berlin	95.655
Brandenburg	133.460
Bremen	220.619
Hamburg	218.235
Hessen	233.152
Mecklenburg-Vorpommern	91.733
Niedersachsen	220.245
Nordrhein-Westfalen	112.536
Rheinland-Pfalz	29.724
Saarland	127.823
Sachsen	–
Sachsen-Anhalt	–
Schleswig-Holstein	188.802
Thüringen	447.200

Wegel u.a. (2011) werteten in ihrer Studie Daten aus dem Beobachtungszeitraum 2005 bis 2008 der Pflegestützpunkte im Berliner Bezirk Mitte aus. Knapp 70 Prozent der Hilfe- und Ratsuchenden waren Frauen (insgesamt  $n=2.881$ ). Es wird deutlich, dass mit steigendem Alter der Nutzer/-innen mehrheitlich Angehörige die Pflegestützpunkte aufsuchen. Zwar war die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte von 2005 bis 2008 eher rückläufig, jedoch der Zeitaufwand für Beratungen und Koordination von Leistungen (z.B. aufgrund der Komplexität) deutlich erhöht. Gleichzeitig hat sich im Laufe des Beobachtungszeitraums die Anzahl der Pflegeberater reduziert (ebd.).

Die Pflegestützpunkte in Hamburg wurden durch Döhner u.a. (2011) wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Es zeigt sich, dass 70,2 Prozent ( $n=3.070$ ) der Ratsuchenden die Pflegestützpunkte telefonisch und 26,5 Prozent ( $n=1.158$ ) persönlich kontaktierten. Der Erstkontakt zum Pflegestützpunkt erfolgte in erster Linie über Hinweise in den

Medien wie Zeitungen und Fernsehen (31,1 Prozent). Gesundheitsdienstleister (z.B. Krankenhäuser, Pflegedienste, Ärzte) gaben weniger Hinweise zu bestehenden Angeboten der Pflegestützpunkte (6,4 Prozent). Die nachgefragten Themen der Hilfesuchenden waren unterschiedlich, jedoch zeigte sich, dass mehrheitlich zur Organisation der häuslichen Pflege, zur Finanzierung sowie zur Pflegeversicherung informiert und beraten wurde (ebd.).

Auch die Pflegestützpunkte des Landes Brandenburg wurden evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegestützpunkte auf dem richtigen Weg sind; gleichwohl hinsichtlich Zielgruppenreichung, klarerer Beratungsprozesse und der Koordination von Leistungen weitere Anstrengungen notwendig sind (MASF 2011).

Zusammenfassend wird deutlich, dass Pflegestützpunkte zwar im Vergleich zu anderen Beratungseinrichtungen aufgrund von fehlender flächendeckender Etablierung zu einem geringen Teil in Anspruch genommen werden (BMG, 2011, S. 54; Wegel u.a. 2011), jedoch erste Begleitforschungen von Pflegestützpunkten überwiegend positive Ergebnisse zu Akzeptanz und Nutzung zeigen.

Das Resümee der Nutzerinnen und Nutzer mit den Pflegestützpunkten ist zusammenfassend als positiv zu bezeichnen (BMG 2011, S. 58; Döhner u.a. 2011; KDA 2009; Klie u.a. 2011; MASF 2011; Michell-Auli u.a. 2010, S. 71). Darüber hinaus sind nachgefragte Themen der Hilfe- und Ratsuchenden bzw. der Angehörigen bekannt (Döhner u.a. 2011; KDA 2009; Michell-Auli u.a. 2010, S. 54) und es wird deutlich, dass die Nutzer/-innen größtenteils Informationen und Beratungen nachfragen und ein geringerer Anteil eine Fallkoordination und -steuerung im Sinne des Case Managements benötigt (Döhner u.a. 2011; KDA 2009; Michell-Auli 2010, S. 62; Wegel u.a. 2011; Wingefeld u. Kleina 2009).

Unklar bleibt weiterhin der Wirkungsgrad der Pflegestützpunkte und die Frage, was die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer ausmacht. Ebenso fehlen Ergebnisse zum Umgang mit „komplexen Fällen“ sowie zur Zielerreichung einer bedürfnis- und bedarfsorientierten Organisation und Koordination von Hilfen für Nutzer/-innen, die die

<sup>1)</sup> Einschlusskriterien waren, dass

- die Betreuung durch den Pflegestützpunkt abgeschlossen ist,
- die Interviewpartner/-innen zum Zeitpunkt der Betreuung durch den Pflegestützpunkt alleinlebend und über 65 Jahre alt waren,
- zum Zeitpunkt der Betreuung durch den Pflegestützpunkt ein komplexer Bedarf vorlag, d.h. verschiedene Akteure für die Unterstützung und Hilfe notwendig waren und diese durch den Hilfesuchenden nicht selbst organisiert und koordiniert werden konnten und
- eine Einverständniserklärung des Interviewteilmehmers bzw. der -teilnehmerin vorliegt.

Ein männlicher Interviewpartner („IP 5“) wurde einbezogen, obwohl er die Einschlusskriterien aufgrund seines Alters nicht erfüllte. Aufgrund der Komplexität des Falls und der ohnehin schwer zu erreichenden männlichen Interviewpartner wurde er trotzdem in die Untersuchung einbezogen. Weitere Ausführungen zum methodischen Vorgehen der Studie siehe Schmidt u. Luderer (in Vorbereitung).

Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg lag für diese Studie vor.

<sup>2)</sup> Strauss, A. L. u. Corbin, J. (1996): Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Unterstützung eines Pflegestützpunktes in Anspruch genommen haben (hierzu auch Höhmann 2009; Schmid u. Schu 2011, S. 263f.; Wingenfeld u. Kleina 2009).

### Fragestellungen

Vor diesem Hintergrund wurden für die vorliegende Studie folgende Fragestellungen formuliert:

- Wie nehmen Nutzer/-innen von Pflegestützpunkten mit einem komplexen Unterstützungsbedarf die Versorgungsorganisation, -koordination und -steuerung wahr?
- Welche Auswirkungen hat die Fallkoordination und -steuerung durch Pflegeberater/-innen auf die Nutzer/-innen?
- Inwieweit ist die Versorgung (aus der Nutzer/-innenperspektive) am Bedarf und den Bedürfnissen der Klient/-innen orientiert?

### Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein qualitatives (hermeneutisch-interpretatives) Forschungsdesign gewählt. Mit Hilfe eines teilstrukturierten Leitfadens, dem ein Erzählstimulus zur Provokation einer Stegreiferzählung vorangestellt war, wurden mit ehemaligen Nutzer/-innen von Berliner Pflegestützpunkten Interviews geführt (n=8).

Der Zugang zu Interviewpartner/-innen erfolgte über Berliner Pflegestützpunkte. Die Auswahl erfolgte nach einem theoretischen Sampling, da erreicht werden sollte, dass sich die Interviewpartner/-innen hinsichtlich ihrer Merkmale wie Geschlecht, Alter, Familienstand, soziale Beziehungen, Hilfe- und Pflegebedarf möglichst maximal unterscheiden sollten, um letztendlich eine qualitative Repräsentation (Kruse 2011, S. 85ff.) zu erreichen. Die Stichprobe, die zu den Interviews zu Hause aufgesucht wurde, wird in Tabelle 2 dargestellt.<sup>1</sup>

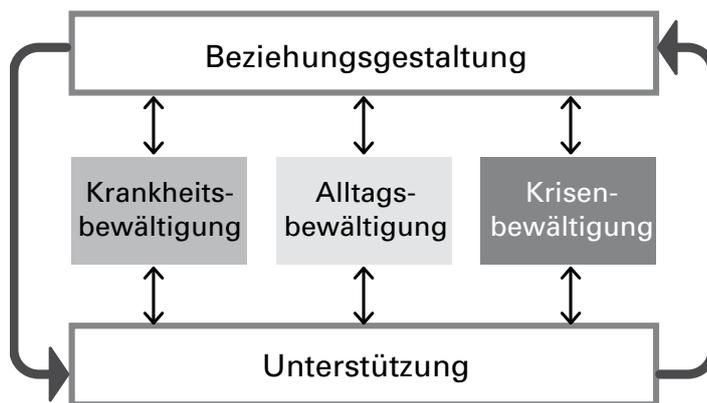
Insgesamt konnte ein Datenmaterial von 284:27 Minuten Sprechzeit erhoben werden, wobei ein Interview im Durchschnitt 35:33 Minuten dauerte. Die Interviews wurden im Anschluss vollständig transkribiert und in Anlehnung an das Verfahren der Grounded Theory<sup>2</sup> in drei Phasen ausgewertet:

1. Durch offenes Kodieren wurden Phänomene aus dem Untersuchungsfeld benannt und daraus Kategorien generiert. Während der Analyse wurden „In-Vivo-Codes“ (wörtliche Aussagen) extrahiert und Kodenotizen angefertigt. 2. Die Verbindungen einer Kategorie wurden durch axiales Kodieren ermittelt, bevor 3. darauf aufbauend durch selektives Kodieren Kernkategorien gebildet wurden. Die Ergebnisse wurden durch Kontrollanalysen in zwei Forschergruppen validiert.

