

Alt werden – Pflege benötigen?!

Andrea Kuhlmann & Alexandra Lehmann
unter Mitarbeit von Francesco Cavalo, Christian Frenzel,
Michael Frenzel-Simon und Karin Hennig-Häde

Alt werden – Pflege benötigen?!

Andrea Kuhlmann & Alexandra Lehmann
unter Mitarbeit von Francesco Cavallo, Christian Frenzel, Michael Frenzel-Simon und
Karin Hennig-Häde

Ev. Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
Fachbereiche I und II

2021

Diese Quelle bitte wie folgt zitieren:

Kuhlmann, A. & Lehmann, A. (2021): *Alt werden – Pflege benötigen?! Werkstatt-Bericht Nr. 2* [Elektronische Quelle]. Bochum: Ev. Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe.

Inhaltsverzeichnis

1 Alt werden – Pflege benötigen?!	4
2 Ein kurzer Überblick über (Pflege-)Beratung	7
2.1 Hilfs- und Pflegebedarf im Alter	7
2.2 Beratung – Begriffsklärung und Zielsetzung	9
2.3 Das Beratungsangebot für ältere Menschen	10
2.4 Beratungsinhalte und Inanspruchnahmeverhalten	12
2.5 Qualität von Pflegeberatung	13
3 Der geäußerte Beratungsbedarf in unserer Erhebung	16
3.1 Quantitative Befragung – Erhebung und Ergebnisse	16
3.1.1 Durchführung der Erhebung	17
3.1.2 Die Teilnehmenden der standardisierten Befragung	17
3.1.3 Die Datenauswertung	18
3.1.4 Quantitativ-deskriptive Ergebnisse	19
3.1.5 Ein erstes Fazit aus den quantitativen Befragungsdaten	24
3.2 Qualitative Befragung – Erhebung und Ergebnisse	26
3.2.1 Strukturelle Merkmale der Befragungseinrichtung	27
3.2.2 Charakterisierung der Beratungseinrichtungen und ihrer Tätigkeit	29
3.2.3 Verständnis von Beratung	33
3.2.4 Herausforderungen in der Beratungstätigkeit	34
3.2.5 Ein erstes Fazit aus den qualitativen Befragungsdaten	36
4 Was die Studierenden sagen	38
4.1 Bericht zum Bachelor&More-Seminar (F. Cavallo)	38
4.2 Nachbetrachtung zum Seminar (M. Frenzel-Simon & C. Frenzel)	41
4.3 Bericht zum Bachelor&More-Seminar (K. Hennig-Häde)	41
5 Mehr als ein Fazit aus dem Seminar	44
Quellenverzeichnis	53
Anhang	56

1 Alt werden – Pflege benötigen?!

„Alle Befunde und Einsichten zu den Möglichkeiten und Potenzialen des heutigen Alterns können und dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass Altern zunehmend mit dem Auftreten von Lebenslagen verbunden ist, in denen nicht selten längerfristig gute Pflege notwendig ist. Pflege als eine traditionelle Form der Sorge und Hilfe in Lebenssituationen, in denen Betroffene nicht mehr zu einem selbstständigen Leben in der Lage sind, ist deshalb in unserer alternden Gesellschaft so aktuell wie nie zuvor“ (Kruse & Wahl 2010, S. 302).

Wir leben in einer „alternden Gesellschaft“, wie das Zitat von Kruse und Wahl (a.a.O.) verdeutlicht. Was allerdings bedeutet dies? Ab wann beginnt das Altern, welches die oben zitierten Notwendigkeiten hervorruft? Ab wann gilt man(n), gilt frau als „alt“? Noch bis vor einigen Jahren konnte der Zeitpunkt des Renteneintritts als Übergang vom mittleren ins höhere, „alte“ Erwachsenenalter festgelegt werden; allerdings stößt gerade in der heutigen Kultur mit den Möglichkeiten von Vorruhestand, gleitenden Rentenübergangsregelungen, Arbeits- und Berufstätigkeit von Rentner_innen, etc. diese Definition an ihre Grenzen. So halten Backes und Clemens (2013) denn auch fest, dass die Altersphase an sich „bis zu 50 Jahre dauern [kann], wenn ein frühzeitiger Ruhestand und ein hohes Sterbealter zusammenkommen“ (ebd., S. 22).

„Alt werden“ hingegen scheint einfacher zu definieren – letztendlich „altern“ wir alle mit jeder Sekunde unseres Lebens. Problematisch wird das Altwerden allerdings dann, wenn entsprechende körperliche und/ oder psychische Veränderungsprozesse externer Hilfe und Unterstützung bedürfen. Wo ist diese für betroffene „alte“ Menschen bzw. für deren Angehörige zu finden? In einem entsprechenden Informationsartikel im August 2019 stellte die Zeitung WZ fest, dass es laut der Verbraucherzentrale im Bereich der Pflege gute Beratung gebe – „es weiß nur kaum jemand davon“ (Kinast 2019). Diese Einschätzung verwundert nicht, denn die meisten Menschen setzen sich eben nicht *frühzeitig* mit dem Risiko der eigenen Pflegebedürftigkeit auseinander und verdrängen dieses Thema, solange es geht (Generali Deutschland AG 2017). Auch wenn aktuelle Medienberichte das Risiko von Pflegebedürftigkeit im Alter thematisieren und Alternativen aufzeigen (z.B. „Meine Oma sucht ein Heim“¹, „Lebenswert bis zum Ende – Vom anderen Umgang mit dem Tod“²), zeigt sich das Phänomen einer fehlenden Planung oder Nicht-Planung dieses potenziellen Lebensabschnitts. Auch eigene Pflegeerfahrungen („habe selbst Erfahrung, will es später anders“) sind nicht zwangsläufig ausschlaggebend dafür, dass entsprechende Vorsorgeüberlegungen erfolgen. Vielmehr stellt sich die Frage, wo Betroffene (und deren Angehörige) Informationen darüber erhalten, welche verschiedenen Angebote im Bereich „Pflege“ es gibt und was sich möglicherweise seit den eigenen gemachten Erfahrungen (inzwischen) geändert hat.

Genau dieser Fragestellung – dem Umgang älterer Menschen mit dem potentiellen eigenen Pflegebedarf – widmete sich ein Seminar im Sommersemester 2018. Die Fragen, die wir den

¹ NDR-Dokumentationsreihe „45min“, Sendung vom 08.04.2019; Arcioli & Rollinger (2018)

² ZDF-Dokumentationsreihe „plan b“, Sendung vom 20.10.2018; Werner (2018)

Studierenden³ im BA&More-Seminar „Alt werden, Pflege benötigen?!“ zu Beginn stellten, lauteten dementsprechend:

- Was verbinden Sie mit „Angehörigenunterstützung“?
- Kennen Sie sich in der Pflegeberatung aus?
- Wer kümmert sich eigentlich um eine gesetzliche Betreuung im Alter?

Die Idee zu dem hier vorliegenden Bericht entstand nach Durchführung des Seminars und damit vor den Herausforderungen, denen sich nicht nur ältere Menschen im Zusammenhang mit der Covid19-Pandemie ab Beginn des Jahres 2020 stellen mussten. Einige der im Jahre 2018 festgestellten Ergebnisse scheinen dabei aktueller denn je (z.B. die Frage nach der Digitalisierung und der Umgang mit den so genannten „Neuen Medien“ in der älteren Generation; die Frage nach einer würdevollen Begleitung zu pflegender Angehöriger zu allen Zeiten und in allen Situationen). Kaum ein Ergebnis ist seit der Seminarenddurchführung veraltet. An den entsprechenden Stellen haben wir die Informationen soweit möglich aktualisiert; war dies nicht möglich, ist dies entsprechend angemerkt.

Die Planung des Lehrforschungsprojektes fand 2018 in Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden der Regionalstelle Arnsberg (Standort Bochum) des Projekts „Kompetenznetz Angehörigenunterstützung und Pflegeberatung – KoNAP“⁴ statt. Diese KoNAP-Regionalstellen wurden entsprechend der fünf NRW-Regierungsbezirke landesweit an mehreren Standorten eingerichtet, um Ratsuchende beim Finden der passenden Pflegeberatung zu unterstützen sowie Möglichkeiten der Angehörigenunterstützung und Selbsthilfe aufzuzeigen. Hierfür wurde von den Regionalstellen eine Vollerhebung der lokalen Beratungsangebote im jeweiligen Regierungsbezirk durchgeführt und diese Informationen in eine entsprechende Datenbank eingepflegt. Diese Datenbank ist inzwischen Grundlage des Informationsangebots von Pflegewegweiser NRW, in das dieser Teil des Projekts KoNAP aufgegangen ist.

Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die in unserem Seminar geplante standardisierte Befragung älterer, potentiell betroffener Personen und für die Interviews mit Beratungsstellen im Bereich Pflege fand im Austausch mit den Bochumer Vertreter_innen des Projekts KoNAP statt. Dabei wurden gemeinsam mit den Studierenden verschiedene Fragestellungen entwickelt. Die Befragung (junger) Älterer bzw. (zukünftig) Betroffener fokussierte dabei u.a. folgende Aspekte:

- Welche Beratungsbedarfe liegen bei den (jungen) Alten vor?
- Welche Wünsche haben (zukünftig) Betroffene hinsichtlich Wohnen und Unterstützung?
- Wie informiert sind (zukünftig) Betroffene über Hilfs- und Unterstützungsangebote?
- Welche Suchstrategien wenden sie an und wie beschaffen sie sich Informationen?

Ergänzend hierzu wurde eine weitere Einschätzung des Themas bei Mitarbeitenden in Pflegeberatungsstellen eingeholt, die im Rahmen von Leitfaden-Interviews erhoben wurden. Dabei

³ Es beteiligten sich Studierende der Sozialen Arbeit, der Pflegewissenschaft und des Gesundheits- und Pflegemanagements.

⁴ Das Projekt KoNAP wurde seitens des damaligen MGEPA NRW (heutiges Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW), der Landesverbände der Pflegekassen und des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen e.V. gefördert.

wurde u.a. auch danach gefragt, wie die Kontaktaufnahme durch Ratsuchende erfolgt und welche Beratungsanlässe im Vordergrund stehen.

Der vorliegende Werkstattbericht adressiert Vertreter_innen aus der Praxis der Pflegeberatung und kommunalen Altenhilfe sowie Studierende insbesondere der Sozialen Arbeit, der Pflegewissenschaft und des Gesundheits- und Pflegemanagements. Einleitend wird ein Überblick zum derzeitigen Pflegeberatungsangebot (Kap. 2) gegeben. Daran anschließend werden die Ergebnisse der Bürger_innen- und der Expert_innenbefragungen vorgestellt (Kap. 3). Die beteiligten Studierenden haben zudem eine Nachbetrachtung zum Seminar „Alt werden – Pflege benötigen?!“ für diesen Bericht erstellt, die die Seminarinhalte und forschungspraktische Erfahrungen reflektiert (Kap. 4). Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen für die Praxis formuliert (Kap. 5).

2 Ein kurzer Überblick über (Pflege-)Beratung

In der Lebensphase Alter und insbesondere im hohen Alter können unterschiedliche Lebensereignisse sowie gesundheitliche Veränderungen und Einschränkungen die Lebenssituation verändern. Pflegebedürftigkeit kann dabei entstehen –

- aufgrund von Erkrankungen und Verletzungen als Folge von Beeinträchtigungen im kognitiven und/ oder neurologischen Bereich (Stichwort “Dementielle Erkrankungen”),
- aufgrund von (rein) körperlichen Erkrankungen (Bsp.: mangelnde Wundheilung bei Diabetes Mellitus),
- aufgrund von “normalen” altersbedingten Beeinträchtigungen wie Seh- und Hörstörungen oder aufgrund von lebensbedrohlichen Erkrankungen (welche nicht nur im Alter auftreten müssen) (s. Wilz & Pfeiffer 2019, S. 4).

(Pflege-)Beratungsangebote sind eine Möglichkeit, die dazu beitragen kann, vorausschauend sowie im Rahmen von Kriseninterventionen Unterstützungsbedarfen zu begegnen. Um die Ergebnisse der Befragungen besser einordnen zu können, wird im Folgenden ein Überblick zum Stand der allgemeinen (Pflege-)Beratung gegeben.

2.1 Hilfs- und Pflegebedarf im Alter

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit wird oftmals zu den allgemeinen Lebensrisiken des höheren Alters gezählt. Auch wenn Präventionsmöglichkeiten bestehen, steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, hilfs- und pflegebedürftig zu werden. Neben dem Fortschreiten und der Häufung chronischer Erkrankungen sind degenerative Erkrankungen (z.B. Krebserkrankungen, Demenzen) sowie Sturzereignisse und damit verbundene Frakturen ausschlaggebend für die Entstehung dauerhafter Funktions- und Fähigkeitseinbußen. Das Ausmaß der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wird darüber hinaus auch durch umweltbezogene Rahmenbedingungen und Ressourcen moderiert (Wahl & Kruse 2012).

Der jeweilige Hilfs- und Pflegebedarf variiert mit den vorhandenen individuellen Ressourcen und Rahmenbedingungen. *„Je nach vorliegender Konstellation person- und umweltbezogener Ressourcen und Barrieren können gesundheitliche und funktionale Einschränkungen zu qualitativ und quantitativ sehr unterschiedlichem Hilfe- und Pflegebedarf führen“* (Wahl & Kruse 2012, S. 196; vgl. Abb. 1).

Die Begleitung, Unterstützung und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen wird in Deutschland weit überwiegend durch Familienangehörige und weitere Bezugspersonen geleistet: von den rund 4,1 Mio. Pflegebedürftigen werden bundesweit ca. 3,3 Mio. pflegebedürftige Menschen ambulant versorgt, davon mehr als die Hälfte (64%) allein durch pflegende Angehörige⁵ (Bezugsjahr 2019; Statistisches Bundesamt 2020, S. 19).

Die Pflegeübernahme in der Familie erfolgt häufig selbstverständlich und geht mit einer hohen Verantwortung für die Organisation und Erbringung der pflegerischen Unterstützungsleistungen einher. Mit der Übernahme von Pflegeverantwortung in der Familie sind neue Aufgaben

⁵ Berücksichtigt sind hier ausschließlich Empfänger_innen von Pflegegeld gem. § 37 Abs. 1 SGB XI.

verbunden, die zum einen die Aneignung entsprechender Fertigkeiten erfordern, zum anderen die Neuordnung des Alltags nötig machen. Oftmals geht die Pflegeübernahme mit persönlichen Einschränkungen und Einbußen eigener Ressourcen (zeitlich, emotional) einher. Zeitlich unwägbare Pflegeverläufe sowie zunehmend komplexe Pflegesituationen können dazu beitragen, pflegende Angehörige zu überfordern (Büscher et al. 2016, S. 3).

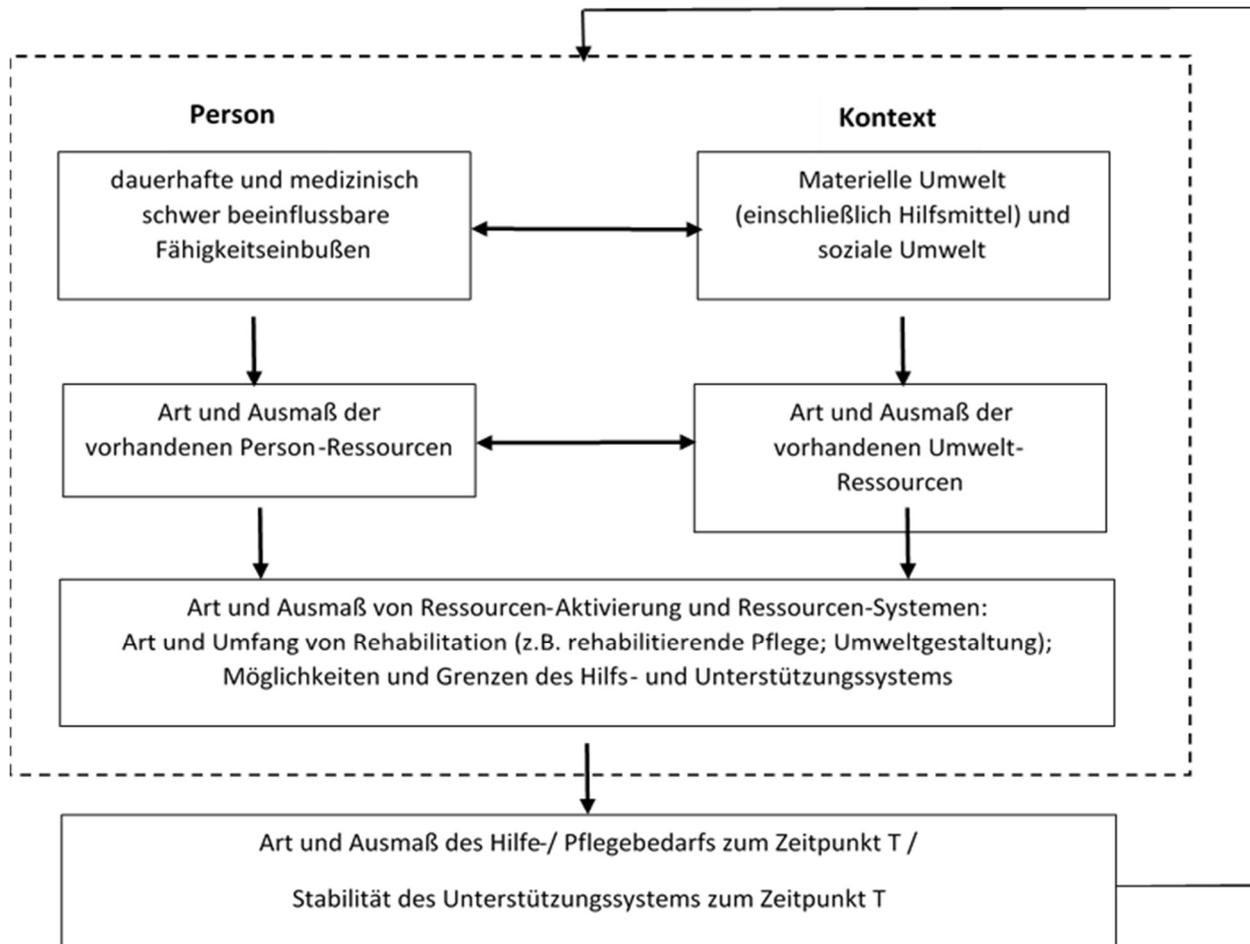


Abb. 1: Allgemeines Modell von Pflegebedürftigkeit (Wahl & Schneekloth 2006 zit. n. Wahl & Kruse 2012, S. 195)

Information, Aufklärung, Schulung und Beratung sind daher zu Beginn und im Verlauf der häuslichen Pflege eine wichtige Grundlage, um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen dauerhaft stabil zu gestalten und zu bewältigen. Entsprechende Angebote für pflegende Angehörige können dazu beitragen, pflegefachliche Grundlagen zu erwerben, Zugang zum Unterstützungssystem zu erhalten und die Gesundheit der Gepflegten und Pflegenden zu fördern (Büscher et al. 2016, S. 3).

2.2 Beratung – Begriffsklärung und Zielsetzung

Beratung nimmt in den letzten Jahren einen zunehmenden Stellenwert im Gesundheitswesen ein. Eine wesentliche Aufgabe wird darin gesehen, Ratsuchenden

„behilflich zu sein, individuelle Gesundheitsprobleme, gesundheitliche oder krankheitsbedingte Krisen und generell Krankheitserfahrungen zu bewältigen und die dazu nötigen Fähigkeiten zu entwickeln, ebenso ihnen beratend und aufklärend in krankheitsbedingten Entscheidungssituationen zur Seite zu stehen und sie dabei zu unterstützen, sich kompetent in den komplexen und unübersichtlichen Strukturen des Gesundheitswesens zu bewegen und diese nutzen zu können, ohne in der Instanzenvielfalt verloren zu gehen“ (Schaeffer & Dewe 2012, S. 60).

Beratung im Kontext Pflege verfolgt verschiedene Ziele, ist aber grundsätzlich darauf gerichtet, pflegende Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf zu unterstützen, *„informierte Entscheidungen zur Bewältigung individueller Pflegesituationen treffen und entsprechend handeln zu können“* (Büscher et al. 2016, S. 11). Insbesondere im Fall zunehmend komplexer Versorgungssituationen kann auf diese Weise ein Beitrag dazu geleistet werden, häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren und die Qualität der häuslichen Versorgung zu sichern (ebd.). Die Beratung von Menschen mit Pflegebedarf und pflegenden An- bzw. Zugehörigen orientiert sich am jeweiligen Bedarf der Ratsuchenden. Neben Wissenserwerb sind auch psychosoziale Aspekte der Pflegesituation (u.a. Gefühle und Sorgen im Kontext der Pflegesituation) Gegenstand von Beratung; die Anlässe von Beratung variieren je nach Perspektive des Ratsuchenden (ebd.; vgl. Abb. 2).