Tabelle 2: Charakteristika der Untersuchungsgruppe nach Geschlecht, Alter, Familienstand, soziale Beziehungen (eigene Kinder), Pflegestufe

Interview	Merkmale der Interviewteilmehmer/-innen					Pflegestufe
	Geschlecht	Alter	Familienstand	Soziale Beziehungen (eigene Kinder)		
1	weiblich	83	Verwitwet	ein Kind		I
2	weiblich	84	Ledig	keine Kinder		I
3	weiblich	71	Geschieden	zwei Kinder		II
4	weiblich	78	Verwitwet	zwei Kinder		keine
5	männlich	53	Geschieden	drei Kinder		II
6	weiblich	83	Verwitwet	drei Kinder		I
7	männlich	83	Verwitwet	drei Kinder	keine, Antrag gestellt	
8	weiblich	77	Verwitwet	ein Kind		I

Abbildung 2: Kategorienübersicht zu den zentralen Ergebnissen



### Ergebnisse

Folgende Kernaussagen lassen sich nach der Analyse des Datenmaterials treffen:

- Die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegeberater/-in und Nutzer/-in wird für die interviewten Personen als besonders zentral erlebt.
- Je komplexer und zeitlich umfangreicher die Unterstützung durch den bzw. die Pflegeberater/-in erfolgt, desto intensiver nehmen die Nutzer/-innen die Organisation, Koordination und Steuerung notwendiger Hilfen wahr.
- Durch die Unterstützung der Pflegeberater/-innen wird es den Nutzern/-innen ermöglicht, ihren Alltag nach individuellen Bedarfen und Bedürfnissen zu gestalten.
- Die Nutzer/-innen von Pflegestützpunkten fühlen sich durch die Unterstützung der Pflegeberater/-innen gut und sicher im häuslichen Umfeld aufgehoben.
- Ein dauerhafter Kontakt zu den Pflegeberater/-n/-innen gibt den Nutzer/-innen und Nutzern ein Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit.
- Die Organisation, Koordination und Steuerung von notwendigen Hilfen erleben die Nutzer/-innen als professionelles Angebot der Pflegestützpunkte. Dadurch können sie ihren Alltag trotz Mehrfacherkrankungen soweit wie möglich autonom bewältigen.

Die Ergebnisse werden in zwei Kernkategorien unterschieden: *Beziehungsgestaltung* und *Unterstützung* sowie in drei Unterkategorien: *Alltagsbewältigung*, *Krankheitsbewältigung* und *Krisenbewältigung* (siehe Abbildung 2).

### Beziehungsgestaltung

Es wird deutlich, dass die Beziehung zwischen Nutzer/-innen und Pflegeberater/-innen als etwas Dynamisches erlebt wird, da sie sich nach und nach festigt und gestaltet. Was wiederum, aus Sicht der interviewten Nutzer/-innen, einen entscheidenden Einfluss auf deren Bewältigung von Krankheit, Alltag und Krisen hat.

Pflegeberater/-innen werden aus Sicht der Nutzer/-innen in unterschiedlichen Situationen erlebt. Nutzer/-innen bauen nach und nach eine Beziehung zu „ihrem“ Pflegeberater auf und werden als wichtiger Bestandteil im eigenen Leben wahrgenommen.

Es wird durchaus wahrgenommen, dass die Pflegeberater/-innen viel unterwegs sind, dennoch wird gefordert, dass diese öfter Hausbesuche durchführen sollten. Die Pflegestützpunkte scheinen aus Sicht der Nutzer/-innen geringe personelle Ressourcen zu haben. Gleichzeitig schätzen sie aber, dass sich die Pflegeberater/-innen immer die notwendige Zeit nehmen und sehr gut erreichbar sind. Auch die Reaktion auf persönliche Anfragen wird von den Nutzern als sehr

zuverlässig und verbindlich erlebt, insbesondere dann, wenn die Pflegeberaterin notwendige Unterlagen nicht dabei hat oder sich selbst erst einmal informieren muss. Die Beziehungsgestaltung wird als beidseitige Aufgabe gesehen. So wird seitens der Nutzer/-innen fürsorglich darauf geachtet, dass die Pflegeberater/-innen keine unnötigen Aufgaben übernehmen müssen.

Erlebt wird die Unterstützung durch die Pflegeberater/-innen aber auch als positiv, weil Nutzer/-innen konkret in ihrer Situation, die zum Teil als überfordernd erlebt wurde, unterstützt werden. Sie erleben ein Gefühl von Handhabbarkeit und Sicherheit und schätzen „ihren“ Pflegeberater in der Arbeit als professionell und kompetent.

*„[...] ja es hat sich sehr viel geändert (.) erstens Mal dass ich wieder Mut hatte (.) ich hab das Material alles durchgelesen (.) hab mit ihr telefoniert [...] und äh das äh das gibt erst mal äh ne gewisse Zuversicht es gibt Hilfe und du hast jemanden der dir nen konkreten Rat geben kann (.) zum Beispiel (.) äh der Antrag auf den Schwerbeschädigtenausweis der Antrag der Pflegestufe (.) all das (.) äh hätte ich mir erst mühsam erarbeiten müssen wie es geht an wen man das schickt und so weiter (.) aber das wusste sie alles es war also eine enorme Erleichterung (.) [...] ich kriegte wieder Auftrieb ich kriegte Mut (.) und kam aus diesem Tief wieder heraus (.) es war also eine wesentliche Veränderung“ (IP8, 92–102).*

### **Unterstützung**

Im Zuge von Mehrfacherkrankungen und fehlenden eigenen Ressourcen entwickelten sich bei den Interviewten komplexe Fallkonstellationen, welche für eine individuelle Lösung eine Unterstützung durch die Pflegeberater/-innen erforderlich machen. Die interviewten Nutzer/-innen erleben dabei ihre Pflegeberater/-innen in erster Linie als Partner an ihrer Seite, welcher sie durch den „Dschungel“ der Hilfeleistungen lotst.

Pflegeberater/-innen geben nicht nur Orientierung, sondern ermöglichen darüber hinaus einen Zugang zu notwendigen Leistungen wie beispielsweise einer Pflegestufe. Die Nutzer/-innen schätzen dies sehr, weil sie nicht nur über nötige, sondern eben auch

über mögliche Angebote individuell und umfassend beraten und bei der Antragsstellung unterstützt werden. Auch hier wird wiederum deutlich, dass die Pflegeberater/-innen als kompetent und zuverlässig erlebt werden. *„Und, sie informiert eben immer, wenn was Neues ist, weil man bekommt das ja doch nicht mit, also was für die Behinderten oder so was, irgendwas, immer versucht sie das umzusetzen, um den Menschen das zu überbringen und so zusagen, ihr könnt da noch ein bisschen und da noch was und dann noch was oder mal anrufen, irgendwas“ (IP3, 53–56).*

Besteht eine längere Beziehung zwischen Pflegeberater/-in und Nutzer/-in, so erleben die Nutzer/-innen diese als besonders hilfreich, weil die Pflegeberater/-innen ihnen vertraut sind und die individuelle Lebenssituation besonders gut einschätzen können. Mit der Zeit entsteht also eine intensive Beziehung zwischen Nutzer/-innen und Pflegeberater/-innen, welche aus Sicht der Nutzer/-innen als sehr unterstützend erlebt wird. Wichtig sind neben der fachlichen Unterstützung auch Achtsamkeit und emotionale Angebote, die sich in kleineren Aufmerksamkeiten zeigen können.

Die Nutzer/-innen tauschen sich auch nach der Ablösung vom Betreuungsprozess in regelmäßigen Abständen mit „ihrer“ Pflegeberaterin aus und erleben dies als sehr hilfreich.

*„[...] wir haben bloß manchmal noch Kontakt dass wir fragen wie es geht und so weiter. Und sie FREUT sich immer wieder wenn ich mich melde, weil ich ja auch nen DANKbarer Mensch [bin]“ (IP1, 114–116).*

### **Krankheitsbewältigung**

In der Krankheitsbewältigung erfahren die Nutzer/-innen wertvolle und oft bislang unbekannt Möglichkeiten der Unterstützung durch die Pflegeberater/-innen. Sie stehen ihnen beratend und erklärend zur Seite, vertreten sie als „Fürsprecherin“ gegenüber anderen Institutionen und organisieren notwendige Hilfen.

In erster Linie geht es den Betroffenen darum, fortschreitende Erkrankungen so gut wie möglich zu bewältigen und dabei ihre

Lebensqualität zu halten oder zu steigern. Dafür werden gemeinsam mit der Pflegeberaterin individuelle Hilfen geplant und organisiert.