Abb. 2: Beratungsanlässe aus unterschiedlichen Perspektiven (vgl. Büscher et al. 2016, S. 12)

Beratung stellt eine kommunikative Interventionsstrategie dar (vgl. dazu Schaeffer & Dewe 2012, S. 63); auch Pflegeberatung umfasst verschiedene kommunikative und interaktionsori-

enterte Unterstützungsformen. Diese können in den Beratungsprozess integriert oder unabhängig davon realisiert werden. Neben zeitlich begrenzten Kurzinterventionen bestehen längere Begleitungsformate. Einen vertiefenden Überblick dazu geben Büscher et al. (2016, S. 8-10; s. auch Anhang E).

2.3 Das Beratungsangebot für ältere Menschen

Die Beratungslandschaft für ältere Menschen und speziell die gesetzliche Pflegeberatung hat sich in den letzten Jahren stetig weiterentwickelt und stellt sich mittlerweile vielfältig dar. Um die folgende Darstellung der Ergebnisse besser einordnen zu können, wird zunächst ein Überblick zum Thema Beratung im Alter bzw. im Kontext Altenhilfe und zum Stand der Beratungsstrukturen in NRW gegeben.

Münden gesundheitliche Einschränkungen im Alter in Hilfe- und Pflegebedarf, entsteht (dauerhafter) Versorgungs- und Unterstützungsbedarf, der – wie bereits beschrieben – überwiegend durch An- und Zugehörige, aber auch durch lokale Dienste und Einrichtungen gedeckt wird. Der Zugang zum Hilfesystem sowie eine nutzer_innengerechte Information zu Leistungsangeboten und -ansprüchen können durch Beratungs- und Vermittlungsangebote unterstützt werden, so dass eine bedarfs- und nutzer_innengerechte Versorgung realisiert werden kann (Wissert 2010). (Senior_innen-)Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote im Kontext der Altenhilfe sind dabei wichtige Anlaufstellen für ältere Menschen mit (beginnendem) Unterstützungsbedarf sowie für pflegende Angehörige (ebd.). Das Themenspektrum dieser Beratungsstellen stellt sich i.d.R. vielfältig dar. Beratung erfolgt zu allen Aspekten des Lebens im Alter, wobei der Umgang mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf einen Schwerpunkt bildet. Neben Informationen zu medizinisch-therapeutisch-pflegerischen Hilfen werden auch Angebote zur sozialen Integration sowie psychosoziale Unterstützungsleistungen aufgezeigt. Beratungsstellen der Altenhilfe (gem. §71 SGB XII) zielen darauf, ältere Menschen bei der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste zu unterstützen. Ihr Auftrag ist es, *„kompetent zu informieren und zu beraten und bei Bedarf die Rat und Hilfe suchenden Menschen an die für spezielle Problemlösungen kompetenten Stellen und Dienste zu vermitteln. Sie bilden also eine allgemeine und erste Anlaufstelle für vielfältige Fragen und Probleme im Sinn von Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen“* (Wissert 2010, S. 115).

Mit Einführung der Pflegeversicherung und infolge verschiedener Reformen wurde in den letzten Jahren ein eigenständiges Angebot der Pflegeberatung geschaffen; Versicherte haben somit einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung (§7 SGB XI). Die Pflegeberatung der Pflegekassen und Pflegestützpunkte wurde in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet und deckt Beratungsanliegen zum Thema Pflege(-bedürftigkeit) und (ambulante) pflegerische Versorgung ab. Mittlerweile stellt sich die Beratungslandschaft im Kontext Pflege sehr vielfältig dar und hat sich unter Berücksichtigung gesetzlicher Ansprüche im Rahmen der Pflegeversicherung ausdifferenziert. Neben Rechtsansprüchen auf Information und Aufklärung sowie Pflegeberatung (§§7a, c SGB XI; §37 Abs. 3 SGB XI; §45a, b SGB XI) bestehen Schulungsangebote, die zur Unterstützung pflegender Angehöriger bereitgestellt werden (§45 SGB XI Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen).

Diese verschiedenen Angebote können u.a. hinsichtlich der Interventionsstrategien, der Berater_innenrollen und Inhalte differenziert werden (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Ausgestaltungsmöglichkeiten von Beratungsanlässen (vgl. Büscher et al. 2016, S. 14)

	§ 37 Abs. 3 SGB XI	§ 45 SGB XI	§ 7a u. c SGB XI
Information	Weitergabe von Informationen, Wissensvermittlung		
Schulung, Anleitung	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses...		
	./.	... (im Rahmen eines Beratungsprozesses)	... (im Rahmen eines Beratungs- bzw. Case Managementprozesses)
Beratung	Expert_innen- und/oder Prozessberatung in der Häuslichkeit	Prozessberatung	
Case Management	./.	ggf. Vermittlung eines Case Managements	Beratung plus Versorgungsplanung plus Fallsteuerung plus Fallevaulation
Rollen und Aufgaben in der Beratung	Informationsquelle; Expertise; Wissensvermittlung; ...		
	./.	... Zuhören; Prozessbegleitung; Hilfe zur Problemlösung; Impulsgeben; Lotsen;/.
		./.	... Anwaltschaft; Managen; Koordinieren
Inhalte	Einschätzung der Pflegesituation; Bearbeitung von Wissensdefiziten; Initiierung von Lernprozessen	Bearbeitung von Wissensdefiziten; Initiierung von Lernprozessen (Kompetenzunterstützung); Unterstützung von Entscheidungs- und Problemlösungsprozessen; Beratung bei komplexen Problemstellungen; Begleitung; ...	
		./.	... Organisation, Planung und Steuerung von Hilfen

Die Pflegeberatung gem. §§7a, c SGB XI wird überwiegend durch Pflegekassen, von Dienstleistern oder Kommunen, Pflegediensten und sonstigen Beratungsstellen erbracht (GKV SV 2020, S. 108). In *Nordrhein-Westfalen* wird seit langem eine trägerunabhängige Pflegeberatung (unter Zusammenarbeit der Kommunen, Pflegekassen und anderen Beteiligten) sowie der Aufbau von Fallmanagement angestrebt (§4 Landespflegegesetz NRW). Die Pflegeberatungslandschaft gestaltet sich in NRW somit vielfältig: Neben Pflegestützpunkten finden Ratsuchende weitere Hilfen u.a. in Angeboten der Wohnraumberatung, in Regionalbüros „Alter, Pflege und Demenz“ (ehemals Demenzservicezentren) und in weiteren (Senior_innen-)Beratungsstellen bzw. -büros⁶ (GVK SV 2020, S. 121-123).

⁶ Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeberatung (§7 SGB XI) erfolgte eine Neuausrichtung der Beratungsstellen der Altenhilfe, die z.T. stärker in die kommunalen Fachplanungen eingebunden wurden. Damit wurden neue inhaltliche Akzente (u.a. Stärkung des nachbarschaftlichen/bürgerschaftlichen Engagements, Partizipation) gesetzt. Beispielhaft zu nennen ist das Konzept der Seniorenbüros, das

Einen Überblick über die Pflegelandschaft in den Kommunen bietet die aus dem Projekt KoNAP hervorgegangene Internetplattform Pflegewegweiser NRW⁷. Dieses Onlineangebot umfasst eine landesweite Datenbank zu (Pflege-)Beratungsstellen „vor Ort“, die gemäß dem Recht auf neutrale, unabhängige und kostenfreie Pflegeberatung Informationen zu den verschiedenen nicht-kommerziellen Beratungsangeboten zum Thema Pflege in NRW bündelt. Ergänzt wird dieses Internet-Informationsangebot durch eine landesweite Telefon-Hotline; seit 2021 werden auch digitale Kommunikationsforen angeboten (z.B. ein Chatbot, ein Chatforum, Video-Telefonie). Ratsuchende haben hier die Möglichkeit, Postleitzahl-orientiert nach (Pflege-)Beratungsangeboten zu suchen, erhalten aber auch Hinweise auf weiterführende Informationen zu anderen Portalen und Angeboten „rund um das Thema Pflege“.

2.4 Beratungsinhalte und Inanspruchnahmeverhalten

Eine Evaluation der Pflegeberatung gem. §§7a, c SGB XI (s. GKV SV 2020) ermöglicht einen Einblick in die Art, das Ausmaß und die Inhalte der Beratung aus Beratenden- bzw. Nutzer_innensicht. Aus der Befragung der über 200 Berater_innen können folgende Aspekte exemplarisch zusammengefasst werden:

- **Aufgaben:** Als wesentliche Aufgaben der gesetzlichen Pflegeberatung werden die ausführliche Beratung sowie die Fallbegleitung bei komplexen Bedarfen benannt (GKV SV 2020, S. 156f.).
- **Ort der Beratung:** Die Beratungen erfolgen überwiegend in der Häuslichkeit der Ratsuchenden (92,1%), aber auch Telefonberatung (71,5%) und Beratungsgespräche in der Beratungseinrichtung (60,5%) werden häufig genannt (GKV SV 2020, S. 157).
- **Beratungsinhalte:** Betrachtet man die Erstberatungen, geben die befragten Berater_innen an, dass u.a. Leistungsansprüche (ambulante Pflege) (69,7%), Entlastungsangebote für Angehörige (69,2%), die Sicherung der häuslichen Versorgungsqualität (54,3%), Hilfsmittel (48%) und Pflegegeldleistungen (46,6%) ausführlich in den Gesprächen thematisiert werden (GKV SV 2020, S. 165).
- **Ratsuchende:** Die Beratung wird mehrheitlich (54,9%) von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen gemeinsam aufgesucht; ein Teil der pflegenden Angehörigen (21,8%) sowie der Pflegebedürftigen (18,8%) wendet sich allein an die Beratungsstelle (GKV SV 2020, S. 160f.).

Aus Sicht der knapp 300 befragten Teilnehmenden an der schriftlichen Befragung sind folgende Punkte beispielhaft hervorzuheben:

- **Beratungsinhalte:** Gefragt nach den fünf wichtigsten Themen, die in der Pflegeberatung adressiert wurden, nannten die Befragten u.a. Informationen zum Entlastungsbetrag

Angebote der Altenhilfe aus kommunaler und wohlfahrtsverbandlicher Trägerschaft bündelt (Wissert 2010, S. 118).

⁷ Die Plattform ist erreichbar über die Internetseite <www.pflegewegweiser.nrw.de>. Das Angebot wird mit Förderung des Landes NRW, der Landesverbände der Pflegekassen sowie des Verbands der privaten Pflegeversicherung realisiert.

(62,5%), zum Pflegegeld (58,8%), zu Pflegediensten/-einrichtungen (56,4%), zu Hilfsmitteln (52,0%) sowie zu Kurz-, Tages- und Nachpflege (47,0%) (GKV SV 2020, S. 199).

- *Inanspruchnahme*: Als Begründung für die Nutzung der Pflegeberatung benannten die Nutzer_innen überwiegend, dass Fragen zum Leistungsangebot der Pflegeversicherung oder zur Pflegesituation geklärt werden sollten. Des Weiteren sei die Verschlechterung der Pflegesituation ausschlaggebend für die Anfrage einer Beratung, ebenso Fragen zur Beantragung von Leistungen oder die Suche nach lokalen Anbietern (GKV SV 2020, S. 196). Auch wenn mittlerweile eine Fülle an Informationsmöglichkeiten besteht, zahlreiche professionelle Pflegberatungsangebote in unterschiedlicher Trägerschaft etabliert wurden und in der Selbsthilfe pflegebezogene Initiativen entstanden sind (Büscher et al. 2016, S. 3f.), kann bislang nicht von einer regelhaften und flächendeckenden Beratung pflegender Angehöriger ausgegangen werden. Dies bestätigen auch die Evaluation der gesetzlichen Pflegeberatung. Zwar zeigte sich in der Nutzerbefragung, dass etwas mehr als die Hälfte der Erstantragstellenden (ca. 53%) eine Pflegeberatung genutzt haben (GKV SV 2020, S. 189). Es ist jedoch anzunehmen, dass diese selbstberichteten Angaben sich nicht ausschließlich auf die Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI beziehen und die Inanspruchnahme der gesetzlichen Pflegeberatung vermutlich geringer ausfällt. Neben Informationsdefiziten (aufgrund mangelnder Information durch die Pflegekasse), werden als Begründung für die Nichtinanspruchnahme von gesetzlicher Pflegeberatung u.a. ein fehlender Beratungsbedarf oder die bereits erfolgte Beratung durch andere Dienste, Einrichtungen bzw. Ansprechpersonen benannt (ebd., S. 190).
- *Berater_innenkontinuität*: Mehrheitlich berichten die Befragten, dass im Falle mehrerer Beratungstermine eine gleichbleibende Ansprechperson kontaktiert werden konnte (90,1%) (GKV SV 2020, S. 204).
- *Wirksamkeit und Zufriedenheit*: Ein Großteil der Befragten bestätigt, dass die Beratung wirksam ist (95,9%); Wirkungen werden u.a. in der Verbesserung der Organisation der Pflege, im Wissenserwerb, der Klärung von Anliegen oder der Verbesserung der Handlungsfähigkeit gesehen (GKV SV 2020, S. 209). Die meisten Befragten (96%) äußerten zudem eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot (ebd.).

2.5 Qualität von Pflegeberatung

Um die Qualität von Pflegeberatung einschätzen zu können, schlagen Bücher et al. (2016, S. 23ff.) einen Qualitätsrahmen vor, der fünf Qualitätsbereiche umfasst (vgl. Tab. 2). Dieser dient der Orientierung, um Beratungsangebote zu planen oder bestehenden Angebote zu prüfen bzw. zu reflektieren. Auch Ratsuchende können daraus Schlüsse ziehen und Beratungsangebote einordnen (ebd.).

Tab. 2: Qualitätsbereiche und Kriterien (vgl. Büscher et al. 2016, S. 22ff.; eigene Darstellung)

Rahmenbedingungen und Infrastruktur	theoretische und konzeptionelle Fundierung	Kompetenz und Qualifizierung	Beratungsinhalte	Beratungsprozess
<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit • Zugänglichkeit • Ergebnisorientierung • Unabhängigkeit • Ausstattung • Organisation • Vernetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Angaben zum Beratungsverständnis und Zielen der Beratung u.a. • Orientierung am Ratsuchenden • Ergebnisoffenheit • Berücksichtigung ethischer Grundsätze 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkompetenzen (u.a. Fachwissen, praktische Erfahrungen, Kommunikationsmodelle/-techniken; Planung/Steuerung des Beratungsprozesses) • Personale Kompetenzen (u.a. Kommunikationsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Offenheit, Flexibilität; Selbstreflexionsfähigkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • variieren je nach Beratungsanlass und Art des Angebotes • u.a. unterschiedliche Inhalte der gesetzlichen Beratungsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Phasen des Beratungsprozesses (u.a. Kontakt, Orientierung und Klärung, Veränderung, Reflexion und Abschluss, Evaluation: Selbst-/ Fremdbewertung) • sowie weitere Kriterien, anhand derer der Beratungsprozess bewertet werden kann

Grundlegende Anforderungen sind im Bereich „Rahmenbedingungen und Infrastrukturen“ beschrieben; diese orientieren sich u.a. an den Qualitätsmerkmalen für Sozialdienstleistungen (Rat der Europäischen Union 2010, 9f), die als übergreifende Qualitätsgrundsätze für Soziale Dienstleistungen beschreiben, dass diese verfügbar, zugänglich, erschwinglich, personenbezogen, umfassend, kontinuierlich und ergebnisorientiert sein sollen (ebd., vgl. Tab. 2). Ebenfalls zentral ist die theoretisch-konzeptionelle Fundierung der Beratungsarbeit. Hier geben Büscher et al. (2016, S. 24) entsprechende Hinweise, was ein Konzept zur Pflegeberatung enthalten sollte:

- theoretische Grundlagen der Beratungsarbeit⁸;
- Menschenbild, gemeinsame Prinzipien und ethische Haltung;
- Intention der Beratung;
- Bezugnahme auf gesetzlichen Beratungsanlass;
- Inhalte die Beratung;
- Gestaltung des Beratungsprozesses;
- Sicherstellung der Anwendung des theoretischen Konzeptes;
- Aufbau und Gestaltung der Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beratenden;
- Einbezug der Perspektive der Ratsuchenden;

⁸ Die Patientenberatung und Information der Nutzer_innen des Pflege- und Gesundheitssystems verorten Engel et al. (2012) konzeptionell eher in der sozialpädagogischen Beratung als in psychologischen oder psychotherapeutischen Ansätzen. Neben der Wissens- und Informationsvermittlung stehen insbesondere „prozessorientierte, helfende und/oder begleitende Beratungsformen“ (Engel et al. 2012, S. 26) im Mittelpunkt. Kennzeichnend sind u.a. eine Nähe zur Lebenswelt der Adressat_innen, Diversitätssensibilität und Ressourcenorientierung. Es können verschiedene theoretisch-konzeptionelle Bezugspunkte gewählt und kombiniert werden (u.a. Lebenswelt- und Alltagsorientierung, ressourcen- oder lösungsorientierte Beratung) (für eine Übersicht s. ebd.).

- Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen;
- Regelungen zu Kooperationen und Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern;
- Beitrag zur örtlichen Beratungsinfrastruktur;
- Bewerbung des Beratungsangebotes (s. ebd.).

Eine Bewertung des Beratungsprozesses kann zudem unter Betrachtung unterschiedlicher Qualitätsmerkmale erfolgen. Neben der Einhaltung der Phasen des Beratungsprozesses sind verschiedene Aspekte bedeutsam, u.a. eine adressat_innengerechte Ansprache und Kommunikation, eine Biografieorientierung, die Berücksichtigung unterschiedlicher Diversitätsmerkmale, Ergebnisoffenheit, Qualitätsmanagement und -sicherung, Dokumentation und Auswertung (Büscher et al. 2016, S. 25f.).

3 Der geäußerte Beratungsbedarf in unserer Erhebung

In unserer – wie bereits einleitend festgestellt – alternden Gesellschaft ist es zunehmend wichtig, sich frühzeitig damit auseinander zu setzen, unter welchen Bedingungen man im Alter leben möchte. Insbesondere sind Überlegungen zur Wohnform und möglichen Unterstützung bei ggf. eintretender Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wichtig. Die Frage ist, wie informiert die (potentiell) betroffenen Bürger_innen dazu tatsächlich sind: Welche lokalen Beratungs- und Unterstützungsangebote sind ihnen bekannt? An welche Personen oder Institutionen würden sie sich im Bedarfsfall wenden? Und wie stellt sich das Beratungsangebot für diesen Personenkreis aktuell überhaupt dar? Mit diesen Fragen und deren Beantwortung befasste sich die bereits in der Einleitung zu diesem Bericht vorgestellten Lehrveranstaltung „Alt werden, Pflege benötigen?!“ im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojektes.

Neben dem Vorstellen und praktischen Austesten verschiedener empirischer Forschungsmethoden war das Ziel des Forschungsprojektes, mit den gesammelten Erkenntnissen wichtige Anhaltspunkte zu Bedarfen von (potentiellen) Informations- und Ratsuchenden zu finden. Dies sollte anschließend dazu beitragen, passende Beratungsangebote in Bezug auf Form und Inhalte nutzer_innenorientiert weiterzuentwickeln. Die zum Forschungsprojekt dazugehörigen Erhebungen fanden in verschiedenen Kommunen in NRW statt und bestanden sowohl aus einer quantitativen Fragebogenstudie als auch aus einer qualitativen Interviewführung. In diesem Kapitel werden die beiden methodischen Zugangswege beschrieben und die jeweiligen Ergebnisse vorgestellt.

3.1 Quantitative Befragung – Erhebung und Ergebnisse

Für eine möglichst breite, dennoch aber auch offene Befragung vieler Bürger_innen zum Thema „Alt werden – Pflege benötigen?!“ wurde in der gleichnamigen Lehrveranstaltung ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen lehnte sich in seinen Themen und Fragestellungen an bereits vorhandene Befragungsinstrumente zu ähnlichen Themenschwerpunkten an (u.a. Bertelsmann Stiftung 2015; Engstler et al. 2017; Generali Deutschland AG 2017) und wurde auf die für die hier interessierende Fragestellung angepasst bzw. erweitert (der Fragebogen befindet sich in Anhang A). Dabei wurde darauf geachtet, dass für die verschiedenen Themenbereiche zwar Antwortmöglichkeiten vorgegeben waren, den Befragten dennoch die Möglichkeit gegeben werden konnte, auch frei zu antworten.