*„Dann hatte ich auch es war schon ganz weit nur den Termin sie [Pflegeberaterin] haben alles geregelt [...] und ich hatte dann einen Unfall (.) bin aus dem Bett gefallen und habe mich SEHR verletzt und es dauerte es dauert bis drei zwei Monate und ja und dann nach dem Krankenhaus [...] haben sie mich selbst angerufen [...] (.) und dann ist meine Dusche umgebaut worden“ (IP6, 19–23).*

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund ihres Alleinstehens von Bedeutung und eng an die Bewältigung des Alltags gekoppelt.

### Alltagsbewältigung

Pflegeberater/-innen werden insbesondere dann informiert, wenn aus Sicht der Nutzer/-innen für deren Alltagsbewältigung Probleme entstehen, die sie aufgrund fehlender eigener Ressourcen nicht selbst überwinden können.

Die Nutzer/-innen fühlen sich vielfach überfordert, wenn es um die Bewältigung ihres Alltags geht. Gründe dafür sind häufig, dass aufgrund der Komplexität der Situation mehrere Akteure beteiligt sind. Die Nutzer/-innen haben aufgrund ihrer komplexen Bedarfslage häufig keinen Überblick über ihre Hilfeleistungen. Pflegeberater/-innen stehen ihnen klärend und koordinierend zur Seite, wodurch sie sich im „Dschungel“ der Hilfeangebote, Rechte und Pflichten zurechtfinden und diese in ihren Alltag integrieren können. Dadurch kann eine Überforderung vermieden werden. Die Nutzer/-innen erleben die gute Beziehung zu ihrer Pflegeberaterin als unterstützend, wenn es um die Bewältigung des Alltags geht.

*„[...] da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben“ (IP8, 85–86).*

Im Alltag erleben die Nutzer/-innen ihre Pflegeberater/-innen als besonders hilfreich, weil sie wissen, dass sie jederzeit wieder unterstützt werden, sofern dies notwendig wird. Dadurch erleben sie ein starkes Gefühl von Sicherheit.

### Krisenbewältigung

Nutzer/-innen erleben ihre Pflegeberater/-innen aufgrund deren Empathiefähigkeit und hoher kommunikativer Kompetenz als Unterstützer und fühlen sich von ihnen verstanden, gerade wenn aus unterschiedlichen Gründen Krisen im eigenen Leben auftreten. *„Na ja es ist immer jemand da mit dem man sein Leid, Kummer oder Freude teilen kann (.) und Frau [Pflegeberaterin] ist ein sehr geduldiger und sehr netter Mensch“ (IP2, 90–91).*

Zugleich haben sie das Gefühl, „ihr Leid“ zu teilen. So erleben sie die Pflegeberaterin als unterstützend, indem sie zuhört und demonstrieren zugleich großes Vertrauen, das in Momenten der Krise zur Bewältigung beiträgt.

Pflegeberater/-innen unterstützen in Krisensituationen neben beratenden und koordinierenden Aufgaben in erster Linie durch Zuhören, durch einfühlsame Gespräche und indem sie das Gefühl vermitteln, da zu sein.

Die Nutzer/-innen fühlen sich in Krisensituationen gut durch ihre Pflegeberater/-innen begleitet. Sie leiten nicht nur durch den „Dschungel“ der Versorgungsangebote und unterstützen in akuten Situationen, sondern intervenieren mit Hilfe von empowernden Gesprächen und psychosozialer Unterstützung.

*„Sie wusste WIE es geht (.) sie wusste an wen ich mich wenden muss und sie kannte auch die Fristen (.) und äh also es war für mich (.) nach dem äh (.) naja nach dem Tief in das ich geraten war nach der Diagnose (.) erstmal wieder ein Licht am Ende des Tunnels (.) ich hatte wieder Mut und ich wusste es gibt Stellen wo man sich Hilfe holen kann (.) und dass die obendrein kostenlos ist diese Beratung also das finde ich einfach ein Segen“ (IP8, 53–57).*

Hier wirkt sich aber auch eine langanhaltende Beziehung zur Pflegeberaterin positiv auf die Bewältigung von Krisen aus. So schildern einige Nutzer/-innen, wie sehr sie es schätzen, einen Pflegeberater an ihrer Seite zu haben, der ihre Bedürfnisse erkennt und prompt darauf reagiert und sie in jeglicher Hinsicht aufbaut.

## Diskussion und Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Nutzer/-innen von Pflegestützpunkten die Organisation, Koordination und Steuerung sehr positiv erleben. Die wenigen bereits vorliegenden Untersuchungen zur Zufriedenheit von Nutzer/-innen von Pflegestützpunkten können damit gestützt werden (BMG 2011, S. 58; Döhner u.a. 2011; KDA 2009; Klie u.a. 2011; MASF 2011; Michell-Auli u.a. 2010, S. 71).

Die Pflegeberaterin ist aus Sicht der Nutzerin *die* zentrale Ansprechperson, wenn es um Fragen und Probleme hinsichtlich der individuellen und komplexen Hilfsituation geht. Es steht für die Betroffenen allerdings weniger die komplexe Situation im Vordergrund, sondern es sind vielmehr einzelne Aspekte, die aus Sicht der Nutzer/-innen notwendigerweise organisiert werden müssen, um ihren Alltag so „normal“ wie möglich bewältigen zu können. Es wird deutlich, dass durch die Arbeit der Pflegestützpunkte eine am Einzelfall ausgerichtete Organisation, Koordination und Steuerung von notwendigen Leistungen ermöglicht wird, indem Pflegeberater/-innen sektorenübergreifende Hilfen gewährleisten. Vor allem kann dadurch einer so häufig vorkommenden Fehl-, Unter- und Überversorgung von Menschen mit Mehrfacherkrankungen entgegengewirkt werden (SVR 2012, S. 137ff.), da durch die Arbeit der Pflegeberater/-innen aus Sicht der Nutzer/-innen eben auch eine Kontinuität notwendiger Leistungen sichergestellt wird. Die Hilfen werden vor dem Hintergrund der individuellen Lebenssituation der Nutzer/-innen adressatenorientiert veranlasst, was diese wiederum sehr zufrieden macht. Hier ist zentral, wie notwendig und wichtig eine realistische individuelle Bedarfs- und Bedürfnisseinschätzung seitens der Pflegeberater/-innen ist, um die Wünsche und die Belange der Nutzer/-innen in ihrer Individualität erfassen und entsprechend für die weitere Planung notwendiger Maßnahmen berücksichtigen zu können.

Neben einer guten Beziehung zu den Pflegeberater/-innen schätzen die Nutzer/-innen, dass sie sich gegenüber anderen Akteuren (z.B. Leistungsträgern und Leistungsanbietern) stets in ihrem Sinne vertreten fühlen. Dies ist notwendig, da sich die Nutzer/-innen aufgrund ihrer Vulnerabilität infolge eines

hohen Alters, Mehrfacherkrankungen und fehlenden Ressourcen nur bedingt dazu in der Lage fühlen und eine Transparenz des Versorgungsnetzwerkes nur bedingt gegeben ist. Durch die Ergebnisse dieser Studie wird weiterhin bestätigt, dass Pflegeberater/-innen es ermöglichen, Nutzer/-innen durch den „Dschungel“ von Angeboten zu begleiten. Die Nutzer/-innen fühlen sich vor dem Aufsuchen des Pflegestützpunktes häufig überfordert. Es ist direkt nach der Kontaktaufnahme primär, dass sie durch die Pflegeberater/-innen dahingehend unterstützt werden, sich in der Versorgungslandschaft zurechtzufinden. Somit werden notwendige und mögliche Hilfen identifiziert und in Anspruch genommen, die letztendlich zur Bewältigung des Alltags, bei Krankheit und in Krisensituationen für Nutzer/-innen sinnvoll und hilfreich sind.

Für diese Studie konnten Interviewpartner/-innen einbezogen werden, die maximal kontrastierende Merkmale aufwiesen, wodurch eine Repräsentiertheit sichergestellt wurde. Außerdem wurden die Ergebnisse der Datenanalyse mit Hilfe von Analysegruppen validiert. Gleichwohl werden Begrenzungen deutlich: Die Auswahl der Stichprobe durch die Pflegeberater/-innen der Pflegestützpunkte ist möglicherweise verzerrt. Durch dieses Vorgehen konnten möglicherweise „kritische“ Personen nicht erreicht werden, da diese Personen erst gar nicht gebeten wurden, an dieser Studie teilzunehmen. Aus dieser Perspektive scheint eine weitere Untersuchung des Nicht-Inanspruchnahme-Verhaltens geboten. Eine weitere Einschränkung kann sein, dass sich die Interviewpartner/-innen im Sinne des erwünschten Verhaltens positiv über die Pflegeberater/-innen äußern wollten, da die Befragung implizit als Überprüfung der Arbeit der Pflegeberater/-innen verstanden werden könnte.