Diese Technik erwies sich in der praktischen Durchführung als sehr hilfreich: Einmal für die Befragung interessiert, entwickelten sich zwischen den Studierenden als Daten-Erhebende und den in verschiedenen Innenstädten NRWs angesprochenen Bürger_innen häufig längere und tiefergehende Gespräche zum Thema „Alt werden“ mit oftmals vorgetragenen Ängsten in Bezug auf „Pflege benötigen“ und Kritik am bestehenden System.

3.1.1 Durchführung der Erhebung

Für die Bürger_innen-Befragung in drei verschiedenen Städten im Ruhrgebiet und am Niederrhein (Goch, Herne, Bochum) mit insgesamt vier Befragungsterminen stellten sich pro Termin jeweils zwischen zwei und fünf Studierende (einschließlich der beiden Lehrpersonen) zur Verfügung, die auch schon an der Entwicklung des Fragebogens beteiligt waren. Soweit notwendig, wurden Genehmigungen für die Befragung bei den jeweiligen Ordnungsämtern der entsprechenden Städte vorab eingeholt, bei denen die genauen Befragungs-Gebiete (Fußgängerzone; an angrenzendem Marktplatz o.ä.) und -Zeiten (pro Termin zwischen zwei und vier Stunden, jeweils um die Mittagszeit; insgesamt zwölf Stunden Befragungszeit) abgesprochen wurden.

Angesprochen werden sollten möglichst nur Personen, die zumindest dem Augenschein nach „älter“ waren (Zielgruppe: 65 Jahre plus aufgrund des damit zusammenhängenden Renten-Eintritt-Alters); in Ausnahmefällen wurden auch jüngere Befragungsteilnehmer_innen zugelassen. Vor der tatsächlichen Erhebung wurde der Fragebogen innerhalb der Studierenden-gruppe getestet und somit zum einen die Sinnhaftigkeit der einzelnen Items und der Item-Reihenfolge überprüft; zum anderen konnte so auch die Gesprächsführung ausprobiert und eine tendenzielle Befragungsdauer von etwa zehn Minuten ermittelt werden.

Im Rahmen der tatsächlichen Erhebung stellte sich dann heraus, dass diese tendenzielle Befragungsdauer häufig überschritten wurde. So ergaben sich aus den im Erhebungsinstrument genannten Fragestellungen oftmals weiterführende Gespräche über bisherige Erfahrungen der Befragungsteilnehmenden mit dem Thema „Alter und Pflege“ – manche dieser Gespräche dauerten bis zu zwanzig oder dreißig Minuten. Neben der Herausforderung, den Gesprächsbedarf der Befragten einerseits nicht zu sehr ausufern zu lassen, andererseits aber auch nicht plötzlich abzubrechen (da die Gespräche immer beim Thema blieben und auf diverse Probleme im Kontext „Alter und Pflege“ hinwiesen), stellte es für einige Studierende eine Überwindung dar, „einfach so“ Personen auf der Straße anzusprechen und um die Teilnahme an der Befragung zu bitten.

3.1.2 Die Teilnehmenden der standardisierten Befragung

Insgesamt befragt wurden 108 Personen, wobei einige der Personen in Begleitung ihres_ ihrer Ehepartner_in waren. In diesen Fällen wurden jeweils die Angaben der älteren befragten Person ausgewertet. Die 108 befragten Personen verteilten sich auf die drei beteiligten Städte wie folgt:

- Goch (23,1%; n = 25),
- Herne (35,2%; n = 38),
- Bochum (41,7%; n = 45).

Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 63,8 Jahre (Std.-Abw. 16,1 Jahre) und war somit jünger als eigentlich anvisiert; die jüngste befragte Person war 19 Jahre, die älteste 95 Jahre. Die eigentliche Zielgruppe der Über-65jährigen war mit n = 50 Personen (entspricht 46,7%, Altersangaben von 107 Personen lagen vor) zwar weniger als zur Hälfte in der Befragung vertreten. Erweitert man die Zielgruppe auf Personen der mindestens 60jährigen, so waren

diese zu 62,6% (n = 67 Personen) vertreten, die Gruppe der mindestens 50jährigen entsprechend zu 81,3% (bzw. n = 87 Personen).⁹ Somit lässt sich festhalten, dass zumindest die Maßgabe einer eher „älteren“ Befragungsgruppe eingehalten wurde.

Von den Über-65jährigen sind etwa zwei Drittel weiblich (n = 31; 62%) und etwa ein Drittel männlich (n = 19; 38%). 68,5% aller Befragten wohnen mit einer anderen Person zusammen (zumeist der_die (Ehe-)Partner_in). Von den fünfzig Über-65jährigen wohnen insgesamt 27 Personen mit einer anderen Person zusammen (und somit 23 Personen alleine); der Frauenanteil scheint hier mit 15 Personen (zu 12 Männern) absolut etwas größer, unter Berücksichtigung des Prozentanteils ändert sich hier jedoch die Tendenz (48% der Frauen und 63% der Männer wohnen mit jemandem zusammen).

3.1.3 Die Datenauswertung

Die deskriptive Auswertung der erhobenen Daten fand nicht nur, aber auch anhand von Fragen der Studierenden statt, die diese nach Durchsicht der Excel-Rohtabelle stellten. Die Auswertungsfragen beziehen sich vor allem auf Kreuztabellen-Berechnungen, wie beispielsweise

- eine Auswertung der Frage *„Wie stellen sich die Befragten ihr zukünftiges Wohnformat vor?“* (Frage 2 des Fragebogens; s. Anhang A) im Zusammenhang mit der bisherigen Relevanz des Themas „Pflege“ (Frage 3 des Fragebogens);
- „zukünftige Wohnform“ (Frage 2) im Vergleich der Unter-65jährigen und der Über-65jährigen;
- ein Vergleich dieser beiden Altersgruppen im Zusammenhang mit der Frage nach einer möglichen Unterstützung (Frage 5: *„Wenn Sie längere Zeit krank oder pflegebedürftig würden – hätten Sie dann jemanden, der Ihnen regelmäßig helfen würde?“*);
- Je nach Antwort auf eine mögliche Unterstützung die Auswertung der Antworten auf die Frage, wie denn dann unterstützt werden solle (Frage 6);
- Jeweils nach Alter (und ggf. Geschlecht) ausgewertet, wie die entsprechende Informationssuche von Statten gehen würde (Frage 12: *„Im Bereich Alter und Pflege, wenn Sie dann allgemein Informationen brauchen würden, an wen würden Sie sich wenden? Wo würden Sie Hilfe suchen?“*, Frage 13: *„Benutzen Sie das Internet?“* und Frage 14: *„Wissen Sie, wo Sie online Informationen über bestimmte Pflege-Leistungen, auf die Sie Anspruch hätten, bekommen können?“*). Hinter dieser letzten Frage steckte beispielsweise die Idee, *„darzustellen, woher Personen in unterschiedlichen Altersgruppen ihre Informationen beziehen. Und wie stark die Nutzung des Internets mit dem Alter abnimmt (oder auch nicht). Die gleiche Frage könnte man in Bezug auf das Geschlecht auch stellen, ist aber weniger relevant, denke ich“* (Zitat eines_einer Studierenden hinsichtlich der Hypothese für diese Frage).

⁹ In den folgenden Berechnungen wird – soweit nicht anders vermerkt – von der ursprünglichen Zielgruppe der Über-65jährigen ausgegangen.

3.1.4 Quantitativ-deskriptive Ergebnisse

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung werden im Folgenden nach verschiedenen Themen geordnet dargestellt.

a) Die Relevanz des Themas „Pflege“ in Gegenwart oder Vergangenheit

Als „schon einmal relevant“ bezeichneten insgesamt n = 67 Personen das Thema „Pflege“, davon waren n = 28 (von insgesamt 50 Personen) älter als 65 Jahre. 15 Personen gaben an, selbst pflegebedürftig zu sein, davon hatten

- einen Pflegegrad 1¹⁰: zwei Personen;
- einen Pflegegrad 2: acht Personen;
- einen Pflegegrad 3: fünf Personen.

Betrachtet man hier nur die Über-65jährigen (d.h. zwölf der 15 pflegebedürftigen Menschen), so gaben vier von diesen an, dass die unterstützende Person mit im Haushalt wohnt; bei den anderen acht Personen ist das nicht der Fall.

33,7% aller Befragungsteilnehmenden sagen aus, dass sie selbst jemanden unterstützen, der hilfs- bzw. pflegebedürftig ist; bei den Über-65jährigen sind dies immerhin 22,2%.

b) Wohn-Wünsche und -Vorstellungen für die Zukunft

Die Bedeutung der eigenen Wohnung im vertrauten Umfeld – selbst wenn diese nicht an altersbezogene Bedürfnisse angepasst ist oder angepasst werden kann – wird bereits in den verschiedenen Generali Altersstudien deutlich: Im Jahr 2012 bewerteten beispielsweise nur 31% der 65- bis 85jährigen ihre Wohnung als altersgerecht (Generali Zukunftsfonds & Institut für Demoskopie Allensbach 2012, S. 303, Abb. 4.18); 2017 verringert sich dieser Anteil auf 22% (Generali Deutschland AG 2017, S. 206, Abb. 8.3). Größere Defizite werden hier vor allem bei der Barrierefreiheit innerhalb der eigenen Wohnung, bei der Ausstattung mit Aufzügen zur Erreichbarkeit der eigenen Wohnung und der Höhe der monatlichen Kosten bzw. Miete benannt.

In diesem Zusammenhang ist beispielhaft auf das Modell von Golant (2011, zit. n. Claßen et al. 2014, S. 35) zur Herstellung und Erhaltung von (gefühlter) Wohn-Normalität hinzuweisen. In diesem Modell werden emotionale Erfahrungen der Wohnlichkeit und Wohn-Gemütlichkeit, der Zusammenhang mit dem eigenen Wohnumfeld die Erfahrungen von (Nicht-)Kontrollierbarkeit und (Nicht-)Beeinflussbarkeit des eigenen Wohnumfelds zusammengefasst. Auch in diesem Modell wird deutlich, wie wichtig die eigene Wohnumgebung und Wohnform für das emotionale Wohlbefinden einer Person ist.

Die Ergebnisse aus den Generali Altersstudien und die Erkenntnisse aus dem Modell von Golant spiegeln sich auch in den Aussagen der Befragungsteilnehmenden wider (Tab. 3).

¹⁰ Pflegegrade in den Stufen 1 bis 5 nach den Vorgaben des SGB XI (gültig seit Jan. 2017)

Tab. 3: Auswertung der Frage 2 aus dem Fragebogen (nur für Über-65jährige). Angeben sind die absoluten „ja“-Aussagen; ggf. auch Mehrfachnennungen (= MFN) pro Person, insgesamt 43 Zustimmungen auf vorgegebene Items)

„Was denken Sie, so in zehn Jahren, wie werden Sie dann wohnen? Wollen Sie dann...“ (Frage 2)	
... noch in bisheriger Wohnung wohnen bleiben?	32 x „ja“
... gerne zu Kindern/anderen Verwandten ziehen?	1x „ja“
... in altersgerecht ausgestattete Wohnung ziehen?	4x „ja“
... in Einrichtung des betreuten Wohnens ziehen?	6x „ja“
... an einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt teilnehmen?	0x „ja“
Wissen Sie es noch nicht?	1x „ja“
Haben Sie noch nicht drüber nachgedacht?	2x „ja“

So erkennt man in den Antworten der befragten Personen die Bedeutsamkeit der bisherigen Wohnung und des vertrauten Umfeldes: Von den insgesamt 43 Zustimmungen auf vorgeschlagene zukünftige Wohnformen wurde zu fast 75% die „bisherige Wohnung“ als Wohnwunsch genannt (s. Tab. 3). Die Unterstützung der eigenen Kinder oder anderer Verwandter wurde hingegen seltener genannt, alternative Wohnformen wie gemeinschaftliche Wohnprojekte gar nicht. Nur drei Mal wurde zugegeben, die Antwort derzeit noch nicht zu wissen bzw. noch nicht darüber nachgedacht zu haben.

Explizit bei dieser Frage wurde von den Teilnehmenden eingehend die Möglichkeit des tiefergehenden Antwortens genutzt. So gaben die Befragten an, dass zum Teil bereits Wohnraum-Anpassungen vorgenommen wurden oder zumindest geplant seien, damit die „eigene Wohnung“ weiter bewohnbar sei: Eine 75jährige Frau berichtete beispielsweise davon, dass sie und ihr Mann bereits jetzt schon ein Hausnotruftelefon eingerichtet hätten; eine 81jährige verheiratete Frau würde ihre Wohnung entsprechend umbauen lassen; eine 69jährige Frau würde für sich und ihren Mann Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst organisieren. Die Option, ggf. in eine kleinere Wohnung umzuziehen, wie es eine 66jährige verheiratete Frau für sich sieht, schien für viele dagegen keine wirkliche Alternative – „Umzug nur, wenn es nicht anders geht“ (Zitat 81jähriger alleinlebender Mann) oder „so lange es geht, in der eigenen Wohnung bleiben“ (Zitat 73jährige verheiratete Frau) sind für die allermeisten die einzige Option (s. entsprechend Tab. 3: 32 Nennungen). Dass der Gedanke, vielleicht nicht mehr „zu Hause“ wohnen bleiben zu können, mit starken Emotionen verbunden sein kann, zeigt die Äußerung eines 80jährigen verheirateten Mannes: „Ich darf gar nicht dran denken“ (Zitat). Wieder andere sehen der Zukunft vergleichsweise gelassen entgegen: „Ich lasse es auf mich zukommen“ (Zitat) wurde beispielsweise von zwei alleinlebenden Menschen genannt, einem 77jährigen Mann und einer 81jährigen Frau; eine andere Frau (75 Jahre, verheiratet) antwortet auf die Frage, wo man sich selbst in zehn Jahren wohnen sehe, nüchtern „auf dem Friedhof“ (Zitat).

c) Gewünschte Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit

Da vor allem das In-der-eigenen-Wohnung-bleiben-Wollen einen hohen Stellenwert bei den Befragten innehat, ist es von besonderem Interesse, wie die Hilfe und Unterstützung im Falle einer eintretenden Pflegebedürftigkeit aussehen soll. Auch hier nimmt der Wunsch nach Eigenständigkeit die Hauptposition ein: „in der eigenen Wohnung, mit externer Unterstützung“ ist die Antwortalternative, die am häufigsten genannt wurde (s. Tab. 4) – bzw., um es mit den

Worten der Befragungsteilnehmer_innen zu sagen: „*So lange es geht [durch Externe in der eigenen Wohnung]*“ (Spontanantwort eines alleinlebenden 77jährigen).

Tab. 4: Auswertung der Frage 6 aus dem Fragebogen (nur für Über-65jährige). Angeben sind die absoluten „ja“-Aussagen; ggf. auch MFN pro Person, insgesamt 46 Zustimmungen auf vorgegebene Items)

Falls Sie einmal pflegebedürftig werden, wie möchten Sie dann unterstützt werden? (Frage 6)	
in der eigenen Wohnung, mit externer Unterstützung	22 x „ja“
bei der eigenen Familie	11 x „ja“
in einem Senioren-/Pfleheim	7 x „ja“
im betreuten Wohnen	6 x „ja“
in Pflegewohngruppe	0 x „ja“

Erst an zweiter Stelle und mit Abstand zur Eigenständigkeit steht die Hoffnung und der Wunsch auf Unterstützung aus der Familie; wichtig erscheint hier den Befragten, dass man dieser nicht zur Last fallen wolle. So ist für einen alleinlebenden 70jährigen auch der Umzug in ein Pflegeheim eine – wenn auch nicht die erste – Wahl (Zitat): „*Ich brauche Unterhaltung*“. Eine 74jährige, verheiratete Frau sieht die Situation pragmatisch: Es sei eben „*abhängig von der Pflegebedürftigkeit*“ (Zitat). Wie stark der Gedanke an eine eigene mögliche Pflegebedürftigkeit den Alltag beherrscht, ist dabei Personen-abhängig. So gibt es nur eine Meldung, man habe noch gar nicht darüber nachgedacht (77jährige Frau, mit Lebensgefährten zusammenlebend), auf der anderen Seite aber auch ein „*man denkt pausenlos darüber nach*“ (Zitat 68jährige, verheiratete Frau). Eine andere verheiratete Frau (66 Jahre) fasst es so zusammen: „*Am besten kommt es überhaupt nicht dazu*“ (Zitat).

Bei den 16 Personen, die dagegen angeben, bereits Hilfe in Anspruch zu nehmen (Fragen Nr. 7 und 8, s. Fragebogen im Anhang), wird diese sowohl von Angehörigen bzw. der Familie (11 Nennungen) als auch von ambulanten Pflegediensten (ebenfalls 11 Nennungen; Mehrfachnennungen möglich) geleistet. Die Familie leistet vor allem Unterstützung im Haushalt oder beim Einkaufen; die ambulanten Pflegedienste helfen beim Waschen und der Körperpflege. Insgesamt sieben Mal wird auf andere bezahlte Dienstleister_innen hingewiesen (wie bspw. beim Hausnotruf; einem Getränke- oder sonstigem Lieferdienst; der Gartenarbeit; dem Haushalt). Viermal wurden auch Nachbar_innen als helfende Personen genannt, auch hier geht es vornehmlich um Garten- oder Schneeräumarbeiten, Einkaufshilfe oder auch Besuche.

d) Informationswege

Wie wurde der Zugang zu den bezahlten Dienstleistungs-Unternehmen – sowohl zum ambulanten Pflegedienst als auch zu einem anderen bezahlten Unternehmen – gefunden? (Frage 8 a im Fragebogen, s. Anhang). Die 13 Nennungen in diesem Bereich wiesen darauf hin, dass das entsprechende Hilfs-Angebot vor allem über zwei Wege eingeleitet wurde: über einen „*offiziellen*“ wie dem Krankenhaus (drei Nennungen) und den dortigen ärztlichen Mitarbeitenden bzw. dem dortigen Sozialdienst, aber vor allem über einen „*inoffiziellen*“ Zugang – über Angehörige (v.a. die eigenen Kinder, drei Nennungen; den_die Ehepartner_in, eine Nennung; Geschwister, eine Nennung); Nachbar_innen (zwei Nennungen); Freund_innen und Bekannte bzw. ein „*privates*“ Herumfragen (vier Nennungen) – oder einer Mischung aus beidem (z. B. ärztliche Verordnung, anschließend weiteres Kümmern durch private Kontakte). Eine Person

gab noch an, sich durch direkte Werbung eines_einer Anbieter_s_in zu der entsprechenden Dienstleistung entschlossen zu haben. Festzuhalten bleibt, dass es vor allem die inoffiziellen Wege sind, die über Wahl und Ausmaß gewählter Hilfeleistungen entscheiden.

In gewisser Weise steht dies im Kontrast zu den Antworten auf die Frage, an wen sich die Befragten wenden **würden**, wenn sie allgemeine Informationen zu „Alter und Pflege“ bräuchten – sprich: wenn sie derzeit noch keine (tiefergehende) offizielle Hilfe und Unterstützung benötigen und engagieren (Frage 12 des Fragebogens, s. Anhang). Gerade bei den älteren Befragungsteilnehmer_innen nehmen vor allem offizielle Stellen wie Beratungsstellen der Kirche oder der Arbeiterwohlfahrt den ersten Platz als potentielle Informationsgeber_in ein, gefolgt von dem eigenen (Haus-)Arzt/ der eigenen (Haus-)Ärztin und der Kranken- bzw. Pflegekasse (s. Tab. 5). Unter die „sonstigen“ Nennungen fallen Nachfragen bei der Familie, den eigenen Kindern oder Nachbar_innen.

Tab. 5: Auswertung der Frage 12 aus dem Fragebogen (getrennt in „bis 65 Jahre“ und „nur Über-65jährige“). Angeben sind die absoluten Nennungen pro Item; ggf. auch MFN pro Person. (In Klammern): %-Werte der Gesamt-Nennungen der jeweiligen Altersgruppe.

„Im Bereich Alter und Pflege, wenn Sie da allgemein Informationen brauchen würden, an wen würden Sie sich wenden? Wo würden Sie Hilfe suchen?“ (Frage 12)	bis einschl. 65 Jahre	nur Über- 65jährige
Beratungsstelle der Caritas, Diakonie, AWO	18 (18,4%)	26 (40%)
Hausarzt, sonstigem Arzt	11 (11,2%)	19 (29,2%)
Kranken-/Pflegekasse	26 (26,5%)	11 (16,9%)
Recherche im Internet	35 (35,7%)	6 (9,2%)
Kommunale/städtische Beratungsstellen, z.B. Bürgeramt	8 (8,2%)	3 (4,6%)
<i>Summe der Nennungen je Altersgruppe</i>	<i>N = 98</i>	<i>N = 65</i>

In Kontrast dazu stehen die Angaben der Bis(-einschließlich)-65jährigen: In dieser Altersgruppe nimmt das Internet Platz 1 als Informationsquelle ein, mit Abstand gefolgt von den Kranken- und Pflegekassen und den anderen Beratungsstellen. Dieses Ergebnis leitet direkt über zur Bedeutung des Internets als Informationsmedium für die Gruppe der älteren Befragungsteilnehmer_innen.

e) Bedeutung des Internets als Informationsmedium

Bereits in der letzten Generali Altersstudie (Generali Deutschland AG 2017) wurde deutlich, dass zum einen die Internetnutzung auch in den Kohorten der älteren Menschen inzwischen zunimmt. Zum anderen wurde allerdings auch betont, dass dieser Effekt sowohl vom Geschlecht als auch der sozialen Schicht abhängig ist. Daneben zeige sich auch „*ein mitunter zögerliches Interesse der älteren Generation an neuen Technologien*“ (ebd., S. 117), welches auch auf Gefühle der Überforderung mit der Vielfalt der technischen Möglichkeiten beruhe. Ähnliches entdecken auch Stubbe et al. (2019) und stellen in ihrer Studie heraus, wie wichtig ein kompetenter Umgang mit digitalen Medien gerade auch für ältere Menschen ist:

„In einer alternden Gesellschaft wie der unseren, in der die Zahl der Älteren und Hochbetagten deutlich steigt und immer mehr Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt in der eigenen Wohnung leben wollen, bietet die digitale Transformation viele Chancen: vom Skypen mit der Familie bis zum Online-Shopping, vom Smart Home über telemedizinische Angebote bis zum Online-Banking“ (ebd., S. 12).

Daneben beschreiben die Autor_innen auch, dass sich „gerade die älteren Generationen [...] oft nicht ausreichend informiert [fühlen] und [...] unsicher im Umgang mit digitalen Anwendungen und den entsprechenden Geräten [sind]“ (a.a.O.). – Diese Beobachtungen wurden mit Beginn der Covid19-Pandemie im Jahr 2020 quasi zum Politikum, verlagerte sich nun doch ein großer Bereich des sozialen Lebens und Miteinander in den virtuellen Raum. Wie sah die Situation im Frühjahr und Sommer 2018 bei unserer Befragung aus?

Auf den ersten Blick schien sich diese Problematik bei unseren Befragten nicht zu stellen: Immerhin 57% geben an, das Internet täglich zu benutzen; nur ein Drittel sagt aus, nie ins Internet zu „gehen“ (s. Abb. 3). Allerdings ändert sich das Bild, wenn man nur die Angaben der Über-65jährigen zugrunde legt: Hier sind es nur noch ein Drittel der Befragungsteilnehmer_innen, die das Internet überhaupt nutzen (s. Abb. 4); zwei Drittel geben an, dieses Medium nie zu benutzen.

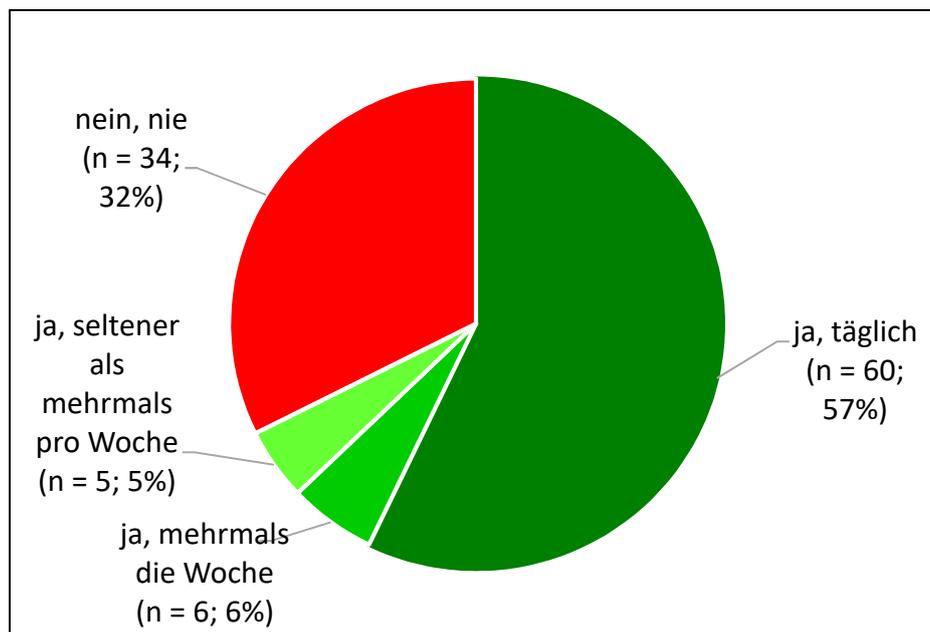


Abb. 3: „Benutzen Sie das Internet?“ (Frage 13 aus dem Fragebogen) – Angaben aller Befragten (n = 105 Personen)

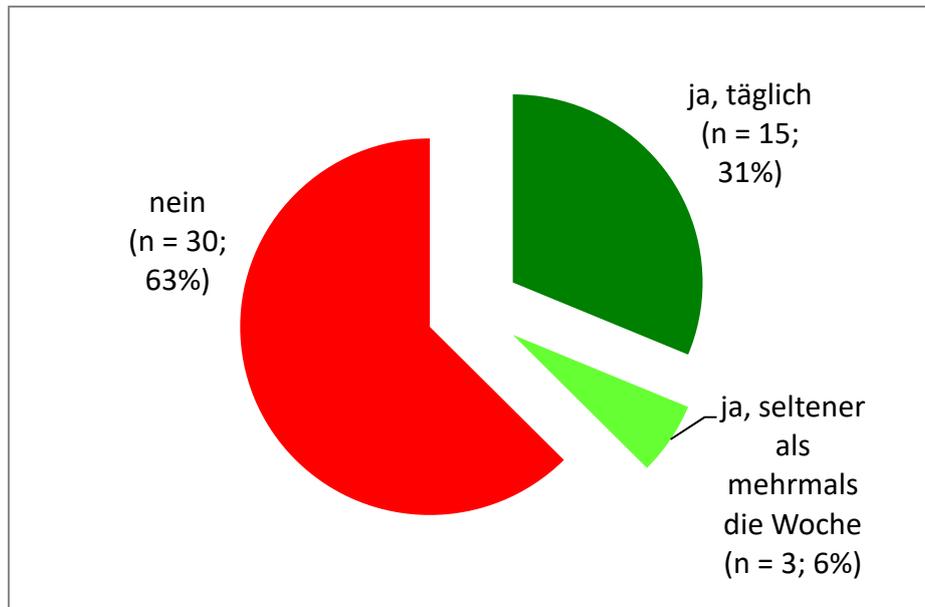


Abb. 4: „Benutzen Sie das Internet?“ (Frage 13 aus dem Fragebogen) – nur Angaben der Altersgruppe der Über-65jährigen (n = 48)

Von den 18 Personen über 65 Jahre, die eine Internet-Nutzung angeben, sagen allerdings nur acht Personen, dass sie genau wüssten, wo sie dort nach Informationen über bestimmte Pflegeleistungen suchen könnten (Frage 14 des Fragebogens): Genannt werden hier in den freien Nennungen die „Pflegeberatung“, die „Krankenkasse“, die „Diakonie“, der „MDK“ und „pflege.de“ sowie das „Infoportal NRW“ – und immer wieder die Suchmaschine „Google“, in die die entsprechenden Suchbegriffe eingegeben werden.

Die neun Personen, die zwar auch ins Internet gehen, sich selbst aber weniger Recherche-Kompetenz zuschreiben, nennen als Hilfsquelle für die Suche zum einen ähnliche Informationsquellen wie bereits genannt („Arzt“, „Krankenhaus“, „Kinder sollen suchen“), zum anderen würden sie aber ebenso auf die Suchmaschine „Google“ zurückgreifen wie auch diejenigen, die sich in ihrer Recherche sicher sind.

3.1.5 Ein erstes Fazit aus den quantitativen Befragungsdaten

Die Ergebnisse der standardisierten Befragung in den drei verschiedenen Städten zeigen, dass das Thema „Pflege“ mindestens bei der Hälfte der befragten Personen schon einmal Thema war oder noch ist. Dies lag bzw. liegt nicht nur an selbst benötigter Pflege-Unterstützung, sondern auch an eigener geleisteter Pflege und Hilfe im Familienkreis. So leisten 22% der Über-65jährigen selbst verschiedene Pflege- oder Hilfsdienste einer anderen Person gegenüber.

„Zuhause bleiben wollen, aber lieber nicht auf Kosten der eigenen Kinder“: So lassen sich die Ergebnisse zum Thema „Wenn man (in Zukunft) selbst Pflege benötigt“ zusammenfassen. Befürchtet werden die Verursachung von Stress und seelische Belastungen bei diesen; diese Befürchtungen werden zum Teil auch durch selbst gemachte Erfahrungen in der Pflege der eigenen (Schwieger-)Eltern gespeist. Auf der anderen Seite stellt sich den Befragungsteilnehmer_innen dann aber auch die Frage: „Wenn nicht die eigenen Kinder, wer pflegt mich denn

dann?!“ Deutlich wird hier, wie stark angstbesetzt das Thema „Alt werden – Pflege benötigen?!“ aufgrund der eigenen Vorerfahrungen in diesem Bereich für ältere Menschen ist.

Im Falle von selbst benötigter Unterstützung gilt bei den Befragungsteilnehmer_innen: Hilfeleistungen werden zu großen Teilen sowohl von der Familie erbracht (hier bei eher leichteren bis mittleren Formen der Unterstützung wie Einkaufshilfe, Begleitung o.ä.), als auch von ambulanten und anderen externen Dienstleister_innen (v.a. im Bereich der schwereren und körperlichen Pflegeleistungen). Dies entspricht auch dem allgemeinen ausgedrückten Wunsch der Befragungsteilnehmer_innen im Falle einer notwendigen Unterstützung: Man erhofft sich hier v.a. Hilfe von externen Diensten, erst an zweiter Stelle von der eigenen Familie. Ein oft genanntes Stichwort in diesem Zusammenhang ist das des „Nicht-zur-Last-fallen-Wollens“.

Auf bereits engagierte Dienstleister_innen im Hilfe- und Unterstützungsbereich wurde man zu meist über inoffizielle Wege aufmerksam: durch Recherche von Familienangehörigen oder bereits aktive Dienstleister_innen im näheren (Wohn-)Umfeld. „Offizielle“ Aufträge, übermittelt von z. B. Ärzt_innen oder Sozialdiensten des Krankenhauses, wurden dagegen seltener genannt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass vom Medizinischen bzw. Sozialen Dienst offiziell keine Pflege-Anbieter_innen vermittelt werden und die Beratung entsprechend neutral erfolgen soll. Entsprechende „Überweisungsrouitinen“ zwischen verschiedenen Einrichtungen sind daher inoffiziell und auch abhängig von persönlichen Kontakten. Eine aktive *eigene* Informationssuche ist hingegen altersabhängig: Ältere Personen tendieren mehr als jüngere dazu, sich Informationen bei karitativen und/oder sozialen Beratungsstellen oder bei ihren Ärzt_innen einzuholen¹¹; jüngere Personen nutzen hierzu vermehrt das Internet.

Festzuhalten bleibt, dass eine Internetnutzung für die Informationssuche zum Thema Pflege bereits stattfindet – losgelöst vom Alter der Befragten. Gegebenenfalls wird hier aktiv auf die Hilfsbereitschaft der Familie (genannt werden die eigenen Kinder, aber auch Enkelkinder) zurückgegriffen, wenn nicht eine eigene Recherche erfolgt. Insgesamt ist die Suchmaschine „Google“ eine der meistgenannten Quellen für die Informationsgewinnung im Internet: sowohl bei denjenigen, die angeben zu wissen, wo sie Informationen herbekommen, als auch bei denjenigen, die angeben, dies nicht zu wissen – gleich welchen Alters. Fraglich ist, ob sich die entsprechenden Personen über die Vor- und Nachteile von Internet-Suchmaschinen im Allgemeinen und von Suchmaschinen wie „Google“ im Speziellen bewusst sind und diese bei ihren Recherchen mit einkalkulieren.¹²

Diese Erkenntnisse bedeuten für neutrale Informationsportale wie zum Beispiel den Pflegewegweiser NRW unter anderem folgendes:

- Die Bedeutung von (Haus-)Ärzt_innen und karitativen bzw. sozialen Beratungsstellen bei der Informationsvermittlung, v.a. für ältere Personen, ist nicht zu unterschätzen. Diese Anlaufstellen fungieren somit als Multiplikator_innen und sollten immer aktuell

¹¹ Tendenziell sind hierbei keine Geschlechtsunterschiede zwischen Männern und Frauen der Über-65jährigen zu verzeichnen; beide Gruppen nutzen das Internet etwa gleich häufig bzw. selten. Genauere Auswertungen hierzu wären aufgrund des geringen Stichprobenanteils nicht aussagekräftig.

¹² Als Beispiele wären hier anzumerken die Speicherung der IP-Adresse und damit eine auf vorherige Suchbegriffe abgestimmte Ergebnisanzeige, die Beeinflussung der Anzeige-Reihenfolge durch von den jeweiligen Organisationen geleistete Zahlungen, die Nennung von Werbeanzeigen zu Beginn einer jeweiligen Ergebnisanzeige u. ä.

und unaufgefordert über neutrale Beratungsangebote informiert sein. Weitere Multiplikator_innen in diesem Kontext sind die lokalen Apotheken sowie der Medizinische Dienst der Krankenkassen, die Hinweise auf bestehende Beratungsangebote geben könnten.

- Bereits 2012 konstatierten diverse Veröffentlichungen die Informationsfunktion des Internets als Hauptmotiv für ältere Menschen, dieses auch zu benutzen (für eine Zusammenfassung s. Claßen et al. 2014, S. 131f.). In den kommenden Jahren ist ein weiterer Bedeutungszuwachs bei der Internet-Recherche erwartbar: Die nachfolgenden Generationen werden das Internet als Informationsmedium noch selbstverständlicher nutzen als es die derzeitige ältere Generation in Teilen auch schon bereits tut.
- Das bedeutet wiederum eine fortlaufende Aufgabenstellung im Bereich der Datenbankpflege, um diese auf den jeweils aktuellen Stand zu halten. Das bedeutet des Weiteren aber auch, sich mit den Such-Algorithmen der wichtigsten Internet-Suchmaschinen bekannt zu machen und zu recherchieren, wie man hier zu den ersten zehn genannten Suchergebnissen gehören kann.
- Bei aller Internetaffinität dürfen dennoch Printmedien nicht vernachlässigt werden: Es gibt nicht DIE Senior_innen, sondern zur Altersgruppe der „älteren und alten Menschen“ gehören Personen mit einer Altersdifferenz von bis dreißig und mehr Jahren, aus unterschiedlichen sozialen Schichten, mit unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten, unterschiedlichen Fähigkeiten, unterschiedlichen Bedarfen usw. Nur eine Informationsbereitstellung auf unterschiedlichen Kanälen wird dieser Diversität gerecht.
- All diese Aspekte sind nicht ohne einen gewissen finanziellen Einsatz und eine dauerhafte finanzielle Förderung einzuhalten. Neutrale, von der öffentlichen Hand eingerichtete Informationsstellen benötigen hier eine auf Jahre sichergestellte Finanzierung; mit einmaligen Projektgeldern sind diese Aufgaben nicht dauerhaft erfüllbar.

3.2 Qualitative Befragung – Erhebung und Ergebnisse

Ergänzend zur quantitativen Datenerhebung führten die Studierenden der Lehrveranstaltung „Alt werden – Pflege benötigen?!“ in drei kreisfreien Städten im Ruhrgebiet leitfadengestützte Interviews mit Mitarbeiter_innen von sechs Pflegeberatungsstellen durch. Die Interviews zielten darauf, in den Kommunen Beratungsangebote zum Thema „Alter und Pflege“ zu explorieren und dabei zu ermitteln, wie sich das Angebot in diesen ausgewählten Kommunen in der Praxis darstellt. Dazu wurden in den Gesprächen, die im Durchschnitt 17 Minuten umfassten, unter anderem folgende Themen adressiert:

1. **Beratungsangebot:** Angebotsstrukturen; Art der Beratung; Zugangswege und Themenspektrum;
2. **Die Ratsuchenden:** Charakterisierung der Ratsuchenden; Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle (z.B. präventiv, reaktiv); typische Beratungsanlässe; Verlauf des typischen Beratungsprozesses in der Einrichtung.

Zur allgemeinen Beschreibung der Beratungseinrichtungen wurde zusätzlich im Nachgang der Interviews ein standardisierter Strukturfragebogen ausgefüllt (s. Anhang B). Die aufgezeich-

neten Gespräche wurden von den Studierenden transkribiert (s. Anhang D für die Transkriptionsregeln). Dafür wurden im Rahmen der EvH-internen Forschungsförderung Mittel bewilligt. Die Auswertung der Interviews folgte in Anlehnung an Kuckartz et al. (2008, S. 33ff.) einem inhaltsanalytischen Vorgehen. Die Aussagen der Interviews wurden paraphrasiert und strukturiert; das reduzierte Material wurde dann – z.T. im Austausch mit den Studierenden – interpretiert und zusammengefasst. Die Strukturdaten wurden mit Hilfe von Excel aufbereitet und ausgewertet.

3.2.1 Strukturelle Merkmale der Beratungseinrichtungen

Je zwei der Beratungseinrichtungen befinden sich in Trägerschaft der Kommune bzw. in geteilter Trägerschaft von Kommune und Wohlfahrtsverband. Die anderen beiden Beratungsstellen werden jeweils von einer Kranken- bzw. einer Pflegekasse getragen. Die Erreichbarkeit der Einrichtungen ist über verschiedene Optionen sichergestellt: Eine Kontaktaufnahme ist in allen befragten Einrichtungen persönlich, telefonisch und per E-Mail möglich. Zwei der Einrichtungen sind dazu auch per Fax, drei über ein Kontaktformular auf der Internetseite erreichbar. Alle Beratungseinrichtungen geben an, auch zugehend zu arbeiten, d.h. sie führen auch Hausbesuche durch.

Die Anzahl der Beratungskontakte pro Jahr variiert und wird von den Befragten auf 300 (Minimum) bis 1.800 (Maximum) Beratungskontakte geschätzt (Mittelwert: 1.250 Kontakte pro Jahr). In vier der sechs Einrichtungen handelt es sich dabei um ein- und mehrmalige Beratungskontakte, in jeweils einer Einrichtung um überwiegend mehr bzw. um überwiegend einmalige Kontakte. Case Management und Fallsteuerung werden in drei Beratungseinrichtungen angeboten (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Übersicht Beratungskontakte (pro Jahr/pro Fall) und Case Management (eigene Erhebung)

Beratungsstelle	Anzahl Beratungskontakte/Jahr	Anzahl Beratungskontakte/ Fall	Case Management/ Fallsteuerung
A	1.800	überwiegend einmalig	nein
B	1.631 (Bezugsjahr: 2017)	teils, teils	nein
C	1.000	teils, teils	ja
D	1.200 – 1.500	teils, teils	ja
E	900 (davon 450 terminierte Kontakte)	überwiegend mehrmalige	ja
F	275 - 680 ¹³	teils, teils	nein

Drei der befragten Einrichtungen geben an, zusätzlich zur Beratungsleistung auch weitere Angebote zu machen: (Informations-)Veranstaltungen (n=3), Arbeit mit lokalen Gruppen und Netzwerken (n=3), Vorträge (n=2), Schulungsangebote (n=1), Flyer (n=1) sowie mobile Beratung (n=1).