Limitierend ist ebenso, dass diese Studie nur in Berlin durchgeführt wurde und entsprechend nur bedingt übertragbar auf andere Bundesländer ist. Des Weiteren konnten aufgrund der beschränkten Zeit die Interviewpartner/-innen nur einmalig zu ihren Erfahrungen befragt werden, wodurch die Wahrnehmung und Auswirkung von Pflegeberatung auf die Nutzer/-innen nur zu einem Zeitpunkt ermittelt werden konnte. Mit der

geringen Stichprobe konnte zwar keine Datensättigung erreicht werden, jedoch lässt sich eine Trendanzeige in Bezug auf in weiteren Forschungsvorhaben zu bildende Typen verdeutlichen. Die Ergebnisse dieser Studie sind daher als vorläufig und keinesfalls vollständig anzusehen. Insbesondere erscheinen weitere wissenschaftliche Studien notwendig:

- mit gleichem Design und Fragestellungen mit dem Ziel einer Datensättigung,
- die Menschen mit Migrationshintergrund einbeziehen, da die Zahl älterer und somit pflegebedürftiger Migranten insbesondere in Großstädte deutlich ansteigt,
- die den Wirkungsgrad von Pflegestützpunkten untersuchen und
- mit Klientinnen mit komplexen Problemlagen von Klienten/-innen unter Berücksichtigung aller Beteiligten (informelle und formelle Akteure).

*Wir danken den Interviewten für ihre Bereitschaft und Offenheit.*

*Stefan Schmidt, M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Case Management-Ausbilder (DGCC) arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung der Hochschule Neubrandenburg.*

*Kontakt: stefan.schmidt@recama.de*

*Dr. rer. medic. Christiane Luderer arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.*

*Kontakt: christiane.luderer@medizin.uni-halle.de*

## Literatur

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin.
- Döhner, H., Gerlach, A., Köpke, S. u. Lüdecke, D. (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg (PSPHH). Abschlussbericht. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz. Hamburg.
- Höhm, U. (2009): Pflegestützpunkte als Brücken im System: Anmerkungen zu Vernetzungschancen. *Pflege & Gesellschaft*, 14(3), 215-236.
- Hokema, A. u. Schmidt, S. (2009): Die Einführung von Pflegestützpunkten in den Bundesländern – ein Überblick. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(1), 12–15.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009): Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. 2. Zwischenbericht vom 27. Oktober 2009. Köln [www.werkstatt-pflegestuuetzpunkte.de](http://www.werkstatt-pflegestuuetzpunkte.de) [Stand: 02.04.2012].
- Klie, T., Frommelt, M. u. Schneekloth, U. (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Satz 1 SGB XI. Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans-Weinberger-Akademie, TNS Infratest. Freiburg.
- Kollak, I. u. Schmidt, S. (2012): Umfrage zur Bekanntheit von Pflegestützpunkten. *Case Management*, 9(3), 132–133.
- Kruse, J. (2011): Reader „Einführung in die qualitative Interviewforschung“. Überarbeitete, korrigierte und umfassend ergänzte Version. Freiburg.
- MASF – Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie (2011): Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Bericht vom März 2011. [www.masf.brandenburg.de](http://www.masf.brandenburg.de) [Stand: 21.06.2012].
- Michell-Auli, P., Strunk-Richter, G. u. Tebest, R. (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Schmid, M. u. Schu, M. (2011): Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In Wendt, W. R. & Löcherbach, P. (Hrsg.), *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis* (S. 261–273). 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) [Stand: 03.08.2012].
- Wegel, S., Mehmet, G., Ruhnau-Wüllenweber, M., Steinhagen-Thiessen, E. u. Eckardt, R. (2011): Beratungsangebote vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. *Pflege & Gesellschaft*, 16(3), S. 235–254.
- Wingenfeld, K. u. Kleina, T. (2009): Erfahrungen mit der Einführung von Case Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung. Abschlussbericht. Universität Bielefeld. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld IPW.

---

## Kurzinformationen aus der Altersforschung

---

### Pflegestützpunkte – Was sagen (potentielle) Nutzer?

*Sascha Köpke und Anja Gerlach in Jahrbuch Seniorenwirtschaft 2012 (2012), S. 61–71*

Der Beitrag stellt die Ergebnisse einer Teilstudie der wissenschaftlichen Begleitforschung der Einführung der Pflegestützpunkte in Hamburg vor. Ziele waren die Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Beratungsleistungen, Erfassung der Erwartungen und Fragen an die Pflegestützpunkte, Zufriedenheit mit der Nutzung und potentielle Nutzungsbarrieren. Hierzu wurde eine prospektive postalische Befragung potentieller Nutzer/-innen in zwei Wellen durchgeführt.

---

### Hemmnisse für die Beratung in Pflegestützpunkten

Sprachliche Barrieren werden oft als zentrales Hemmnis für eine Öffnung sozialer Dienste gesehen. Diese Problemdefinition ist verkürzt, wie in zwei Studien herausgefunden wurde, in denen nach der Bekanntheit von Pflegestützpunkten in der Bevölkerung allgemein und nach dem multikulturellen Beratungsangebot speziell gefragt wurde:

*Kollak, I. & Schmidt, S. (2012). Interkulturelle Ansätze in Berliner und Brandenburger Pflegestützpunkten? „Amtssprache ist immer noch Deutsch!“. *mondial. Journal für interkulturelle Perspektiven*, 18(2), S. 14–17.*

*Kollak, I. & Schmidt, S. (2012). Umfrage zum Bekanntheitsgrad von Pflegestützpunkten. *Case Management*, 9(3), S. 132–133.*

---

### Transparenz im Pflegemarkt

*Monografie von Marianna Hanke-Ebersoll, M. (2012). Eine empirische Untersuchung zur Rolle der Transparenz und Entscheidungsfähigkeit am Beispiel der Pflegeberatung nach §7a SGB XI. Uelvesbüll: Der Andere Verlag*

Der Transparenzbegriff bildet den Ausgangspunkt der Untersuchung: er ist in Entscheidungssituationen des Individuums relevant und beeinflusst die Entscheidungsfähigkeit des Einzelnen, die nicht nur durch bloße Information, sondern auch durch Vertrauen, Unsicherheit und Komplexität bestimmt wird. Ein modellorientiertes Messinstrument zur Entscheidungsfähigkeit am Beispiel der Pflegeberatung gemäß §7a SGB XI wurde mit Fragebögen eruiert. Das Ergebnis zeigt die hohe Relevanz von Wissensvermittlung und Informationszuwachs sowie Komplexitätsreduktion und Vertrauen für die Entscheidungsfähigkeit der befragten Angehörigen von Pflegebedürftigen (86 %) und der von Pflegebedürftigen Betroffenen selbst (16 %).

---

### Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen

*Michaela Röber und Kerstin Hämel in *Pflege & Gesellschaft*, 16(2011)2, S. 138–153*

Der Beitrag thematisiert Implementierungsprobleme von Pflegestützpunkten in Hessen, die im Rahmen einer explorativen Untersuchung identifiziert wurden. Diskutiert werden der Einfluss der Landesebene, Schwierigkeiten der Umsetzung vor Ort und Empfehlungen für eine netzwerkorientierte Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte.

## Pflegestützpunkte in Hessen – Implementierungstypen und Herausforderungen

Angela Joost und Anke Metzenrath

*„Nach einer Herz-OP meines Vaters wurde ich sehr von der Pflegesituation überrascht. Nur durch die fachliche und kompetente Hilfe des Pflegestützpunktes konnte ich mit meinen Geschwistern meinem Vater die Pflege zu Hause ermöglichen“,* so lautet der Kommentar einer Pflegestützpunkt-Klientin bei einer kleinen Kundenzufriedenheitsbefragung der hessischen Pflegestützpunkte.<sup>1</sup>

Ohne Zweifel haben Pflegestützpunkte als zentrale Anlaufstellen für Angehörige von pflegebedürftigen Menschen und für Pflegebedürftige selbst eine wichtige Funktion im regionalen Versorgungssystem. Sie bündeln Informationen, vernetzen, bieten Fallmanagement für Ratsuchende und nehmen viele weitere Funktionen und Aufgaben wahr. Sie bieten Orientierung im Dschungel der immer komplexer werdenden familien-, gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen. Im letzten Jahr ist es auffallend ruhig um die Pflegestützpunkte in Deutschland geworden. Mit der Beendigung der Anschubfinanzierung für die Neuerrichtung der Pflegestützpunkte am 30. Juni 2011 scheint das Kapitel politisch und medial geschlossen worden zu sein. Aber ist damit das Ziel erreicht, ein flächendeckendes und bedarfsorientiertes Angebot für die Bürgerinnen und Bürger vorzuhalten? Der Blick auf die Ausbausituation in den verschiedenen Bundesländern zeigt eine äußerst heterogene Verteilung und sehr unterschiedliche Pflegestützpunktstrukturen (s. Beitrag von Schmidt u. Luderer in diesem Heft). Und selbst das Bundesland Hessen weist in seinen verschiedenen Landkreisen und kreisfreien Städten eine Vielzahl unterschiedlicher Infrastrukturen in Bezug auf die Beratung zum Thema Pflege auf. Es hat sich in Hessen gezeigt, dass sich differierende Rahmenbedingungen auf die Implementierung und auf die Arbeitsfähigkeit und das Angebotsprofil der Pflegestützpunkte auswirken.