¹³ Angaben pro Beratungsstandort

Die personelle Besetzung der Beratungsstelle variiert zwischen einem_einer Mitarbeitenden in Voll- oder Teilzeit und bis zu drei Mitarbeitenden (davon einer Vollzeit- und zwei Teilzeitkräfte mit 30 Stunden). Die berufliche Qualifikation ist ebenfalls breit gestreut: Die Berater_innen sind Sozialarbeiter_innen mit Bachelor- oder Diplomabschluss, Diplom-Sozialpädagoge_innen, Erzieher_innen, Fachwirt_innen im Sozial- und Gesundheitswesen, Pflegefachkräfte, teilweise mit Weiterbildung als Pflegeberater_in, Demenzexpert_in (mit Masterabschluss) oder auch Sozialversicherungsfachangestellte. Häufig bestehen berufliche Mehrfachqualifikationen und zusätzliche fachspezifische Weiterbildungen (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Qualifikation der Mitarbeitenden (eigene Erhebung)

	Qualifikation der Mitarbeitenden (Mehrfachnennungen)
Soziale Arbeit/Sozialpädagogik/ Diplom-Pädagogik	5
Pflegefachkraft	3
Sozialversicherungsfachangestellte_r	2
Fachwirt im Sozial- und Gesundheitswesen	1
Master in Alter und Gesellschaft	1
Zusatzqualifikationen:	
Pflegeberater_in	4
AGH/§ 82b Betreuer_in	1
Demenzexpert_in	1

Die Beratungsstellen kooperieren alle mit verschiedenen und mit unterschiedlich vielen anderen Stellen. So liegt die Anzahl der von den Befragten benannten Kooperationspartner_innen zwischen vier und 13 Einrichtungen: Fünf der befragten Einrichtungen pflegen Kooperationsbeziehungen zum Fachbereich Altenhilfe, zum Sozialpsychiatrischen Dienst und/ oder zur Polizei; Kooperationen zu Betreuungsstellen, zu Krankenhäusern/ Ärzt_innen sowie zu Pflegeeinrichtungen werden von jeweils zwei Beratungsstellen benannt (vgl. Tab 8).

Tab. 8: Übersicht Kooperationspartner_innen (eigene Erhebung)

Kooperationspartner_innen	Anzahl (Mehrfachnennungen)
andere Beratungsstellen	6
Kommune: Fachbereich Altenhilfe	5
Kommune: Sozialpsychiatrischer Dienst	5
Polizei	5
Betreuungsstelle	2
Krankenhäuser; Ärzte	2
Pflegeeinrichtungen	2
Sonstiges: Ehrenamtsbüro; Pflegekassen (Kooperationsvertrag); Gesundheitsamt; Behindertenberatung; Reha-Einrichtungen; MDK; Gemeinden; Sportvereine/Stadtsportbund; Stadtteilläden; Amtsgericht; Schuldenberatung; Apotheken; Wohnbaugesellschaften; Versorgungsamt; Sozialamt	jeweils 1x genannt

3.2.2 Charakterisierung der Beratungseinrichtungen und ihrer Tätigkeit

In den Interviews wurden die Beratenden gebeten, die Beratungseinrichtung und die Beratungstätigkeit näher zu beschreiben. Dabei wurde u.a. nach den Zielgruppen und Adressat_innen der Beratung, nach dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme und nach dem Beratungsanlass gefragt. Ebenso wurden die Angebotsstrukturen und Themen der Beratung erfasst. Hintergrund hierfür ist, dass in der Forschung bislang kaum zwischen verschiedenen Nutzer_innengruppen in der Pflegeberatung, d.h. zwischen pflegenden Angehörigen und Hilfs- bzw. Pflegebedürftigen, differenziert wird, obwohl sich diese u.a. hinsichtlich der Beratungsanliegen unterscheiden (Englert et al. 2017, S. 626).

In der eigenen Befragung wurde diese Unterscheidung der Nutzer_innengruppen und ihre unterschiedlichen Anliegen von den befragten Beratenden wie folgt beschrieben: Zum einen wenden sich Betroffene, d.h. hilfs- und pflegebedürftige Menschen, an die Beratungsstelle. Dies sei vor allem bei noch geringem Hilfebedarf, wie leichten Einschränkungen in der Mobilität oder bei der Haushaltsführung, der Fall. Neben Vorsorgemöglichkeiten werden Informationen zu Haushaltshilfen oder Möglichkeiten der Unterstützung bei der Grundpflege (z.B. Hilfen beim Duschen) angefragt. Bei bereits umfangreichen Pflegebedarf wenden sich Betroffene und Angehörige z.T. gemeinsam an die Beratungsstellen; häufig nehmen auch nur die Angehörigen dieses Angebot wahr. Auch Freund_innen, Bekannte und Nachbar_innen kontaktieren die Beratungsstellen und geben z.B. Hinweise auf Beratungsbedarfe insbesondere alleinstehender und alleinlebender Personen. Zum Teil erfolgt dies auch durch Mitarbeitende verschiedener Institutionen (z.B. Sparkasse, Ärzt_innen, Apotheken, Polizei, andere Ämter), die Kontakt zu Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf haben.

Nach Einschätzung der befragten Berater_innen erfolgt eine **Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle** mehrheitlich reaktiv, d.h. in Akutsituationen (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt) oder nach Eintritt von oder bei Verschlechterung bereits länger bestehender Pflegebedürftigkeit:

„Das ist zweigeteilt. Also hauptsächlich zu 70 % - ist das reaktiv, das heißt da ist jemand pflegebedürftig, entweder Betroffene selber oder Angehörige kommen in die Beratung. (...). Die anderen 30% - wo es dann eher präventiv in der Beratung ist - das ist dann, wenn wir in der Öffentlichkeitsarbeit auftreten, mit den Ständen in den Städten sind in, auf einem Fest dabei sind oder bei einem Rollatoren-Trainingstag. (...). Aber hauptsächlich (70%), vielleicht auch schon 80% sind reaktiv, wo gerade ein Pflegefall zustande gekommen ist - was kann ich tun, was soll ich tun?“ (Int_2, Zeile 49-75).

„Eine präventive Beratung erleben wir so gut wie nie. Die Angehörigen und Pflegebedürftigen kommen eigentlich immer dann, wenn der Fall eingetreten ist. Wenn in einem Krankenhausaufenthalt auffällt, dass es nicht mehr funktioniert, oder wenn den Kindern zum Beispiel bei Demenzkranken auffällt, dass die Pflege- die pflegerische Versorgung oder die häusliche Versorgung nicht mehr so läuft wie man es gewohnt ist“ (Int_5, Zeile 102-106).

Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden der Generali Altersstudie 2017 (Generali Deutschland AG 2017). So zeigen sich in der Beschäftigung mit dem Thema „eigene Pflegebedürftigkeit“ unterschiedliche Haltungen und Umgangsweisen. Während ein Großteil der befragten

Älteren das Thema „Pflegebedürftigkeit“, solange es geht und möglich ist, hinauszögert, setzen andere darauf, frühzeitig und präventiv vorzudenken und individuelle Vorkehrungen zu treffen (ebd., S. 196f).

In der eigenen Erhebung werden unterschiedliche **Schwerpunkte der Beratungsanliegen** deutlich. Während es bei „reaktiven“, akuten Beratungsanliegen eher darum geht, pflegerische Versorgung zu initiieren oder längerfristig bestehende Pflegearrangements zu optimieren, stehen bei Anfragen mit präventiver Ausrichtung andere Themen Mittelpunkt. Dies zeigt sich zum Beispiel bei den Beratungsstellen, die ein mobiles Beratungsangebot mit Präsenz im Stadtteil vorhalten. Hier werden ganz allgemeine Fragen zu den eigentlichen Aufgaben und Themen der Beratungsstelle gestellt, aber auch das Thema Wohnen adressiert:

„Also, man könnte schon sagen, (...), dass man diese mobile Beratung, die wir anbieten, weil wir da schon auch bekannt sind in zwei Stadtteilen in [Stadt X], dass die [Ratsuchenden] da auch mal vorbeikommen. Dass die [Ratsuchenden] uns sehen. Dass sie dann schon mal da eben präventiv fragen: ‚Ja, was machen Sie überhaupt?‘, ‚Wann können Sie mir wie helfen?‘, ‚Meine Wohnsituation ist so und so‘ und da ist es eben auffällig, dass die Betroffenen selber dann auf uns zukommen und eben nicht die Angehörigen, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Von daher (...) hat man mit der dortigen Präsenz einen anderen Gesprächsansatz als hier im Büro“ (Int_4, Zeile 123-131).

Aber auch Menschen, die eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands antizipieren oder bei sich eine beginnende Hilfs- und Pflegebedürftigkeit feststellen, suchen nach Informationen u.a. zu Vorsorgevollmachten oder seniorengerechtem Wohnen. Zukünftig sei – so die Einschätzung einer_eines Interviewten – zu erwarten, dass sich Anfragen im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit noch stärker auf altersgerechte Wohnformen beziehen:

„Wenn ich jetzt perspektivisch in den nächsten fünf Jahren denke, werden folgende Themen präsent sein: Was gibt es für Wohnformen? Wie kann ich altengerecht wohnen? Welche Umbaumöglichkeiten habe ich? Da kommt das dann eher präventiv“ (Int_2, Zeile 71-73).

Die **Beratungsanlässe** sind einerseits vielfältig und erfordern eine je individuelle Betrachtung der Situation: *„Das ist sehr bunt. Ich würde sagen, es gibt nicht den Pflegefall“ (Int_2, Zeile 80)*. Andererseits lassen sich Gemeinsamkeiten feststellen und entsprechende Schwerpunkte ausmachen. Im Überblick sind dies u.a. folgende Themen:

- Umgang mit Pflegebedürftigkeit, Finanzierung und Organisation pflegerischer Versorgung (u.a. Tagespflege-/ Kurzzeitpflegeplatz), Unterstützung bei der Antragstellung und bei Widersprüchen (Einschätzung der Erfolgsaussichten, keine Rechtsberatung);
- eingeschränkte Mobilität und Gesundheit;
- eingeschränkte Möglichkeiten der Alltagsbewältigung, Haushaltsführung;
- eingeschränkte Möglichkeiten zur Teilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen außerhalb der eigenen Räumlichkeiten;
- Unterstützung bei sonstigen Anträgen: z.B. Beantragung eines Schwerbehindertenausweises;
- Vorsorge: Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung;
- Finanzielle Angelegenheiten: u.a. private (Miet-)Schulden.

Unterstützung bei behördlichen Angelegenheiten wird von den Ratsuchenden selbst, aber auch durch „Überweisung“ von anderen Diensten und Beratungseinrichtungen angefragt. Direkt von den Betroffenen werden auch „Vor-Anfragen“ gestellt, ob zum Beispiel eine Antragstellung im Rahmen der Pflegeversicherung erfolgreich sein könnte. Dies sei auch darin begründet, so der/die entsprechende Interviewte, dass es Betroffenen schwerfalle, den eigenen Pflegebedarf sich selbst und anderen gegenüber einzugestehen:

„(...), die Leute, die Kontakt zu uns aufnehmen, da ist ein akutes gesundheitliches Ereignis oder die Beobachtung, dass jemand abbaut und dann die Frage ‚Wie kann man Hilfen implementieren?‘ (...). Und da machen wir die Erfahrung, dass sowohl die Krankenkassen an uns verweisen, obwohl die ihre eigenen Pflegeberater haben, als auch die Sozialarbeiter oder auch die Kollegen hier im Haus. Das ist zum Beispiel die Frau [Wohnberatung], die dann an uns verweist und sagt: ‚Naja, Sie sind dann jetzt aber nicht mehr so gut zurecht, da gibt es die Pflegeberatung, die kann Ihnen bei der Antragstellung behilflich sein.‘ Oder überhaupt erstmal die Tatsache, das passiert auch immer häufiger: ‚Sie kennen sich mit dem Gesetz aus. Lohnt es sich überhaupt, jemanden vom MDK kommen zu lassen?‘ Das ist schon auch die häufige Nachfrage, weil die älteren Menschen es oft scheuen, ihre Pflegebedürftigkeit zu äußern beziehungsweise jemanden ins Haus zu lassen“ (Int_4, Zeile 159-171).

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen mit aktuellen Befunden anderer Untersuchungen überein. So heben Englert et al. (2017) hervor, dass die Beratungsanliegen der Nutzenden variieren und je nach Angebot unterschiedlich sein können. Im Kontext der gesetzlichen Beratungsangebote (§7a SGB XI) stehen einerseits Informationen zur Pflegeversicherung (Leistungen, Begutachtung, Optionen) sowie zu lokalen Pflegeangeboten im Mittelpunkt; zum anderen wird eine „Lotsenfunktion“ übernommen mit dem Ziel, häusliche Pflegearrangements zu optimieren und zu stabilisieren. Psychosoziale Beratungsanliegen kommen eher selten vor (Englert et al. 2017, S. 622). Demgegenüber werden in anderen Beratungskontexten andere Themen fokussiert, z.B. pflegepraktische Hinweise (§37 SGB XI), Informationen zum Krankheitsbild, Versorgungs-/Betreuungsangebote (z.B. mobile Demenzberatung). Deutlich wird, dass auch der Grad der Pflegebedürftigkeit und die Dauer der Pflegeübernahme (z.B. Pflegebeginn) die Beratungsanliegen beeinflussen. Psychosoziale Belastungen treten insbesondere in krisenhaften Situationen in den Vordergrund und werden damit auch beratungsrelevant (Englert et al. 2017). Ein Auslöser für die Inanspruchnahme von Pflegeberatung ist zudem häufig, dass pflegende Angehörige unterschiedliche Aspekte der häuslichen Versorgung als Überforderung erleben. Viele Langzeitpflegende wünschen sich zentrale und kontinuierliche Ansprechpersonen, die den Pflegeprozess begleiten (Englert et al. 2017, S. 623).

Die **Angebotsstrukturen** der Beratungseinrichtungen sind vielfältig und umfassen i.d.R. eine Kombination aus persönlicher, telefonischer oder internetgestützter Beratung, die durch Anfrage der Ratsuchenden an die Beratungsstelle initiiert wird („Komm-Struktur“). Alle Beratungsstellen arbeiten zudem auch aufsuchend, d.h. es werden Hausbesuche insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Mobilität durchgeführt. Darüber hinaus gehen manche Beratungsstellen auch häufiger Hinweisen Dritter, wie z.B. von Nachbar_innen, Freund_innen oder auch von Mitarbeitenden lokaler Dienste und Geschäfte, der Polizei oder städtischen Mitarbeitenden, nach und nehmen mit potentiellen Ratsuchenden Kontakt auf.

Die Ratsuchenden werden über unterschiedliche Wege auf das Beratungsangebot aufmerksam; zentrale Informationsquelle stellt die persönliche Empfehlung durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ dar, d.h. Hinweise auf das Beratungsangebot, die durch Freund_innen, Familie oder Bekannte gegeben werden. Weitere Hinweise erhalten Interessent_innen durch lokale Printmedien (u.a. Telefonbuch, Senior_innen-/ Pflege-Wegweiser/ Ratgeber oder onlinegestützte Informationen z.B. Internetseiten). Auch durch Pressearbeit, Flyer, öffentlichkeitswirksame lokale Veranstaltungen (z.B. der Polizei, Informationsstände in der Stadt, „Runde Tische“) und Vorträge werden mögliche Klient_innen auf das Beratungsangebot aufmerksam gemacht. Eine der befragten Beratungsstellen ist zudem durch ein mobiles Beratungsangebot in zwei Stadtteilen präsent und erreicht somit auch Menschen direkt „vor Ort“.

Aus den Gesprächen geht hervor, dass der **Themenzuschnitt** der Beratungsstellen zum Teil eng gefasst und auf die pflegerische Versorgung fokussiert ist: *„Das Thema Pflege steht tatsächlich im Vordergrund – eben alles“* (Int_2). Dem gesetzlichen Beratungsansatz gem. § 7a SGB XI Pflegeberatung folgend werden Ratsuchende in drei Beratungsstellen insbesondere

- zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung,
- zu Möglichkeiten der Beantragung von Leistungen,
- zu gesetzlichen Leistungsansprüchen (Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen, Zuweisung von Pflegegraden und Leistungshöhe SGB XI, XII),
- zu lokalen (Entlastungs-)Angeboten (u.a. Pflege-, Betreuungsdienste, Nachbar_innen, Freund_innen, Verhinderungspflege oder Pflegeheime)
- und zu Hilfsmitteln beraten.

Ergänzend werden z.T. Ernährungsberatung und die Schulung der Angehörigen in Bezug auf Pflorgetechniken (z.B. Lagerung, Hilfe beim Aufstehen) vorgehalten. Die Interviewten sehen sich in diesen Fällen auch als „Wegweiser“ in gesetzlichen und institutionellen Fragen, als eine Art „Pflegelotsen“, die Ratsuchenden Möglichkeiten zur Gestaltung und Bewältigung der Pflegesituation aufzeigen:

„Im Grunde genommen - wir sind zum Teil auch so ein ‚Wegweiser‘ durch die Behördenstruktur [sucht nach Worten], wer dann anschließend wo und welche Hilfen bekommen könnte“ (Int_4, Zeile 53-55).

„Also wir lotsen im Endeffekt auch“ (Int_4, Zeile 57).

„Lotsen – genau!“ (Int_4, Zeile 59).

In anderen Beratungseinrichtungen ist des Themenspektrum weiter gefasst. Ein_e Interviewte_r beschreibt dies mit *„Beratung für Menschen ab 60 Jahre, die in irgendeiner Form Unterstützung brauchen“* (Int_3, Zeile 30-31). Neben der pflegerischen Versorgung werden folgende Inhalte adressiert:

- Offene Altenhilfe: Freizeit- und Bildungsangebote, Alltagsgestaltung, Senior_innenfreizeiten;
- Finanzielle Angelegenheiten: Unterstützungsangebote bei der Antragstellung von Grundsicherung oder Wohngeld, Jobcenter, Rentenversicherung;
- Vorpflegerische Versorgung: Unterstützung im Haushalt und bei alltäglichen Verrichtungen;
- Vorsorge und Vollmachten;
- Schwerbehinderten-Belange (u.a. Unterstützung bei der Antragstellung);

- Gesundheit: ärztliche Versorgung;
- Wohnen: Wohnraum, Barrierefreiheit und Wohnraumanpassung, „Wohnungsnotfälle“;
- Stadtteilarbeit: Vernetzung im Stadtteil, Alltags- und Freizeitgestaltung, Prävention, Sportangebote;
- Zuständigkeiten: Information zur Zuständigkeit u.a. von Behörden und Einrichtungen.

3.2.3 Verständnis von Beratung

Um ein gemeinsames **Begriffsverständnis** innerhalb des jeweiligen Gesprächs zu bilden, wurde in den Interviews danach gefragt, welches Verständnis von Beratung die einzelnen Personen vor dem Hintergrund ihrer Tätigkeit in dieser Einrichtung haben. Mit einer einzigen Ausnahme – und einem Verweis auf die systemische und lösungsorientierte Beratung – erfolgte von den Interviewten kein Bezug auf bestimmte *theoretische* Ansätze der Beratungsarbeit. Das Beratungsverständnis der Befragten stellt sich sehr vielfältig dar und umfasst unterschiedliche Vorstellungen von und Merkmale der eigenen Beratungstätigkeit.

Beratung wird dabei als „eine Art Hilfestellung und Unterstützung“ definiert (Int_6, Zeile 22-23) in unterschiedlichen Lebenssituationen im Alter und zu unterschiedlichen Themen. Es wird dabei sowohl ein eng als auch ein weit gefasstes Beratungsverständnis skizziert, mit Variation zwischen einem Ansatz der reinen Information und Wissensvermittlung (z.B. lokale Unterstützungs- und Hilfeleistungen vorstellen, Informationen und Erläuterung zu SGB XI Leistungen geben und Voraussetzungen für den Leistungsbezug erklären) und einer längerfristigen Prozessbegleitung (vgl. auch Kap. 2). Diese orientiert sich im Sinne eines Case Managements an den Ressourcen und individuellen Problemlösefähigkeiten der Adressat_innen und umfasst u.a. folgende Aufgaben: Hilfestellung und Unterstützung geben, Beratung und Begleitung, Ressourcen des Gegenübers ermitteln, Versorgungsplan aufstellen, Problemlösungsmöglichkeiten bei dem_der Betroffenen selbst suchen und Person bis zum Ziel bzw. zum gewünschten Ergebnis begleiten.

Zentral und mehrfach von den Interviewten hervorgehoben wird der Prozess der gemeinsamen Feststellung des eigentlichen Beratungsanliegens sowie der Bedarfsermittlung und Entwicklung von Entscheidungshilfen im Gespräch. Aus Sicht der Beratenden gibt es keine vorgefertigten Lösungen, die den Ratsuchenden angeboten werden. Vielmehr geht es darum, in einem gemeinsamen Prozess herauszufinden,

- welche Hilfe oder Unterstützung aus Sicht des_der Ratsuchenden gewünscht wird oder erforderlich ist (auch: das tatsächliche Beratungsanliegen herauszuarbeiten),
- darauf bezogene praxisnahe, individuelle Entscheidungshilfen im Gespräch zu erläutern oder zu erarbeiten,
- Ressourcen der Ratsuchenden zu erkennen und einzubeziehen und Ratsuchende auf dem Lösungsweg zu begleiten.

„Vor allem geht es nicht darum, dass Jemand mit einem Problem zu mir kommt und ich habe dafür die Patentlösung. Ich schaue eher wo die Lösung bei dem_der Betroffenen selbst liegt und begleite die Person bis zum Ziel bzw. zum gewünschten Ergebnis“ (Int_2, Zeile 10-13).

„In der Beratung lasse ich den Menschen die ersten fünf bis zehn Minuten einfach mal schildern, was gerade sein Anliegen ist, wo wir gerade stehen und schaue dann wirklich

auf (...) die eigenen Ressourcen, mit denen ich auch weiterarbeite. Das ist eben immer ein ganz wichtiger Punkt für mich, dass ich nicht die Lösung vorgebe, sondern ein Ansatz aus der systemischen und lösungsfokussierten Beratung nutze: das Problem wird gewürdigt, aber ich möchte eigentlich eher mit den Menschen an ihrem Ziel arbeiten, dass sie da auf einem guten Weg sind und auch aus der Beratung mit einem ganz guten Gefühl gehen" (Int_2, Zeile 55-62).

„Mir fällt auf, dass Menschen mit Anliegen kommen oder einem vermeintlichen Problem, das aber nicht immer das eigentliche Problem ist. Man muss halt durch gezieltes Fragen herausfinden, was ist denn eigentlich der Kern des Anliegens. Dies steckt nicht immer im Problem selbst, sondern vielleicht in den Umständen drum herum und das ‚herauszukitzeln‘ und zu benennen, das ist so das Schwierige. Ich hoffe oder denke zumindest, dass mir das eigentlich ganz gut gelingt den Kern zu erkennen und damit den Menschen dann weiter dran zu arbeiten" (Int_2, Zeile 106-112).

Besonders wichtig ist es, dabei die Anliegen und Bedürfnisse sowohl des Menschen mit Pflegebedarf als auch der pflegenden Angehörigen zu differenzieren und zu beachten und jeweils in ihrem Interesse entsprechende Lösungen, ggf. unter Einbezug weiterer Unterstützungsangebote, zu erarbeiten:

„Menschen indem was sie wollen - das ist meistens selbständige Lebensführung erhalten - zu unterstützen, Unabhängigkeit zu erhalten so weit wie es eben geht. Angehörige zu unterstützen, sich selber nicht zu überfordern, auch Situationen zu ertragen/auszuhalten, Lebensqualität zu erhalten. Das ist wie ich mein Verständnis dazu habe. Ich setze das in der Praxis um und glaube, dass ich schon die Bedarfe der Menschen in den Mittelpunkt stelle und dann drumherum sowas wie einen Hilfeplan erstelle oder ein Beratungsangebot mache oder Verknüpfungen setze. Ich muss das nicht alles immer selber machen, aber ich schaue schon, wenn ich nicht helfen kann, wer stattdessen. Es geht immer darum, was die Leute wollen, dies immer zentral zu halten" (Int_3, Zeile 47-59).

Als übergeordnete **Ziele** der Beratungstätigkeit können folgende Aspekte aus den Interviews zusammengefasst werden:

- Verbleib in der Häuslichkeit: Mittels Beratung versuchen, dass die Betroffenen so lange wie möglich in ihrer Häuslichkeit verbleiben können.
- Unterstützung bei Fragen in verschiedenen Lebensbereichen, mit denen Ratsuchende nicht mehr zurechtkommen und Hilfe brauchen.
- Zukunftsthemen: Informationen zu Wohnformen, altengerechtem Wohnen, Umbaumöglichkeiten, d.h. Beratung mit präventiver Ausrichtung.

3.2.4 Herausforderungen in der Beratungstätigkeit

Aus Sicht der Interviewten begegnen diese in der Beratungspraxis in ihrer Einrichtung verschiedenen **Herausforderungen**. Dabei kristallisieren sich zum einen potentielle Problemfelder in der operativen Umsetzung des Beratungsprozesses heraus, zum anderen werden Spannungsfelder benannt, die strukturelle und konzeptionelle Schwächen der Beratungsangebote unterstreichen. Im Einzelnen sind folgende Themenbereiche zu benennen:

a) Pflegende und Menschen mit Pflegebedarf früher erreichen

Wie bereits beschrieben, erfolgt die Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle weit überwiegend reaktiv im Akutfall oder bei einschneidenden Veränderungen bereits (langfristig) bestehender Hilfs- und Pflegearrangements (z.B. infolge der Verschlechterung des kognitiven Zustands der zu Pflegenden). Das bedeutet, dass die Beratung oftmals (zu) spät angefragt wird, so dass eine eingeschränkte Unterstützung und Versorgungsdefizite entstehen können. Die möglichen Hilfen, Unterstützungsmöglichkeiten und gesetzlichen Ansprüche sind bei informell Pflegenden nur unzureichend bekannt:

„Ich stelle immer wieder fest, auch schon seit vielen Jahren, dass die Menschen oft wirklich zu spät kommen und fragen. Ich habe immer wieder Leute, die – wo die Angehörigen seit Jahren pflegebedürftig sind und es einen kleinen Beratungsanlass gibt und aus diesem kleinen Anlass ein ganz großes, langes Gespräch entsteht mit ganz vielen Aspekten und sie immer wieder sehr erstaunt sind, was die Pflegeversicherung alles in Masse zur Verfügung stellt. Und sie freuen sich immer, wenn sie dann plötzlich Dinge nutzen können, die sie eigentlich schon viel früher hätten nutzen können (oder sollen“ (Int_5, Zeile 123-129).

b) Wissen verstehbar aufbereiten und vermitteln

Eine weitere Herausforderung wird darin gesehen, das Wissen zu Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten adressat_innengerecht aufzubereiten (leichte/ verstehbare Sprache). Gerade im Zuge der leistungsrechtlichen Veränderungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade stelle sich die Vermittlung der neuen Ansprüche problematisch dar. Es bereite Ratsuchenden Probleme, die neue Einstufung nach Punkten zu verstehen, und auch die Leistungsinhalte – pflegerische statt hauswirtschaftliche Versorgung – seien nicht immer nachvollziehbar:

„Die Darstellung der neuen Pflegeversicherung bzw. die Leistung und die Eingliederung in die Pflegegrade. Da haben tatsächlich viele Probleme, das mit diesen Punkten auch zu verstehen und umzusetzen - aber auch immer noch nicht die Einsicht, dass es halt um Pflege geht und nicht um hauswirtschaftliche Versorgung. Das sind so die ersten Sachen, die schwerpunktmäßig auffallen, wenn es um das Thema Pflege geht“ (Int_1, Zeile 80-85).

c) Zeit und Kontinuität für Fallmanagement

Des Weiteren wird thematisiert, dass die zeitlichen Kapazitäten der Beratungsstellen eine kontinuierliche Begleitung der Ratsuchenden im Sinne eines Fallmanagements oftmals nicht zulassen. Seitens der Interviewten wird gewünscht, in der Versorgungsgestaltung aktiv werden zu können und den Beratungs- und Versorgungsverlauf und -ausgang verfolgen und begleiten zu können. Nicht selten entstehe der Eindruck, dass die reine Bereitstellung von Information die Ratsuchenden überfordere. Ungewiss bleibe, ob die Informationen tatsächlich zur Problemlösung beitragen und genutzt werden:

„Also, die [Ratsuchenden und Betroffenen] mehr ans Händchen zu nehmen. Die Betroffenen bekommen [von uns] eine Information und dann hat man oft [sucht nach Worten], also für sich [als Berater] hat man dann hinterher nur ‚Köpfe‘ [Ratsuchende oder Betroffene]. Man [...] weiß, welcher Pflegedienst sich da verbirgt, aber der Betroffene selber, der hat

eben – [sucht nach Worten] – das ist für ihn nicht mit Inhalt gefüllt und dann weiß man [als Berater] nicht: Macht er [der Ratsuchende oder Betroffene] da weiter oder nicht?“ (Int_4, Zeile 206-212).

„Aber auch hier verweisen wir, wenn wir merken, dass es eine alleinstehende Person ist, die dann mit allem überfordert ist, [...] auf unsere Beratungsstelle für ältere Menschen. Da haben wir eine Sozialarbeiterin, die dann unter Umständen auch ein Erstgespräch führt und wenn da auch festzustellen ist, dass die Person mit allem überfordert ist, dass man da dann vielleicht auch eine Betreuung auf den Weg bringt“ (Int_4, Zeile 213-217).

d) Spannungsfelder

Potenzielle Probleme ergeben sich aus strukturellen und konzeptionellen Schwächen der Beratungsangebote. Interviewte, die in Einrichtungen mit einem breit gefassten Angebot tätig sind, thematisieren, dass die Abgrenzung der eigenen Tätigkeit in der Senior_innenberatung zu anderen Angeboten nicht immer eindeutig und diesbezügliche Absprachen anspruchsvoll seien. Auch die zeitlichen Ressourcen für Beratungsangebote seien aufgrund der weiteren zusätzlichen Aufgaben und Angebotsbereiche knapp bemessen, insbesondere dann, wenn man auch aufsuchend arbeite. Eine weitere Herausforderung für die Zusammenarbeit mit den an den jeweiligen Pflegearrangements beteiligten Institutionen (z.B. Krankenkassen) ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Der Austausch von Informationen erfordert die Einwilligung der Ratsuchenden; diese muss von Beratenden für die unterschiedlichen Institutionen eingeholt werden:

„Und da muss man schon sagen, auch wenn es jetzt vielleicht nicht Inhalt sein sollte der Beratung, dass im Rahmen des jetzt - (sucht nach Worten) Datenschutzes, der jetzt eben so genau kontrolliert wird, diese Zusammenarbeit mit den Krankenkassen jetzt doch etwas schwieriger geworden ist. (...), man muss jetzt immer den Angehörigen mit dabei haben beziehungsweise entbunden werden von der Schweigepflicht. Also das erschwert schon die Arbeit“ (Int_4, Zeile 182-187).

3.2.5 Ein erstes Fazit aus den qualitativen Befragungsdaten

In der eigenen Befragung spiegelt sich die Vielfalt der Beratungslandschaft in NRW wider (vgl. Kap. 2). Zudem wird (Pflege-)Beratung von den Ratsuchenden überwiegend in Reaktion auf kritische (Pflege-)Situationen – sowohl infolge akuter Ereignisse als auch aus dem Kontext langjähriger Pflegearrangements – aufgesucht. Die Beratungsanlässe sind vielfältig und beziehen sich einerseits darauf, infolge akuter Ereignisse/ Krankheitsereignisse pflegerische Versorgung zu initiieren oder längerfristig bestehende Pflegearrangements zu optimieren. Andererseits stehen bei Anfragen mit präventiver Ausrichtung verschiedene Themen Mittelpunkt, insbesondere Fragen zur Gestaltung des Wohnens sind hier von Bedeutung. Neben einmaligen Informationsgesprächen werden auch längerfristige Begleitungen im Sinne eines Fallmanagements durchgeführt. Aus Sicht der Beratenden gestalten sich die Rahmenbedingungen für langfristige Begleitungen unterschiedlich, je nach Ansiedlung und nach personeller Ausstattung der Beratungseinrichtung. Ratsuchende Menschen und potentielle Interessent_innen möglichst frühzeitig zu erreichen und dann auch über den Verlauf der Pflegesituation kontinuierlich begleiten zu können werden von den Beratenden als Herausforderung und Ziel genannt.

In Bezug auf die Qualitätskriterien für Pflegeberatung (vgl. Kap. 2.5) kann die hier beispielhaft untersuchte Beratungstätigkeit entsprechend verortet werden. Anhand der vorliegenden Gesprächsdaten ist zu vermuten, dass Schwächen in der theoretisch konzeptionellen Fundierung bzw. im Theorie-Praxis-Transfer bestehen. Allerdings wurde zur fachlichen Fundierung der Beratungsarbeit kein weiteres Material angefragt oder zur Verfügung gestellt (z.B. entsprechende Dokumente der Beratungseinrichtungen oder des Trägers, die die Grundlagen der Beratungsarbeit definieren), so dass hierzu keine weiteren Aussagen gemacht werden können und weiterer Forschungsbedarf besteht.

Im Rahmen der Interviewauswertung und Interpretation der Daten mit den Studierenden wurde zudem auf weitere Herausforderungen und Qualitätsaspekte hingewiesen. So zeige sich in der Beratungspraxis, dass klare Stellenbeschreibungen für die Beratenden fehlen und infolgedessen der Auftrag der Beratung nicht selten unklar sei. Die hier zu verzeichnenden Unschärfen im Stellen- und Aufgabenprofil der Berater_innen („Wo fängt Beratung an, wo hört Beratung auf?“) sind in enger Verbindung mit zwei in der Befragung genannten Herausforderungen zu sehen: Beratende agieren oftmals unter Zeitdruck, der durch eben diese fachlich-inhaltlichen Unklarheiten weiter verschärft werden kann. Des Weiteren sind sie mit „unwissenden“ Ratsuchenden konfrontiert (in Bezug auf Angebotsstrukturen und Organisation von Versorgungsarrangements), die auf eine professionelle Beratung angewiesen sind. Hier besteht zukünftig weiterer Handlungs-, Forschungs- und Klärungsbedarf, um Beratende vor Ort in ihrer Tätigkeit zu unterstützen und Ratsuchenden ein optimales Angebot bereit zu stellen. Einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung der Arbeit in (Pflege-)Beratungsstellen leisten in NRW derzeit die zwölf Regionalbüros „Alter, Pflege und Demenz“. Diese haben u.a. die Aufgabe, eine unabhängige, kompetente und objektive Pflegeberatung weiterzuentwickeln. Die landesweit etablierten Regionalbüros organisieren dazu Möglichkeiten zu kooperativem Austausch der Pflegeberatungsstellen sowie Informations- und Qualifikationsangebote (KDA 2021).

4 Was die Studierenden sagen

Dieses Forschungsprojekt wäre nicht durchführbar gewesen ohne die Motivation, Mitwirkung und Initiative der das Begleitseminar besuchenden Studierenden. An dieser Stelle sei daher einigen von ihnen der Raum gegeben, die eigenen Erfahrungen mit dem Seminar, dem Forschungsprojekt und den Inhalten zu reflektieren und festzuhalten. Stellvertretend für alle Seminareteilnehmenden danken wir den folgenden vier Studierenden für ihren jeweiligen Bericht.

4.1 Bericht zum Bachelor&More-Seminar und Forschungsprojekt „Alt werden, Pflege benötigen?“ (Francesco Cavallo, Studierender im BA Gesundheits- und Pflegemanagement an der EvH R-W-L)

Beim Stöbern auf der Webseite unserer Hochschule bin ich durch einen Artikel zum Thema Pflegeberatung (EvH R-W-L 2018) auf das klein angelegte wissenschaftliche Forschungsprojekt in dem Bachelor&More- Seminar (EvH R-W-L, o.J.) von Frau Prof. Dr. Lehmann und Frau Prof. Dr. Kuhlmann aufmerksam geworden.

Da ich vor Beginn meines Studiums bereits mehrere Jahre in einer Beratungsstelle arbeitete und ich mich derzeit nebenberuflich in der Weiterbildung zum Pflegeberater befand, kam mir das Angebot des Bachelor&More- Seminars (EvH R-W-L o.J.) unserer beiden Professorinnen wirklich sehr gelegen. Mich hat daran besonders interessiert, meine eigene fachliche Perspektive und Erfahrung um die der Bürger_innen und Kolleg_inn_en im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts ergänzen zu können. Zudem hatte ich gerade das Pflichtmodul Propädeutik in meinem Studiengang abgeschlossen, weshalb es für mich sehr nahelag, meine neugewonnenen theoretischen Erkenntnisse über quantitative und qualitative Erhebungsmethoden in der Praxis umzusetzen. Bei meiner Planung für das Sommersemester 2018 stellte ich – da ich einige Module bereits vorzeitig abgeschlossen hatte – fest, dass dafür sogar Kapazitäten frei waren und ich mich somit für das Bachelor&More-Seminar (EvH R-W-L o.J.) anmelden konnte.

Bei unserem ersten Projektgruppentreffen im April lernten wir uns zunächst persönlich kennen und klärten das Projektdesign und die Erhebungsmethoden. Was mir bei dem ersten Treffen gut gefiel war das große Interesse und die hohe Motivation meiner Kommiliton_inn_en aus den Studiengängen Soziale Arbeit, Pflegewissenschaft und Gesundheits- und Pflegemanagement. Aufgrund der unterschiedlichen Studiengänge war die Gruppenzusammensetzung in diesem Punkt sehr heterogen. Unsere Projektgruppe setzte sich auch aus unterschiedlichen Alters- und Berufsgruppen (z.B. Pflegeberater_innen der Krankenkasse, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter_innen, Sozialversicherungsfachangestellte) zusammen, sodass jede_r einen anderen fachlichen und persönlichen Blick auf unsere Fragestellung mitbrachte und sich eine fruchtbare Grundlage für Diskussionen eröffnete. Die kleine Gruppengröße von fünf Studierenden und zwei Professorinnen empfand ich in den Diskussionen und der Zusammenarbeit als sehr angenehm.

Unter Anleitung von Frau Prof. Dr. Lehmann und Frau Prof. Dr. Kuhlmann entwickelten wir in unseren zweiwöchentlichen Seminaren zunächst einen standardisierten Fragebogen für die

Bürger_innenbefragung: Wir bekamen dazu viele hilfreiche und praktische Tipps sowie fachlichen ‚Input‘ von den Professorinnen und nahmen bei der Erstellung der standardisierten Fragebögen das Onlinetool „Sozialplanung für Senioren“ der Bertelsmann-Stiftung (Bertelsmann Stiftung 2015) zu Hilfe. Der darauffolgende Pretest zeigte kleine Verbesserungsmöglichkeiten auf, da wir in unserer recht überschaubaren Projektgruppe aber äußerst lösungsorientiert und konstruktiv zusammenarbeiteten, fanden wir sehr schnell einen Konsens und konnten mit unseren Bürger_innenbefragungen starten. Nachdem die ordnungsamtlichen Genehmigungen der angefragten Städte und Kreise vorlagen, kamen unsere Fragebögen zum Einsatz und ich hatte in den Einzelinterviews mit Bürger_inne_n der Stadt Bochum die Möglichkeit, nicht nur unsere Fragen innerhalb der anonymen Befragung beantwortet zu bekommen, sondern auch sehr viel Persönliches von den befragten Bürger_innen bezüglich ihrer Lebenswelten, Biographien und Haltungen/ Einstellungen zum Thema Pflege zu erfahren. Auch konnte ich bei der Bürger_innenbefragung in eine für mich völlig neue Rolle wechseln: Saß ich -bildlich gesprochen- beruflich doch stets als ‚Fachmann‘ an der gegenüberliegenden Seite des Tisches in der Beratungsstelle, welcher stets die Antworten ‚parat‘ hatte, so war ich nun als Studierender des Forschungsprojektes, welcher die Antworten auf seine Fragestellung bei den Bürger_innen suchte, unterwegs. Die Auswertung der Fragebögen wurde von Frau Prof. Dr. Lehmann in Excel durchgeführt, sie veranschaulichte uns dabei die einzelnen Schritte und beteiligte uns an der Auswertung. Der Auswertungsprozess erfolgte in der Projektgruppe, was ich aufgrund unserer unterschiedlichen Perspektiven auf die Fragestellung als sehr förderlich empfand.