Mit diesem Artikel möchten wir die Diskussion um den Ausbau der Pflegestützpunkte in Deutschland erneut aufleben lassen und Akteuren, die sich mit der Implementierung von Pflegestützpunkten beschäftigen, Informationen und praxisnahe Erkenntnisse zur Verfügung stellen. Hierzu werden wir zunächst den Implementierungsprozess in Hessen nachzeichnen und die Pflegestützpunkte in Hessen kurz charakterisieren. Anschließend werden drei Implementierungstypen von Pflegestützpunkten unterschieden und deren zentrale Herausforderungen im Implementierungsprozess aufgezeigt. Hessen mit seinen vielgestaltigen sozialräumlichen Standorten und Infrastrukturen bietet beste Voraussetzungen, um unterschiedliche Implementierungsszenarien zu analysieren. Wir sind zudem überzeugt, dass die Erfahrungen aus Hessen wichtige Erkenntnisse für die Implementierung von Pflegestützpunkten oder von anderen sozialen Beratungsstrukturen auch in anderen Bundesländern bieten. Das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur in Frankfurt/Main (IWAK) hat im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums die Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen von Januar 2010 bis März 2012 wissenschaftlich begleitet.<sup>2</sup> Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung sind die Grundlage der folgenden Ausführungen.

### Pflegestützpunkte in Hessen

Im Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde am 1. Juli 2008 in § 92c, Absatz 1 SGB XI festgehalten, dass Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte einrichten müssen, sofern dies von der obersten Landesbehörde bestimmt wird. In Hessen wurde am 1. Januar 2009, also ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes, die Allgemeinverfügung zur

<sup>1</sup>) Die Klientin des Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf nutzte Beratungsleistungen nach § 7a SGB XI. Auf dem Fragebogen war die Möglichkeit, einen Kommentar abzugeben.

<sup>2</sup>) Informationen zum Programm, zu Vorgehensweise, Methodik und zu den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen sind im Abschlussbericht zu finden (Joost und Metzenrath 2012) [www.iwak-frankfurt.de/documents/ABWBPflegestuuetzpunkte.pdf](http://www.iwak-frankfurt.de/documents/ABWBPflegestuuetzpunkte.pdf)

Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen verabschiedet. Der erste Pflegestützpunkt in Hessen eröffnete im Februar 2010, der vorerst letzte im Jahr 2012. In drei hessischen Landkreisen wurden bislang keine Pflegestützpunkte eingerichtet.

In Hessen haben spezifische Akteurskonstellationen, politische Entscheidungen und Entwicklungen die Aufbausituation bestimmt. So gaben im September 2008 21 von 26 Kommunen an, über kommunale Beratungsstellen (z.B. Beratung zur Hilfe zur Pflege und andere Beratungsthemen für die Zielgruppe der älteren Menschen mit und ohne Pflegebedarf) zu verfügen (vgl. Cramer u. Spohr 2008). Der Grad der Institutionalisierung sowie der Umfang des eingesetzten Personals unterschieden sich in den 21 Kommunen mit Beratungsangebot jedoch gravierend. Die Palette der kommunalen Angebote reichte von der Seniorenberatung mit einer halben Personalstelle für den ganzen Landkreis bis zum flächendeckenden Angebot mit zahlreichen dezentralen Beratungsstellen.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Landesregierung gefordert, für die Schaffung von Beratungsstrukturen aktiv zu werden. Der Landespflegeausschuss, in dem alle wichtigen Akteure aus dem Bereich Altenhilfe vertreten sind, fasste nach kontroversen Diskussionen den Beschluss zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Der Landesregierung wurde unter anderem empfohlen, pro Kommune zunächst einen Pflegestützpunkt einzurichten und Selbsthilfegruppen in die Arbeit der Pflegestützpunkte einzubinden. Von Seiten des Landespflegeausschusses sollte eine AG „Pflegestützpunkte“ den weiteren Ausbau der Pflegestützpunkte im Land begleiten und die Landesregierung sich an den Kosten für den Aufbau und Betrieb der Pflegestützpunkte beteiligen (Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 3. Dezember 2008). Die ersten beiden Punkte wurden in der Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen berücksichtigt. Eine finanzielle Beteiligung der Landesregierung am Aufbau und Betrieb der Pflegestützpunkte war jedoch nicht vorgesehen. Es wurde ein Steuerungsausschuss, bestehend aus Vertreter/innen der Kostenträger – also der Pflege- und Krankenkassen – sowie der Kom-

munen und kommunalen Spitzenverbände, eingesetzt, der die zentrale Lenkung des Aufbaus der Pflegestützpunkte übernehmen sollte. Wohlfahrtsverbände, Leistungserbringer und Seniorenvertretung konnten somit nicht mehr gestaltend auf die Entwicklung von hessischen Pflegestützpunkten Einfluss nehmen (vgl. Röber u. Hämel 2011, 143f).

Zum 1. Mai 2009 wurde ein Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Land Hessen zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden beschlossen. Der Rahmenvertrag sieht vor, dass die Errichtung der Pflegestützpunkte vor Ort durch die Vertragspartner in einem Pflegestützpunktvertrag geregelt wird. Träger des Pflegestützpunktes sind die beteiligten Kostenträger, also die jeweilige Kommune und eine der beteiligten Pflegekassen. Diese bilden eine Lenkungsgruppe für den Pflegestützpunkt in ihrer Trägerschaft. Eine Ansiedlung bei Leistungserbringern wurde aus wettbewerbsrechtlichen Gründen ausgeschlossen. In der Praxis bedeutete dies, dass die meisten der Pflegestützpunkte in den kommunalen Verwaltungen angesiedelt wurden.

In der ersten Phase des Aufbaus der Pflegestützpunkte bis Sommer 2010 standen viele der beteiligten Akteure dem Vorhaben eher skeptisch gegenüber. Sowohl bei Pflegekassen als auch bei Kommunen gab es verbreitet Bedenken und Widerstände gegen die Einführung von Pflegestützpunkten. Dies spiegelt sich auch im Rahmenvertrag unter §7 Absatz 1 im letzten Satz wieder, nach dem das Ergebnis der Evaluation „auch zu einer Revision der aufgebauten Strukturen führen“ kann.<sup>3</sup>

Wenn auch zögerlich, so wurden doch bis zum 1. Juni 2011, der Deadline für die Inanspruchnahme der Anschubfinanzierung, in 22 von 26 Kommunen Pflegestützpunkte eröffnet. Im Jahr 2012 eröffnete in Hessen ein weiterer Pflegestützpunkt.

<sup>3</sup>) Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den kommunalen Spitzenverbänden vom 1.5.2009

Die hessischen Pflegestützpunkte zeichnen sich dadurch aus, dass sie alle in gemeinsamer Trägerschaft der Kommune und jeweils einer Pflegekasse geführt werden und mit gemischten Teams aus entsendeten Berater/innen der Kommune und der Pflegekasse besetzt sind. Die Berater/innen in einem Pflegestützpunkt haben also jeweils unterschiedliche Vorgesetzte und eigene institutionelle Anbindungen.

Das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte in Hessen richtet sich an Menschen mit (drohender) Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige. Die Aufgaben der Pflegestützpunkte umfassen vor allem die folgenden Bereiche:

- Information für Ratsuchende,
- intensive Beratung und Fallmanagement nach § 7a SGB XI, umfasst Pflege-, aber ggf. auch Sozialberatung,
- Vernetzung mit den Akteuren des regionalen Versorgungssystems,