Der zweite Teil des wissenschaftlichen Forschungsprojektes, die Befragung der Expert_innen, wurde explorativ erhoben, um mehr von der alltäglichen Arbeit der Pflegeberater_innen und den für sie wichtigen Themen zu erhalten. Parallel zu den Bürger_innenbefragungen konzipierten wir einen Fragebogen für Mitarbeiter_innen ausgewählter Pflegeberatungsstellen mit den Zielen, Erkenntnisse über die Themenspektren, Zugangswege, Beratungsanlässe, Beratungszeitpunkte, Erfahrungen der Pflegeberater_innen und Zusammenhänge zur Bürger_innenbefragung (vor allem bezüglich der Beratungsbedarfe und -anliegen) zu erhalten. Der Fragebogen bestand aus zwei Teilen: Dem (problemzentrierten) Interviewleitfaden mit offenen Fragen und einem Kurz-Fragebogen zu den Strukturdaten der Beratungsstelle. Der Pretest fiel positiv aus. Zuvor wurde eine Stichprobe von offiziell gelisteten und anerkannten Pflegeberatungsstellen nach dem SGB XI und APG NRW gezogen, welche im Internet über die einschlägigen Seiten der Pflegekassen und Kommunen/Kreise relativ einfach aufzufinden sind. Leider sagten uns einige angefragte Pflegeberatungsstellen aus diversen Gründen ab, auch die Terminfindung mit den teilnehmenden Pflegeberatungsstellen gestaltet sich nicht einfach, weshalb sich der Befragungszeitraum über mehrere Wochen zog. Ich selbst konnte drei Interviews mit Mitarbeiter_innen aus lokalen Pflegeberatungsstellen führen. Die Interviews wurden mit Audiogeräten aufgezeichnet und dauerten circa 15-30 Minuten. Zusammengefasst kann ich sagen, dass die durchgeführten Interviews sehr aufschlussreich, offen und angenehm waren. Die teilnehmenden Beratungsstellen zeigten zudem großes Interesse für unser Forschungsprojekt und nutzten darüber hinaus die Gelegenheit zum fachlichen Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis. Während unserer Seminartreffen bestand seitens Frau Prof. Dr. Kuhlmann das Angebot die Interviews in der Kleingruppe zu reflektieren, was ich gerne nutzte und als sehr angenehm empfand. Meine Interviews konnte ich auch nach vorgegebenen Regeln selbst transkribieren (vgl. Kuckartz et al. 2008), was mir sehr gut gefiel, da ich so

den Prozess von der Planung, über die Datenerhebung/Durchführung bis hin zur Auswertung lückenlos verfolgen und durchführen konnte. Die erste Auswertung der transkribierten Interviews fand in einer qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Ramsenthaler 2013) gemeinsam in der Projektgruppe statt, was die Formulierung von Kategorien aus meiner Sicht wesentlich vereinfachte. Hier zeigte sich für mich ein direkter Theorie-Praxis-Transfer der Inhalte des Pflichtmoduls Propädeutik in die wissenschaftliche Arbeit des Forschungsprojekts. Somit wurden viele theoretische Inhalte des Moduls erst verständlich und ich wurde in die Lage versetzt, Anwendungsmöglichkeiten zu finden.

Rückblickend hat mir die Teilnahme an dem wissenschaftlichen Forschungsprojekt im Bachelor&More-Seminar sehr viel gebracht. Ich konnte Inhalte aus den Vorlesungen in der Praxis unter Anleitung umsetzen und habe dabei viel gelernt. Die positive und sehr persönliche Lernatmosphäre in der Projektgruppe habe ich als sehr angenehm und erholsam empfunden. In der Projektgruppe gab es keine strengen Rollenverteilungen, was die Zusammenarbeit sehr erleichterte und offene Diskussionen auf ‚Augenhöhe‘ ermöglichte. Überhaupt war die Wertschätzung untereinander sehr hoch. Immer wieder sehr hilfreich waren auch die theoretischen ‚Inputs‘ von Frau Prof. Dr. Lehmann und Frau Prof. Dr. Kuhlmann, die mein vorhandenes Wissen auffrischten oder ergänzten. Zudem brachten sie uns unserem Projektziel immer wieder ein Stückchen näher und gaben uns viele Inspirationen für die weitere Arbeit am Thema ‚Pflegerberatung‘. So könnte ich mir sehr gut vorstellen, meine Bachelorarbeit dem Thema anzuschließen und die Ergebnisse des Forschungsprojekts mit einfließen zu lassen.

Literatur:

- BERTELSMANN-STIFTUNG (2015): *Sozialplanung für Senioren*. Download unter: <http://www.sozialplanung-senioren.de/frageboegen-bausteine/frageboegen-nach-themenfeldern/index.html?L=0%2F%2F%2F%5C%5C%5C%5C%5C%5C%27tyle.display> – aufgerufen am 25.10.2018.
- EvH R-W-L (2018): *Forschungsprojekt zum Thema Pflege im Alter*. Download unter: <https://www.evh-bochum.de/artikel/forschungsprojekt-zum-thema-alt-werden-pflegebenoetigen.html> - aufgerufen am 25.10.2018.
- EvH R-W-L (o. J.): *Bachelor & More*. Download unter: <https://lv.evh-bochum.de/vlvss2018/lv.php?zuordnung=BA+%26+More+1> – aufgerufen am 25.10.2018.
- KUCKARTZ, Udo / DRESING, Thorsten / RÄDIKER, Stefan / STEFER, Claus (Hrsg.) (2008): *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: Springer.
- RAMSENTHALER, Christina (2013): Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“ In: SCHNELL, Martin W. / SCHULZ, Christian / KOLBE, Harald / DUNGER, Christine (Hrsg.): *Der Patient am Lebensende. Eine Qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer, S. 23-42.

4.2 Nachbetrachtung zum Seminar „Alt werden, Pflege benötigen?“ (Michael Frenzel-Simon, Studierender im BA Pflegewissenschaft an der EvH R-WL & Christian Frenzel, Studierender im BA Soziale Arbeit an der EvH R-WL)

Wir beide (Michael Frenzel-Simon, Kranken- und Gesundheitspfleger, und Christian Frenzel, Pflegeberater) haben einen direkten Bezug zu diesem Thema aus beruflicher Sicht. Durch die Teilnahme am Seminar haben wir uns beide erhofft, einen vertiefenden Einblick in das Thema aus gerontologischer Sicht unter Mitwirkung interdisziplinärer Teilnehmer_innen zu erhalten. Dieser Wunsch wurde in mehrerlei Hinsicht erfüllt: zum einen durch die fachlichen Kompetenzen der Lehrenden Frau Prof. Dr. Alexandra Lehmann und Prof. Dr. Andrea Kuhlmann, zum anderen durch die Teilnahme von Kommiliton_innen, die bereits in unterschiedlichen Berufsfeldern tätig sind und somit die Lehrveranstaltungen multiprofessionell machen. Auch der Einbezug des Projekts „KoNaP“¹⁴ hat dazu beigetragen, dass wir Studierende aktiv in die Entwicklung der Pflegelandschaft mit eingebunden werden – durch Fragebögen-Aktionen in verschiedenen Städten zum Thema „Stichwort Pflege im gesellschaftlichen Kontext“. Durch intensiven Austausch mit allen Beteiligten konnten erste Ergebnisse veröffentlicht werden, inwieweit Menschen sich in unserer Bevölkerung bereits mit diesem Gebiet persönlich oder durch andere auskennen und teilweise davon selbst betroffen sind. Die Auswertung zeigt, dass Pflege ein Begriff ist, der viele begleitet, aber immer noch zu wenig öffentlich angesprochen wird - die vorhandene Beratungslandschaft sollte auf Grund des Bedarfes entsprechend weiter ausgebaut werden. Der „Pflegewegweiser NRW“ des Projekts „KoNaP“ bietet einen ersten Ansatz hin zu mehr Informationen, an denen Beratung abgerufen werden kann. Das Seminar „Alt werden, Pflege benötigen?“ stellt aus unserer beider Sicht eine sinnvolle Ergänzung des Lehrangebotes der Ev. Hochschule RWL dar, um sich mit dem demografischen Wandel und den daraus ergebenden Tatsachen intensiver auseinanderzusetzen und sollte daher auch in folgenden Semestern erneut Einzug in das Bachelor&More-Programm finden.

4.3 Bericht zum Bachelor&More-Seminar und Forschungsprojekt „Alt werden, Pflege benötigen?“ (Karin Hennig-Häde, Studierende im BA Soziale Arbeit an der EvH R-WL)

Im Sommersemester 2018 belegte ich das Modul 4.2 „Menschen in der zweiten Lebenshälfte“. In dem Ankündigungstext meiner Lehrveranstaltung in 4.2 LV1 wurde darauf verwiesen, dass zu dieser ein Begleitseminar im 14-tägigen Wechsel zu der LV 1 im Bachelor&More-Programm angeboten wurde. Da ich etwas mehr Freiraum im SoSe 2018 hatte, beschloss ich, mich einfach auf die geforderte aktive Mitarbeit einzulassen. Im Propädeutik-Seminar bei Herrn Prof. Dr. Mücher im WS 17/18 hatte ich mit anderen Studierenden einen Leitfaden zu dem Thema „Altwerden im Stadtteil“ bereits entwickelt, um Interviews mit Menschen aus dem Haus der Begegnung in Bochum zu führen und die Interviewergebnisse in einer das Modul abschließenden Hausarbeit auszuwerten. Ich sah im Bachelor&More die Möglichkeit, die qualitative und quantitative Forschung für mich ohne „Prüfungsanforderungen“ erlebbar zu machen und wissenschaftliche Methodenkenntnisse zu vertiefen. Zum anderen erhoffte ich mir persönlich (ich

¹⁴ Zum Hintergrund des Projekts KoNaP: s. entsprechende Ausführungen in Kap. 1.

bin Studierende eines älteren biologischen Semesters) eigene Ideen und Möglichkeiten für eine Zukunftsgestaltung zu bekommen, aber auch ein Netzwerk kennenzulernen, an das ich mich bei auftauchenden Fragen wenden kann. Ich komme aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, sodass das Thema „Alt werden und Pflege benötigen“ zumindest beruflich noch kein Thema war. Im April begann das Seminar, moderiert von Frau Prof. Dr. Lehmann und Frau Prof. Dr. A. Kuhlmann, mit einer Einführung in das Thema und einer Übersicht zu dem Forschungsprojekt. Eingeladen waren zudem zwei Referenten, die beide an dem Projekt „KoNAP“ mitwirken und unsere kleine Gruppe von Teilnehmenden über die Initiierung, Aufgaben und Ziele des Pflegewegweiser NRW informierten.

Eine Befragung durchzuführen beginnt in kleinen Schritten. Wie, was und wer soll befragt werden? Unser Ziel war ein standardisierter Fragebogen für eine Bürger_innenbefragung in Fußgängerzonen zum Thema „Wissen und Einstellungen zum Thema ‚Alter und Pflege‘“ an verschiedenen Standorten. Als Vorlage diente uns ein bereits standardisierter Fragebogen aus der „Sozialplanung für Senioren“ der Bertelsmann-Stiftung (2015). Unter der Anleitung unserer Dozentinnen, aber auch aus der Berufserfahrung aus der Gruppe heraus (Pflegeberater_innen, Pflegefachkräfte), wurde ein Prototyp eines Fragebogens entwickelt, der von uns in Eigenanwendung hinsichtlich des Sinns und der Dauer der Befragung getestet wurde. Konstruktiv wurde diskutiert, was in den finalen Fragebogen kommen soll.

Neben der Bürger_innenbefragung, zu der wir uns eine behördliche Genehmigung vom Ordnungsamt einholten, sollten zudem Mitarbeitende in ausgesuchten Pflegeberatungsstellen anhand unserer konzipierten Leitfragen interviewt werden, um Kenntnisse aus ihrem täglichen „Beratungsalltag“ zu gewinnen. Das Ziel war mit folgendem Forschungsinteresse ausgewählt: „Wie stellt sich das Pflegeberatungsangebot in der Praxis dar?“ Inhaltlich gab es drei Themenblöcke:

1. Verständnis von Beratung, Angebotsstrukturen und Themenspektrum in der Beratung.
2. Kontaktaufnahme und Beratungsanlässe
3. Gewalt(-erfahrungen) in der Pflege

Mein Interview mit einer_m Pflegeberater_in eines Pflegestützpunkts dauerte ca. 25 Minuten. Abschließend füllte ich mit der_m Pflegeberater_in einen Struktur-Kurz-Fragebogen beziehend auf die Einrichtung aus. Die Bürger_innenbefragung in der Fußgängerzone führten ein Kommilitone und ich gemeinsam durch. Es wurden nicht nur die Fragen abgehakt, sondern es ergaben sich auch Gespräche, in denen die Befragten zum Teil aus ihrem Leben erzählten. Wir erfuhren so auch von einzelnen ganz konkreten Schicksalen. Aus den Biografien einzelner zu hören und deren Ansichten zum Thema Altwerden und Umgang mit Pflege zu erfahren fand ich persönlich aufschlussreich.

Bei der Auswertung der Fragebögen nahm uns Frau Prof. Dr. Lehmann mit in das Prozessgeschehen hinein und veranschaulichte für uns die Vorgehensweise im Seminar, indem wir uns als Gruppe bei der Auswertung beteiligen konnten. Von Frau Prof. Dr. Kuhlmann gab es eine inhaltliche Zusammenfassung zur Transkription und deren Auswertung (vgl. Kuckartz et al. 2008, S. 27f) und einen Überblick zur qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Ramsenthaler 2013). Gemeinsam gingen wir ein transkribiertes Interview durch, um die Theorie in der Praxis anzuwenden und an den Formulierungen der Kategorien zu arbeiten.

Dadurch, dass das Bachelor&More-Seminar 14-tägig stattfand, war es überschaubar und gut planbar. Die Zusammenarbeit mit meinen Kommiliton_innen war eine Bereicherung und von großer Akzeptanz geprägt. Gut gefallen hat mir auch, dass die Professorinnen uns mit viel Engagement mit ins Thema genommen haben und durch beide die „Forschung“ lebendig gemacht worden ist.

Zusätzlich bekamen wir Zeitungsartikel oder Textauszüge aus der Fachliteratur, die thematisch zu unserem Thema passten und so eine gute Ergänzung boten, sich in die Fragestellung „Alt werden, Pflege benötigen?“ einlesen zu können. Das Seminar war eine Bereicherung, gehe ich jetzt doch mit offeneren Augen durch eine noch nicht barrierefreie Umwelt. Ebenso plane ich, mein Praxissemester mit „Menschen in der zweiten Lebenshälfte“ zu absolvieren. Es war eine hilfreiche Ergänzung zu dem Pflichtmodul Propädeutik zu Beginn meines Studiums. Jenes musste belegt werden, das Bachelor&More-Seminar wurde von mir aus Neugierde und Interesse belegt, hat mein Wissen vertieft und mich für ein Thema sensibilisiert: Wer nicht früh stirbt, wird alt und spätestens dann wird „Alt werden und Pflege benötigen“ zum Thema. Vorher kann es natürlich durch eine gute wissenschaftliche Arbeit auch in die Arbeitsfelder einfließen, um sich zeitnah und aktuell an den Bedürfnissen der alternden Gesellschaft zu orientieren.

Literatur:

BERTELSMANN-STIFTUNG (2015): *Sozialplanung für Senioren*. Download unter:

<http://www.sozialplanung-senioren.de/frageboegen-bausteine/frageboegen-nachthemenfeldern/index.html?L=0%2F%2F%2F%2F%5C%5C%5C%5C%5C%5C%5C%27tyle.display> – aufgerufen am 12.11.2018.

KUCKARTZ, Udo; DRESING, Thorsten; RÄDIKER, Stefan; STEFER, Claus (Hrsg.) (2008): *Qualitative Evaluation*. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: Springer.

RAMSENTHALER, Christina (2013): Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse?“ In: SCHNELL, Martin W.; SCHULZ, Christian; KOLBE, Harald; DUNGER, Christine (Hrsg.): *Der Patient am Lebensende. Eine Qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer, S. 23-42.

5 Mehr als ein Fazit aus dem Seminar

„Pflegebedürftigkeit im Alter verändert den Alltag in vielfältiger Weise“ (Heusinger, 2018, S. 373) – so kurz und knapp lassen sich die Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt „Alt werden – Pflege benötigen?!“ zusammenfassen. Das abschließende Fazit aus dem Seminar lässt sich auf zwei Ebenen ziehen. Da ist zum einen die inhaltliche Auseinandersetzung (älterer) Menschen mit dem Thema (eigene) Pflegebedürftigkeit und eigenen Vorstellungen und Wünschen zu Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten. Besonders wichtig erscheint dabei, wie zukünftig frühzeitige und präventive Beratung in dieser Thematik erfolgen kann und auch soll(te). Zum anderen stellt sich die Frage nach den Schlussfolgerungen, die wir als Lehrende aus der Durchführung dieses Lehrforschungsprojektes für unsere weitere Lehre an der Ev. Hochschule RWL ziehen. Dieses letzte Kapitel des Forschungsberichts ist daher auch in zwei Bereiche unterteilt – einen inhaltlich-auswertenden der Forschungsergebnisse und einen organisatorisch-strukturellen der weiteren Lehr-Lern-Gestaltung.

Ein Fazit aus inhaltlicher Perspektive

Die Befragungen im Rahmen des Lehrforschungsprojektes bestätigen die Vielfalt der aktuellen Angebotsstrukturen in NRW und stimmen mit Erkenntnissen zur Inanspruchnahme von Beratung durch pflegende Angehörige und Menschen mit Pflegebedarf überein. Die Ergebnisse zeigen auf, dass eine möglichst frühzeitige Information „rund um das Thema Pflege“ und auch eine präventive Beratung wünschenswert, aber weiterhin voraussetzungsvoll sind. In den eigenen Befragungen zeigen sich folgende Herausforderungen, denen zukünftig zu begegnen ist:

- Auch wenn eigene Pflegeerfahrung vorliegt, setzen sich (ältere) Menschen selten proaktiv und präventiv damit auseinander, welche Hilfe und Unterstützung sie bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit für sich wünschen.
- Lokale Angebote der (Pflege-)Beratung, (vor-)pflegerische und komplementäre Dienste (u.a. hauswirtschaftliche Dienstleistungen) sowie gesetzliche Leistungsansprüche sind vielen (älteren) Menschen nicht ausreichend bekannt.
- Strukturelle Rahmenbedingungen und personelle Ausstattung von (Pflege-)Beratungseinrichtungen begrenzen eine oftmals wünschenswerte und erforderliche langfristige Begleitung Ratsuchender.
- Vielfältige Bedarfe der unterschiedlichen Ratsuchenden – der pflegebedürftigen Menschen selbst wie der pflegenden Angehörige – sind differenziert zu betrachten. Unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen sind bedarfs-/ bedürfnisgerechte Lösungen gemeinsam mit dem Ziel zu entwickeln, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Selbstbestimmung zu fördern.

Auch wenn mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments mittlerweile eine Abkehr von der rein verrichtungsbezogenen Pflege erfolgte, spiegelt sich diese Veränderung noch nicht in der Wahrnehmung der Befragten wider. Diese bemängeln zudem, dass Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehe und die Würde des älteren zu pflegenden Menschen dabei außer Acht gelassen werde (s. entsprechende Äußerungen zu Frage 15 und 16 der quantitativen Befragung in Tab. C1 und C2 im Anhang C). Dabei muss Pflegebedürftigkeit nicht auch gleich eine geringere Lebensqualität bedeuten. Denn Lebensqualität, die sich aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren einstellt

(Kruse & Wahl 2010, S. 461ff.; s. Tab. 9), lässt sich weniger von außen beobachten, sondern ist immer eine Frage der inneren Zufriedenheit.

Tab. 9: Lebensqualität als Ressource und Ziel (s. Kruse & Wahl 2010, S. 286, Tab. 7.1), basierend auf Vennhoven (2000, zit. n. Kruse & Wahl 2010, S. 285ff)

		Person	
		innerhalb	außerhalb
Lebensqualität	Ressource	Verhaltenskompetenz	Objektive Umweltmerkmale
	Outcome	Subjektives Wohlbefinden; Lebenszufriedenheit	„Nutzen“

Die meisten Befragten – sowohl in der standardisierten Bürger_innenbefragung als auch in den Interviews in den Beratungsstellen – fokussieren beim Thema „Lebensqualität“ allerdings weniger die Ressourcen der betroffenen Personen selbst, sondern betonen vielmehr die Verantwortlichkeit externer Stellen, entsprechende Möglichkeiten zu schaffen, damit Betroffene und ihre Angehörige überhaupt individuelle Ressourcen entwickeln und einsetzen können.

Denn gerade beim Thema „Alter und Pflege“ stehen für viele Ängste und Befürchtungen bzw. – positiv ausgedrückt – bestimmte Hoffnungen ganz oben: *„keine Hilfe zu benötigen“* oder *„das Alter genießen können, Selbstbestimmung“* sind hier beispielhaft entsprechende Nennungen auf die offen gehaltene Frage in der standardisierten Fragebogen-Erhebung (s. Tab. 10 für die Zusammenfassung einzelnen Nennungen auf Frage 15: „Was würden Sie sich im Zusammenhang mit dem Thema ‚Alter und Pflege‘ wünschen?“; ausführlicher im Anhang C). Dabei wird von einigen Befragten zwar auch die eigene Verantwortlichkeit (Stichwort „Gesundheitsvorsorge“) betont. Noch viel mehr allerdings wird die Verantwortlichkeit der Politik und Gesellschaft hervorgehoben: *„Dass Politik das stärker im Visier hat“* und *„Wahrnehmung älterer Menschen in der Gesellschaft stärken“* sind nur zwei Nennungen in diesem Kontext.