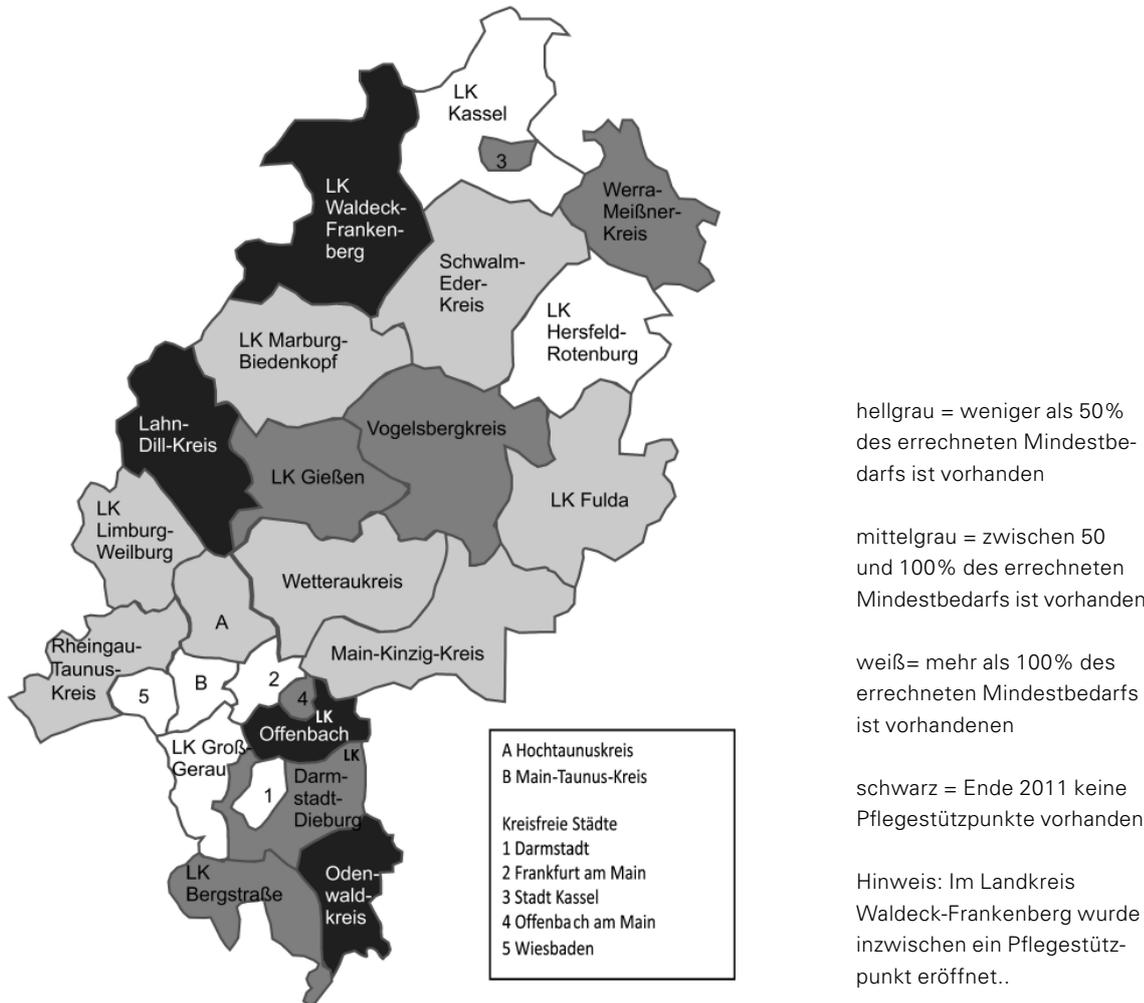
- Vernetzung der Akteure des regionalen Versorgungssystems und Strukturentwicklung,
- Öffentlichkeitsarbeit.

Die Pflegestützpunkte sollen grundsätzlich das gesamte Spektrum an pflegerelevanten und gegebenenfalls damit zusammenhängenden sozialen Beratungsanfragen abdecken. Dafür ist eine intensive Kenntnis und Vernetzung mit den Akteuren des sozialen Versorgungssystems notwendig.

**Quantitative personelle Ausstattung**

Zunächst sind wichtige Parameter für die Implementierung eines Pflegestützpunktes in einen Sozialraum, ob es bereits entsprechende Beratungsstellen gibt, die einen Teil des regionalen Beratungsbedarfes schon abdecken, und wie groß der Bedarf nach Bera-

Abbildung 1: Vorhandene Personalkapazitäten für Beratung im Sinne der § 7a und § 92c SGB XI im Verhältnis zum im Bemessungsverfahren 2011 errechneten Mindestbedarf (Anhaltzahl 40.000)



tung gemäß § 7a und 92c SGB XI überhaupt ist. Die erste Frage ist mit einer Anfrage im Sozialdezernat leicht zu beantworten. Für die Beantwortung der zweiten Frage bedarf es eines Verfahrens zur Messung des regionalen Bedarfs an Beratung gemäß § 7a und 92c SGB XI. Eine wichtige Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war deshalb, zunächst ein Instrument zur Bedarfsbemessung zu entwickeln, um bestimmen zu können, wie viel Beratungskapazitäten je Landkreis/kreisfreier Stadt notwendig sind, um die Beratungsbedarfe der Bevölkerung gemäß § 7a und 92c SGB XI bedarfsgerecht und wohnortnah zu befriedigen.

Basierend auf den Erfahrungen verschiedener Bundesländer, hessischer Landkreise und der Pilotpflegestützpunkte<sup>4</sup> wurde ein Korridor für den Grundbedarf an Beratung identifiziert. Dieser Korridor beträgt eine Vollzeitstelle (Vollzeitäquivalent = VZÄ) für ein/e Berater/in auf 25.000 bis 40.000 Personen Wohnbevölkerung. Dieser Grundbedarf wird entsprechend der demografischen Situation in den Landkreisen und ihrer sozialräumlichen Lage für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt spezifiziert und erlaubt Aussagen über die Anzahl der Berater/innen in Pflegestützpunkten und anderen Beratungsstellen, die mindestens notwendig sind, um den regionalen Beratungsbedarf zu decken.<sup>5</sup>

In Abbildung 1 sind für die einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte in Hessen die vorhandenen Personalkapazitäten an Beratung in Vollzeitäquivalenten (Personal in Pflegestützpunkten, kommunalen Beratungsstellen etc.) im Verhältnis zum 2011 berechneten Mindestbedarf (1 VZÄ : 40.000 Personen Wohnbevölkerung) abgebildet. Es zeigt sich, dass in 15 Landkreisen (hellgraue und mittelgraue Färbung) trotz etablierter Pflegestützpunkte und zum Teil weiterer Beratungsstellen eine Unterversorgung an Beratung zu verzeichnen ist. In sieben kreisfreien Städten und Landkreisen findet sich eine Versorgungslage, die – zum Teil auch deutlich – über dem Minimalbedarf liegt. Für die Arbeit der Pflegestützpunkte hat die Versorgungslage, wie weiter unten gezeigt wird, große Auswirkungen für ihre Arbeit.

## Implementierungstypen und Herausforderungen

In Hessen lassen sich abhängig von unterschiedlichen infrastrukturellen Rahmenbedingungen drei Typen von Pflegestützpunkten identifizieren. Die Unterschiede ergeben sich maßgeblich daraus, ob und welche Beratungsinfrastruktur mit einem ähnlichen Profil bereits vor der Einführung der Pflegestützpunkte vorhanden ist und wie die Implementierung des Pflegestützpunktes die vorhandene kommunale Infrastruktur verändert. Die unterschiedlichen Typen von Pflegestützpunkten lassen sich wie folgt differenzieren und weisen in Bezug auf die Teamfindung unterschiedliche Dynamiken auf:

### Typ 1: Pflegestützpunkt als Pionier

Bis zur Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen gab es in diesen Landkreisen/kreisfreien Städten keine kommunalen Beratungsstellen, die sich an die Klientel der Pflegebedürftigen und deren Angehörige wenden. Mit dem Pflegestützpunkt wurde erstmals ein solches, von den Leistungsanbietern unabhängiges Angebot in der Region installiert. Die eingestellten Berater/innen der Kasse und der Kommune sind in der Regel beide neu in dieser Aufgabe und bauen den Pflegestützpunkt gemeinsam auf. Dieser Typus findet sich in sechs Kommunen und birgt in Bezug auf die Teamfindung ein nur geringes Konfliktpotenzial.

### Typ 2: Pflegestützpunkt als Folgeinstitution vorhandener kommunaler Beratungsstellen

Neun der hessischen Kommunen verfügten bereits vor der Implementierung des Pflegestützpunktes in geringem Ausmaß über eigene Beratungsstellen. Mit der Einrichtung des Pflegestützpunktes wurden diese Beratungsstellen bzw. das Beratungspersonal zum Teil oder in Gänze in den Pflegestützpunkt überführt. Entweder wurde die alte Beratungsstelle mit der Eröffnung des Pflegestützpunktes aufgelöst oder sie existierte in verkleinerter Form neben dem Pflegestützpunkt weiter. Diese Konstellation hat sich als konfliktanfällig erwiesen, denn es bedeutet in den meisten Fällen, dass ein/e sehr erfahrene/r Berater/in im Pflegestützpunkt die Arbeit der alten Beratungsstelle zunächst mehr oder weniger unter dem neuen

<sup>4</sup> Rekuriert wurde insb. auf die Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland, die bereits 2009 eine flächendeckende Beratungsinfrastruktur für ältere Pflegebedürftige hatten, und die Erfahrungen im hessischen Landkreis Groß-Gerau.

<sup>5</sup> Eine ausführliche Darstellung der Methode des Bemessungsverfahrens sowie der rechnerischen Ergebnisse für die hessischen Landkreise sind im Abschlussbericht zu finden.

Label Pflegestützpunkt weiterführt. Der Pflegestützpunkt hat aber in der Regel einen etwas anderen Aufgaben- und Zielgruppenzuschnitt als eine kommunale Beratungsstelle. Gleichzeitig kommt der/die Kolleg/in aus der Pflegekasse in das Team dazu, der oder die sich in der Region nicht auskennt, nicht vernetzt ist und möglicherweise andere Vorstellungen von Beratungsinhalten und -vorgehensweisen hat. Aufgrund der Ungleichheit in Bezug auf Etablierungsgrad, Erfahrungshintergrund und Souveränität zwischen den „alten“ kommunalen Berater/innen und den „neuen“ Kassenberater/innen, zwischen den alten Gewohnheiten und den neuen Anforderungen, kann es zu Konflikten und schwierigen Aushandlungsprozessen im Team kommen. Diese können dazu führen, dass die vorhandenen Ressourcen zeitweise nicht optimal genutzt werden. Systematische Teamentwicklungsmaßnahmen gab es allerdings nur in einem einzigen Pflegestützpunkt.

### *Typ 3: Pflegestützpunkt als komplementäre Struktur*

In sieben Kommunen gab es bei der Eröffnung des Pflegestützpunktes bereits eine etablierte kommunale Beratungsinfrastruktur für die Zielgruppe der pflegebedürftigen (älteren) Menschen und ihrer Angehörigen. Hier wurde der Pflegestützpunkt als zusätzliche Beratungsstelle eröffnet und von den Trägern überwiegend neues Personal eingestellt, das den Pflegestützpunkt aufbaut. Innerhalb der Teams bestehen keine strukturell angelegten Konfliktpotenziale.

Je nach Typus stellen sich den Pflegestützpunkten besondere Herausforderungen. Dies betrifft den Implementierungsprozess in das regionale Versorgungsgefüge, das spezifische Aufgabenprofil und die Nachfrage nach Beratungsleistungen. Nachfolgend werden diese Anforderungen näher beschrieben.

### **Herausforderung: Auslastungsgrenze**

Pflegestützpunkte Typ 1 liegen in Regionen ohne weiteres leistungsanbieterunabhängiges Beratungsangebot für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige. Sie beginnen deshalb grundständig mit dem Auf- und Ausbau der für die Beratung notwendigen Strukturen der Öffentlichkeitsarbeit, damit die Ratsuchenden von dem Beratungsangebot Kenntnis gewinnen und Beratungsnachfrage generiert wird. Zudem müssen sie möglichst schnell Kontakt zu den relevanten Versorgungsakteuren wie z.B. Krankenhaussozialdiensten oder ambulanten Diensten aufnehmen und sich vernetzen, um einerseits diese über das Beratungsangebot des Pflegestützpunktes zu informieren und eine gegenseitige Kooperation zu initiieren, und andererseits in der Beratungsarbeit über das regionale Angebot orientiert zu sein. Gleichzeitig stellt sich eine schnell anwachsende Beratungsnachfrage im Pflegestützpunkt ein, die befriedigt werden muss.

Die Erfahrungen in Hessen zeigen, dass ein Pflegestützpunkt mit neuem und in der Region unerfahrenem Personal mindestens ein halbes Jahr benötigt, bis eine ausreichende Orientierung im Versorgungssystem vorhanden ist, die erforderlichen Informationen zusammengetragen und die notwendigen Kontakte aufgebaut sind, um eine umfassende und routinierte Beratung durchführen zu können. Einige Pflegestützpunktteams in Hessen hatten in der Aufbauphase die Möglichkeit, noch vor der offiziellen Eröffnung einige Monate ohne Publikumsverkehr die Beratungstätigkeit vorzubereiten, sich zu orientieren und Kontakte zu knüpfen. Dies hat sich als sehr funktional erwiesen.

Die Öffentlichkeitsarbeit führt bei diesen Pflegestützpunkten Typ 1 rasch dazu, dass die Beratungsanfragen stark ansteigen und nach der Etablierungsphase des Pflegestützpunktes relativ schnell ein hoher Auslastungsgrad erreicht wird. Die Berater/innen in den Pflegestützpunkten sehen die Beratung als ihre vordringliche Aufgabe an und stellen die Vernetzungsaktivitäten immer mehr zurück, um mit dem vorhandenen Personal die Beratungsanfragen befriedigen zu können. Auch werden Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit gedrosselt, um nicht noch eine zusätz-

liche Nachfrage zu generieren, die nicht adäquat bedient werden kann. Hält ein solcher Zustand über längere Zeit an, so zeigt dies deutlich eine personelle Unterbesetzung des Pflegestützpunktes im Verhältnis zum regionalen Beratungsbedarf an.

### Herausforderung: Abgrenzung gegenüber anderen Beratungsstellen

Für die Pflegestützpunkte Typ 2, die in Kommunen implementiert werden, die bereits über Beratungsstellen für Pflegebedürftige und deren Angehörige verfügen<sup>6)</sup>, stellt sich die Situation anders dar.

Hier arbeiteten die kommunalen Berater/innen des Pflegestützpunktes bereits vor ihrer Tätigkeit im Pflegestützpunkt in einer kommunalen Beratungsstelle im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt. Es handelt sich also um thematisch versierte und regional gut vernetzte Berater/innen. In sechs der Pflegestützpunkte arbeiten kommunale Berater/innen sogar mit einer halben Stelle weiter in der kommunalen Beratungsstelle und mit der anderen Hälfte im Pflegestützpunkt. Die Erfahrungen zeigen, dass dies hohe Synergien für den Pflegestützpunkt erzeugt, da einerseits die bestehenden Kontakte der Berater/innen direkt in der Pflegestützpunktarbeit genutzt werden können und andererseits bei jeder Form der Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit der kommunalen Beratungsstelle oder des Pflegestützpunktes auch gleichzeitig die andere Beratungsstelle mit repräsentiert werden kann. In diesen Kommunen existieren die verbleibende Beratungsstelle und der Pflegestützpunkt mit ähnlichen Profilen in „friedlicher Koexistenz“. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Fortbestand der kommunalen Beratungsstelle gesichert ist.

Schwierigkeiten können sich bei diesem Implementierungstypus einerseits durch die oben bereits angesprochenen strukturell angelegten Konfliktlinien im Pflegestützpunktteam ergeben. Andererseits ist den Klient/innen und den Vernetzungspartnern schwer zu vermitteln, warum es zwei unterschiedliche Beratungsangebote mit nahezu identischen Profilen gibt. Wenn das Beratungsangebot von Pflegestützpunkt und kommunalen Beratungsstellen zusammen nicht aus-

reicht, um die Nachfrage zu befriedigen, entwickelt sich hier zudem dieselbe Dynamik bezüglich der internen Schwerpunktverschiebung der Arbeit wie bei den Pflegestützpunkten Typ 1.

### Herausforderung: Profilbildung

Pflegestützpunkte Typ 3 werden als komplementäres Angebot in einer Kommune eröffnet, in welcher es bereits ein gut ausgebautes Angebot an Beratungsinfrastruktur für pflegebedürftige Menschen und deren pflegende Angehörige gibt und der Pflegestützpunkt, ausgestattet mit neuem Personal, als ergänzende Versorgungsstruktur hinzu kommt. In diesen Kommunen bestehen zwischen den Akteuren des regionalen Versorgungssystems und den etablierten Beratungsstellen bereits dichte Vernetzungsstrukturen. Für den Pflegestützpunkt ergibt sich die Notwendigkeit, ein eigenes Aufgabenprofil zu entwickeln, das sich nicht konkurrierend zu dem der etablierten Beratungsstellen verhält. Dies kann sich schwierig gestalten, insb. wenn von politischer Seite aus Transparenz darüber fehlt, zu welchen Veränderungen im Versorgungssystem (z. B. Aufgabenteilung, Schließung schon bestehender Beratungsstellen) die Implementierung des Pflegestützpunktes führen soll. Die etablierten Beratungsstellen stehen dem Pflegestützpunkt dann zunächst mit einer skeptischen bis feindlichen Haltung gegenüber. Transparenz der Sozialdezernate bezüglich der Entwicklungspläne für die Beratungsinfrastruktur einerseits, sowie Gespräche zwischen dem Pflegestützpunktteam und den etablierten Beratungsstellen andererseits, können die Grundlage für eine fruchtbare Zusammenarbeit und eine funktionale Aufgabenteilung legen. So spezialisiert sich der Pflegestützpunkt Wiesbaden z. B. auf die Zielgruppe der pflegebedürftigen Kinder und deren Angehörige, und der Pflegestützpunkt Frankfurt sieht sich u. a. als Lotse zu den Beratungsstellen in den Sozialrathäusern. Solange diese Profilbildung des Pflegestützpunktes nicht stattfindet, ist die Kooperation mit den kommunalen Beratungsstellen erschwert, wird der Pflegestützpunkt von den Beratungsstellen als potenzielle Konkurrenz wahrgenommen.

<sup>6)</sup> Dies sind häufig Beratungsstellen für die Zielgruppe der älteren Menschen, in denen zu einem großen Teil de facto Pflegeberatung durchgeführt wurde.

Es zeigt sich bei den hessischen Pflegestützpunkten, dass es auch in einer bereits gut ausgebauten Struktur – wie dies bei Typ 3 häufig anzutreffen ist – spezielle Zielgruppen und Aktivitätsbereiche für die zusätzlichen Beratungskapazitäten der Pflegestützpunkte gibt und die vorhandene Struktur durch sie weiter verbessert werden kann.

### Resümee

95 Prozent der Klient/innen gaben bei der Zufriedenheitsbefragung an, dass die Beratung im Pflegestützpunkt ihnen dabei geholfen hat, die Versorgung der Pflegebedürftigen im Weiteren selbständig zu organisieren.<sup>7</sup> Dies ist ein starker Hinweis auf die hohe Wirksamkeit der Arbeit der Pflegestützpunkte. Die Erfahrungen in Hessen zeigen, dass mit einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit über das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte die Nachfrage nach Beratung ansteigt – auch in Regionen mit einer gut ausgebauten Beratungsinfrastruktur. Dies bedeutet, dass durch fachliche Beratung mehr häusliche Pflegearrangements verbessert und verlängert werden können. Und angesichts der demografischen Entwicklung wird dieser Bedarf noch deutlich steigen. Deshalb kann von einem Zuviel an Beratungskapazität in Bezug auf Pflege- und Sozialberatung zurzeit kaum gesprochen werden. Die im Bemessungsverfahren berechneten Mindestkapazitäten an Beratungspersonal stellen nach den jetzigen Erkenntnissen deshalb die absolute Untergrenze des Bedarfs dar.

Pflegestützpunkte können eine Schlüssel-funktion für die Ermöglichung und das Gelingen ambulanter Pflegesettings einnehmen. In vielen Regionen – auch in Teilen Hessens – sind die Beratungsstrukturen aber nach wie vor weit unter Bedarf ausgebaut. Damit sich dies ändert, sollte die Debatte um den weiteren Ausbau der Beratungsinfrastruktur für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wieder aufgenommen werden.

*Dr. Angela Joost ist Soziologin, arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt (IWAK) und leitet dort den Schwerpunkt Gesundheit und Pflege.*

*Kontakt: Joost@soz.uni-frankfurt.de*

*Anke Metzenrath ist Kranken- und Gesundheitspflegerin und Pflegewissenschaftlerin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IWAK.*

*Kontakt: A.Metzenrath@em.uni-frankfurt.de*

### Literatur

- Cramer, U. u. Spohr, P. (2008): Beratungslandschaft (Hilfe zur Pflege) aus Sicht der Sozialversicherungsträger. Landkreis Groß-Gerau, Arbeitspapier.
- Joost, A. u. Metzenrath, A. (2012): Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Abschlussbericht. Frankfurt. [www.iwak-frankfurt.de/documents/ABWBPflegestuetzpunkte.pdf](http://www.iwak-frankfurt.de/documents/ABWBPflegestuetzpunkte.pdf).
- Röber, M. u. Hämel, K. (2011): Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen. In: Pflege und Gesellschaft, 16. Jg., Heft 2, S. 138 – 153.

<sup>7)</sup> Die Kundenzufriedenheitsbefragung diente als Test des Befragungsinstrumentes, N=47 (Klient/innen, die eine intensive Beratung oder ein Fallmanagement erhalten haben). Die Fragebögen wurden durch die Klient/innen anonym an das IWAK geschickt.

## Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

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

*Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest (Dezember 2011, S. 1–4).*

Die Ergebnisse zeigen, dass innerhalb der ersten beiden Jahre seit Einführung des individuellen Rechtsanspruchs auf die erweiterte Pflegeberatung eine vielfältige Beratungsstruktur durch die Pflegekassen entstanden ist. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind die Pflegekassen insgesamt die wichtigsten und in der Regel ersten Ansprechpartner, wenn es um Information und Beratung geht. In den letzten Jahren haben (hochgerechnet) etwa 650.000 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen diesbezügliche Unterstützung erhalten – von der grundsätzlichen Information bis hin zur ausführlichen Beratung. Die repräsentative Befragung von ca. tausend Pflegehaushalten im Rahmen der Evaluation hat gezeigt, dass Nutzer von Pflegeberatung, insbesondere jene, die das Fallmanagement genutzt haben, sich sehr zufrieden mit dem Angebot äußern und damit eine Verbesserung der Pflegesituation verbinden: 80% der Nutzer, die eine ausführliche Beratung durch die Pflegekassen erhalten haben, empfinden diese als hilfreich. Sie nehmen dieses Angebot besonders gut an und empfinden dies als wirkungsvoll, wenn das Angebot individuell auf sie zugeschnitten und die Beratung als neutral und unabhängig empfunden wird. Diese Neutralität wird durch die Pflegekassen gewährleistet. Aus der Evaluation lassen sich auch Hinweise generieren, wie das bestehende Angebot der Pflegeberatung weiter verbessert werden kann.

### Förderschwerpunkt „Werkstatt Pflegestützpunkte“

Das Bundesministerium für Gesundheit förderte von November 2007 bis Juni 2010 die Einführung und Erprobung von 16 Pilot-Pflegestützpunkten in 15 Bundesländern. Mit der Durchführung des Vorhabens wurde das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beauftragt. Ziel des Modellvorhabens war es, die 16 Pilot-Pflegestützpunkte auf ihrem Weg zum regulären Betrieb gemäß § 92c SGB XI zu begleiten und dabei Instrumente zu entwickeln, die für den flächendeckenden Aufbau und Betrieb genutzt werden können. In seinem Abschlussbericht kommt das KDA zu dem Ergebnis, dass eine flächendeckende Einführung der Pflegestützpunkte einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements leisten kann, ihre Einführung aber unbedingt mit der Einführung eines Qualitätssicherungssystems verbunden sein sollte.

*In: Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (BMG, 05.12.2011, Bericht Entwicklung Pflegeversicherung.doc, S. 99).*

## Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

---

### Soziales Engagement in alternden Gesellschaften

*Vortrag von Prof. Dr. Marcel Erlinghagen, Universität Duisburg-Essen, am 07.03.2013 im Rahmen der DZA-Vortragsreihe*

Angesichts des demographischen Wandels wird den negativen Folgen der gesellschaftlichen Alterung in jüngerer Vergangenheit zunehmend das positive Leitbild des „produktiven Alterns“ gegenübergestellt. Ältere sind demnach auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nicht nur als Kostenfaktor zu verstehen, sondern leisten gerade durch unbezahltes soziales Engagement wichtige produktive Beiträge. Der Beitrag zeigt die Chancen aber auch Grenzen des Leitbildes des „produktiven Alterns“ auf und plädiert schließlich für eine Balance zwischen Altersaktivität und -passivität, die sowohl unter ethischen Gesichtspunkten anzustreben als auch aus volkswirtschaftlichen Gründen gerechtfertigt ist.

*Über weitere Veranstaltungen informiert die Webseite des DZA*

---

### Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?

*Vogel, C.; Motel-Klingebiel, A. (Hrsg.) (2013): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden: Springer VS.*

Der künftig drohende Anstieg der Altersarmut steht spätestens seit dem Paradigmenwechsel in der Alterssicherung auf der Agenda. Gleichzeitig verfügten die älteren Menschen im Durchschnitt nie zuvor über solch umfangreichen materiellen Wohlstand wie heute.

„Die Alten“ gerieten so als Profiteure des vormaligen Ausbaus sozialstaatlicher Sicherung in den Fokus der Debatten um die Generationengerechtigkeit. Armut im Alter wurde kaum thematisiert und gilt zu Beginn des 21. Jahrhunderts weithin als überwunden. Allerdings ist die Armutsbetroffenheit etwa alleinstehender älterer Frauen nach wie vor hoch und die sich verändernden Erwerbs- und Familienbiografien wirken sich ebenfalls auf die Alterssicherung und Lebenssituation im Alter aus. Ist also mit einer Rückkehr der Altersarmut zu rechnen? Und welche soziologischen, alter(n)swissenschaftlichen und sozialpolitischen Implikationen haben die Diagnosen, insbesondere für die künftige Entwicklung der Lebensphase Alter und die Anforderungen an die Sozialpolitik? Diese Fragen versucht der vorliegende Band zu beantworten.

---

A. Motel-Klingebiel und J.P. Ziegelmann (Red.): Themenschwerpunkt Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013, 46(1)

*Beiträge aus dem DZA*

A. Motel-Klingebiel u. J.P. Ziegelmann: Die Lebensphase Hochaltrigkeit. Editorial. S. 4  
A. Motel-Klingebiel; J.P. Ziegelmann u. M. Wiest: Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens. Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. S. 5–9