Der Zusammenhang zum so genannten Pflegenotstand ist dann schnell gezogen: Es gehe darum, mehr und qualifiziertes Personal für die Pflege im häuslichen und stationären Bereich zu finanzieren, damit Pflege menschenwürdig gestaltet werden könne, dass *„bei der Pflege endlich der Mensch und nicht wirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen“*. Dabei dürfe die familiäre Pflege und deren Finanzierbarkeit ebenfalls nicht übersehen werden (wie bereits in Kap. 2.1 dargelegt, wurden 2019 fast zwei Drittel der Pflegegeld-Empfänger_innen (§ 37 Abs. 1 SGB XI) allein durch pflegende Angehörige versorgt; Statistisches Bundesamt 2020, S. 19). Auch hier würde laut Befragten eine Entbürokratisierung bei der Antragserstellung für Entlastung sorgen, was auch dafür spricht, frühzeitig niedrigschwellige (Pflege-)Beratung zu erhalten und den Zugang zu Beratungsstellen für Menschen mit Pflegebedarf und pflegende Angehörige weiter zu fördern. Denn eine der großen Herausforderungen, neben der Erreichbarkeit der Adressat_innen, bleibt weiterhin die Förderung der Inanspruchnahme der Beratungsangebote. Einen wesentlichen Beitrag zu einer frühzeitigen Kontaktaufnahme können hierbei auch internetgestützte Angebote wie der Pflegewegweiser NRW leisten, der neutrale, übersichtliche und aktuelle Informationen zu lokalen (Pflege-)Beratungsangeboten bündelt und auf einer Internetseite zugänglich macht (vgl. Kap. 2.3).

Tab. 10: Fragebogen, Frage Nr. 15 (offene Frage): „Was würden Sie sich im Zusammenhang mit dem Thema ‚Alter und Pflege‘ wünschen?“ – einzelne Nennungen zusammengefasst und nach Themen sortiert; Mehrfachnennungen möglich

Ängste und Befürchtungen bzw. Hoffnungen
<ul style="list-style-type: none"> • möglichst lange gesund zu bleiben (5 x) • keine Hilfe zu benötigen, „einfach einschlafen und fertig, ohne dass mich jemand pflegen muss“ (6 x) • das Alter genießen können, Selbstbestimmung, Teilhabe (5 x) • gute, vertrauensvolle Pflege (3 x); gute Unterbringung (2 x) • nicht in ein Heim müssen (2 x) • Hoffen auf Hilfe (3 x) • Planung, wenn es soweit ist (2 x) • sonstiges (2 x): „wenn zu Ende, dann ist es auch zu Ende“; „ich darf nicht daran denken“
Verantwortung der Politik und Gesellschaft
<ul style="list-style-type: none"> • Thematik mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit bringen (3 x) • „dass Politik das stärker im Visier hat“ (3 x) • Qualitätsverbesserung, Vorsorgeverbesserung (2 x) • mehr Respekt vor und für alte Menschen (2 x) • Unterstützung im Nahbereich (Stichwort „gemeinschaftliches Wohnen“) (2 x) • ein besseres Miteinander von Jung und Alt (1 x)
Pflegenotstand und „Menschenwürde“
<ul style="list-style-type: none"> • allgemein: „Pflege in Deutschland lässt zu wünschen übrig“ (3 x) • geeignete Pflegekräfte, Qualifikation (3 x) • bessere Bezahlung für Pflegekräfte (6 x) • mehr Zeit in der Pflege älterer Menschen (6 x) und auch für Besuchende (2 x) • menschenwürdiges Handeln im Alter/ in der Pflege (7 x): „Dass bei der Pflege endlich der Mensch und nicht wirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen.“ • mehr Pflegekräfte (4 x) • bessere Ausstattung für Pflegeheime (2 x) • mehr Anerkennung für den Beruf der Pflege (6 x) • Entlastung der Angehörigen (3 x), u.a. durch Unterstützung durch die Pflegekasse
Bürokratie und Verwaltung
<ul style="list-style-type: none"> • Entbürokratisierung (4 x) (Bsp.: „Antrag für Antragsformular braucht man nicht.“) • passgenaue Hilfe, leichter Zugang zu Hilfen (2 x) • mehr Aufklärung und schnelle Bewilligung (4 x) (Bsp.: „Dass man nicht immer alles erfragen und auffordern muss.“)
Finanzielle Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> • insgesamt 4 x genannt, u.a. Wunsch nach besserer finanzieller Unterstützung für pflegende Angehörige: „Dass mehr Geld dafür vorhanden ist, wenn Angehörige pflegen, da diese auch in Bedrängnis kommen.“

Claßen et al. (2014, S. 148ff.) stellen ihre „Anforderungen zur Mitgestaltung“ der Umwelten für ältere Menschen allerdings nicht nur an die älteren Personen selbst, sondern auch und vor allem an die Politik und auch an die Forschung: *„Es reicht dabei [für Politik und Gesellschaft] nicht aus, die sich vollziehenden Veränderungen zu benennen und zu beschreiben, sondern es geht darum, konkrete Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, aufzuzeigen und sie letztendlich*

dem (älteren) Menschen anzubieten bzw. ihn in ihrer Umsetzung (informell und finanziell) zu unterstützen“ (ebd., S. 149). Und auch Backes und Clemens (2013) richten entsprechende Forderungen an Politik und Sozialpolitik für ältere Menschen zur „sozialen Unterstützung im Alter“ (bzgl. formeller und informeller Unterstützungssysteme im Alter und Beratungsangebote für alte Menschen und deren Angehörige).

In den Hoffnungen der Teilnehmer_innen unserer quantitativen Befragung, möglichst nicht pflegebedürftig zu werden, spiegeln sich auch die Sorgen vor einem Verlust der Selbstbestimmung über das eigene Leben wider. Dieses spricht auch Befürchtungen an, Teilhabe und Partizipation an der Gesellschaft zu verlieren: Partizipation wird dabei definiert als Befähigung, die „eigenen Bedürfnisse, Ideen und Vorstellungen zu formulieren und über die Gestaltung von Aktivitäten mitzuentcheiden“ (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2019, S. 1). Gerade in der heutigen Zeit – und deutlich verstärkt durch die Entwicklungen seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 – bietet ein kompetenter Umgang mit technischen Medien und dem Internet nicht nur Möglichkeit aktueller Informationsermittlung, sondern auch die Möglichkeit zur Kommunikation und Teilhabe (Claßen et al. 2014, S. 131ff.). Die Ausprägung digitaler Kompetenzen im Alter ist jedoch unterschiedlich verteilt; insbesondere für die Altersgruppen über 65 Jahre (65-85-Jährige) sind derzeit noch viele „Non-User“ zu verzeichnen, die von den digitalen Möglichkeiten bislang nicht profitieren können (oder wollen) (Generali Deutschland AG 2017, S. 112). Die Erfahrungen seit dem letzten Jahr zeigen, dass zumindest ein Teil der älteren Menschen – d.h. insbesondere diejenigen, die bereits vor der Pandemie über grundlegende digitale Kompetenzen, Endgeräte und Internetzugang verfügten – das Internet als Kommunikationsmedium und Möglichkeit zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte nutzen und somit Auswirkungen des so genannten „social distancing“ eher ausgleichen konnten: Dort, wo persönliche Face-to-Face-Kontakte auf ein Minimum reduziert werden, kann der Austausch über Videotelefonie zumindest einen Teil des sozialen Miteinanders auffangen.¹⁵ Quasi nebenher ergibt sich hieraus auch eine Möglichkeit, das derzeit eher angstbesetzte Thema des „Alt-Werdens“ in eine ressourcenorientierte Auseinandersetzung umzuwandeln: Durch die gemachte Erfahrung, der Situation (hier: fehlender persönlicher Kontakt) nicht hilflos ausgesetzt, sondern aktiv an der Umgestaltung beteiligt zu sein (hier: Aneignung technischer Kompetenz zur Videotelefonie), findet eine entsprechende Ressourcen-orientierte Auseinandersetzung statt – die Betroffenen erfahren Teilhabe, ein würdevolles Miteinander, Selbstwirksamkeit.

Die Bandbreite an digitalen Kompetenzen und Fertigkeiten ist bei Senior_innen groß. Während beispielsweise die „Marmeladenoma“¹⁶ und die online-spielenden „Seniorenzocker“¹⁷, die – zum Teil gemeinsam mit ihren Enkel_innen – eigene Youtube-Kanäle betreiben, sich wie

¹⁵ s. hierzu auch eine Untersuchung von Talhammer (2018): „Zielsetzungen der Lernhandlungen [sind] nicht durchweg auf die Verbesserung der Lebensqualität bezogen [...], sondern teilweise eher darauf hinwirken drohenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität entgegenzuwirken“ (ebd. S. 275). Talhammer betont dabei den hohen Stellenwert der Familie für die älteren Menschen, sowohl als Unterstützung bei der Aneignung entsprechender technischer Kompetenzen als auch als Motiv, sich überhaupt mit technischen Neuerungen auseinanderzusetzen.

¹⁶ Beispiel: WZ-Artikel vom 3. April 2018, S. 14: „Internetkarriere jenseits der 80“; Youtube-Kanal der „Marmeladenoma“ unter: https://www.youtube.com/channel/UCSSUG_vo76v04FKRnsWavMA; 08.03.21.

¹⁷ Youtube-Kanal „Senioren zocken“ unter: <https://www.youtube.com/channel/UCLwZDUuQ7HpVA-QBE9fFdhQ>; 08.03.21.

selbstverständlich im Netz bewegen, drohen einzelne Gruppen Älterer, insbesondere bei fortschreitender Verletzlichkeit (u.a. Pflegebedürftigkeit), ausgeschlossen zu werden (vgl. hierzu aktuell auch Schroeter & Seifert 2020). Neben der Nutzerakzeptanz stellen die Finanzierung und die technische Infrastruktur (u.a. Versorgung mit leistungsfähigen Internet-Verbindungen) weitere Hemmnisse dar (Weiß et al. 2017, S. 22f.) Nicht nur der noch unzureichend erschlossene ländliche Raum und lokale Zugangsschwierigkeiten in einzelnen Quartieren (ebd.) erweisen sich als problematisch, in der Pandemie zeigte sich u.a., dass die strukturellen Voraussetzungen zur digitalen Teilhabe in stationären Pflegeeinrichtungen oftmals nicht vorhanden sind. Ausgehend von dieser akuten Bedarfslage stellt sich damit für Pflegeeinrichtungen die Notwendigkeit, sich aktuell und perspektivisch an die veränderten Mediennutzung ihrer Bewohner_innen anzupassen und das eigene Internet-Angebot entsprechend auszubauen¹⁸. Damit einhergeht auch der Bedarf, Fort- und Weiterbildungsangebote sowohl für potenzielle ältere Nutzer_innen als auch für verschiedene Professionen der Sozial- und Gesundheitsberufe (u.a. Sozialarbeiter_innen, Pflegefachkräfte, Pflegewissenschaftler_innen, Pflegemanager_innen) auszubauen (Weiß et al. 2017, S. 22). Auf die Bedarfe älterer Endnutzender entsprechend angepasste Schulungsmaßnahmen, z.B. zur Smartphone-Nutzung oder zu Sicherheit im Internet, berücksichtigen alter(n)spezifische „Barrieren“ wie beispielsweise eine – im Vergleich zu jüngeren Personen – geringere Lern-Geschwindigkeit oder mögliche kognitive Einschränkungen. Nicht zu vernachlässigen sind in diesem Kontext individuelle Altersbilder, die sowohl bei Betroffenen als auch Schulenden implizit zur Einstellung führen können, jemand sei „zu alt“, um den Umgang mit neuen Medien zu lernen. Frustrationserleben und Motivationsverlusten können das Ergebnis sein – ursächlich wären dann nicht die altersspezifischen Barrieren an sich (Claßen et al., 2014, S. 136ff.).

Die Ergebnisse der eigenen Befragungen zeigen, nunmehr verstärkt durch die aktuellen pandemiebedingten Veränderungen und neuen Herausforderungen, Handlungs- und Entwicklungsbedarf in der Praxis auf, denen zukünftig im Rahmen von Forschung und Entwicklung zu begegnen ist. Auch für die Lehre leiten sich Erfahrungswerte und Entwicklungsperspektiven ab, die im Folgenden vorgestellt und reflektiert werden.

Ein Fazit aus Lehrenden-Perspektive

Die Lehrveranstaltung „Alt werden – Pflege benötigen?!“ fand außerhalb des regulären Lehrplans als so genanntes Bachelor&More-Seminar statt. Das hatte den großen Vorteil, dass sich hier Studierende versammelten, die Interesse am Seminarthema hatten – und für die dieses Seminar nicht eine Pflichtveranstaltung im Rahmen eines abzuleistenden Moduls darstellte. Daneben förderte die prüfungsfreie Durchführung einen insgesamt entspannten und offeneren Umgang der Teilnehmenden untereinander; das Seminar hatte vielmehr einen Workshop-Charakter, in dem sich alle Beteiligten zu einem Arbeitsteam zusammenfanden.

Zum Nachteil hätte sich die geringe Teilnehmendenzahlen auswirken können: Mit etwa fünf bis sechs Studierenden agierten wir an der Mindestgrenze des praktisch Durchführbaren – die

¹⁸ Beispiel: WZ-Artikel vom 3. August 2019, S. 28: „Aber bitte mit WLAN: Seniorenheime bauen Internet aus“

verschiedenen Aufgaben innerhalb des Projektes sollten einerseits fair unter den Studierenden verteilt werden, andererseits sollten diese auch nicht zu großen Belastungen neben ihrem regulären Studium ausgesetzt werden. Uns als Lehrende traf hier die Verantwortung, die Studierenden ggf. zu „bremsen“, wenn Motivation und Engagement für das Projekt drohten, sie ihre sonstigen Belastungen im Studium vergessen zu lassen.

Der Praxisbezug der Projektfragestellung, der auch durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des Projekts KoNAP geschaffen wurde, ermöglichte es einerseits, einen Anwendungsbezug und Anschlussfähigkeit an berufliche Perspektiven der Studierenden herzustellen. Andererseits konnten mit der gemeinsamen Entwicklung des Lehrforschungsprojektes Anforderungen und Fertigkeiten des „Wissenschaftlichen Arbeitens“ aus den ersten Studiensemestern aufgefrischt und den Studierenden vertiefende Einblicke in die „Wissenschaftlichkeit“ des eigenen Studiums und des späteren Berufes vermittelt werden.

Aus Sicht der Lehrenden werden die Erfahrungen dieses Lehrforschungsprojektes vor dem Hintergrund der verschiedenen Studiengänge (Soziale Arbeit, Pflegewissenschaft, Gesundheits- und Pflegemanagement) und der gemeinsamen Perspektive der Sozialen Gerontologie für Sozial- und Gesundheitsberufe betrachtet und reflektiert:

- Das Interesse der Studierenden an gerontologischen Themen stellt sich an Hochschulen eher verhalten dar – werden mit dem Alter doch häufig ausschließlich die Themen Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod assoziiert. Diesem stereotypen Altersbild folgend werden altersbezogene Themen eher vermieden – ungeachtet der tatsächlichen Vielfalt der Alterung der Gesellschaft und den damit einhergehenden differenzierten beruflichen Entwicklungsperspektiven für Sozial- und Gesundheitsberufe. Das Lehrforschungsprojekt setzte mit dem Titel „Alt werden – Pflege benötigen?!“ im Vorfeld von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit an und adressierte die Zielgruppe der „jungen Alten“ und ihre Ein- und Vorstellungen zu/ von zukünftig erwartbarer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Insofern wurde damit der Versuch unternommen, eine präventive Perspektive auf das vulnerable Alter aufzuzeigen und Umgangsweisen der Älteren selbst sowie professionelle Ansatzpunkte herauszuarbeiten. Deutlich wurde, dass die Senior_innen- und Pflegeberatung als ein bedeutsames Arbeitsfeld betrachtet werden kann, das sowohl für die Profession der Sozialen Arbeit als auch für die pflegebezogenen Studiengänge relevant ist und zukünftig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem Bereich bereits im Studium anzubahnen und für die Praxis zu festigen ist.
- Inhaltlich interessierte und engagierte Studierende ermöglichten es, die Befragungen zu organisieren und durchzuführen; aufgrund der bereits bestehenden Kenntnis lokaler Versorgungsstrukturen fanden die Studierenden schnell Zugang zum Feld und brachten sich aktiv in die Datenerhebung sowie in die anschließende Datenaufbereitung ein. Der Zeitraum eines Semesters erwies sich in der Rückschau für die Datenauswertung jedoch als knapp bemessen. Aufgrund des hohen Interesses der Studierenden gelang es dennoch, nach Semesterende zumindest einen weiteren Termin zu realisieren und gemeinsam einen Teil der Daten zu besprechen und zu analysieren. Perspektivisch wäre es sinnvoll, Lehrforschungsprojekte auf mindestens zwei Semester anzulegen.

- Die Forschungsarbeit eröffnete den Studierenden studiengangsübergreifende Lernmöglichkeiten und Zusammenarbeit. Dieses Potenzial sollte zukünftig auch in regulären Lehrveranstaltungen gezielt genutzt werden, um das gegenseitige Verständnis untereinander zu fördern und für spätere berufliche Bezüge anzubahnen.
- Insbesondere für die Soziale Arbeit ermöglichte das Lehrforschungsprojekt, „wissenschaftliches Arbeiten“ als sinnbehaftet erfahrbar zu machen und dessen berufspraktische Relevanz aufzuzeigen (Einstieg in Evaluation etc.), wie es in der Pflegewissenschaft bereits fest verankert ist. Damit kann der großen Herausforderung in der Sozialen Arbeit begegnet werden, in nur drei Jahren sowohl eine berufliche als auch wissenschaftliche Qualifizierung zu vermitteln.
- Ausgehend von diesem ersten Lehrforschungsprojekt und seinen Ergebnissen sind in den anschließenden Semestern diverse Themen in reguläre Lehrveranstaltungen der BA-Studiengänge an der EvH R-W-L eingeflossen. Ausgehend von der Vielfalt des Alter(n)s wurde und wird ein inhaltlich breit angelegtes Themenspektrum angeboten. Einen Überblick über die seitdem durchgeführten Seminare sowie über die in den kommenden Semestern geplanten weiteren Veranstaltungen wird im Folgenden gegeben.
 - „*Vorsorgevollmacht*“ – Dieses Thema fand seine inhaltliche Bearbeitung in verschiedenen Seminaren. So wurde im Modul 4.2 „Menschen in der zweiten Lebenshälfte“ (BA SozArb) ab dem Sommersemester 2019 in der LV „Gewalt im Alter“ die Missbrauchs-Gefahr von entsprechenden Vollmachten vorgestellt und gemeinsam mit Praxisvertreter_innen im „Runden Tisch Fürsorgefälle“ diskutiert und nach Lösungen gesucht. Neben diesem Seminar nahmen an den Sitzungen des „Runden Tisches“ auch Studierende aus anderen Seminaren im Modul 4.2 statt, wie z.B. aus dem „Betreuungsrecht“ oder der Veranstaltung „Soziale Altenarbeit neu denken – alter(n)sgerechte Konzepte entwickeln“ (Stichwort: Umgang Älterer mit Patient_innenverfügung/ Vorsorgevollmacht). Der „Runde Tisch Fürsorgefälle“ hatte im Wintersemester 2020/ 21 seine abschließende Sitzung, ein entsprechender Bericht ist in Vorbereitung. Aus der Zusammenarbeit mit den beteiligten Praxisvertreter_innen entstanden wiederum weitere Kooperationen und Projektideen, die zum Teil bereits umgesetzt wurden und zum Teil in den kommenden Semestern noch umgesetzt werden.
 - Eine der genannten Kooperation findet seitdem verstärkt mit dem Stadtteilmanagement Laer/ Mark 51°7 in Bochum-Laer statt. Spätestens seit dem beschlossenen Abriss des ehemaligen Opel-Werks beschäftigen sich verschiedene EvH-Seminare in engem Austausch und Kooperation mit dem dort ansässigen Quartiersmanagement mit Struktur und Wandel in diesem Stadtteil. Vertieft werden konnte diese Zusammenarbeit beispielsweise durch einen Vortrag zum Thema „Was heißt schon alt? – Altersbilder im Wandel“ im Mai 2019. Ausgangspunkt hatte dieser Vortrag in der Diskussion zu Alter(n)sbilder in einer Lehrveranstaltung zu den „Herausforderungen des demografischen Wandels“ (BA SozArb M 1.3, LV5; Sommersemester 2019).
 - Auch im Kontext des Seminars „Soziale Altenarbeit neu denken – alter(n)sgerechte Konzepte entwickeln“ (BA SArb 4.2 LV3) findet seit dem Sommersemester 2019 ein reger Austausch mit dem Quartiersmanagement Bochum-Laer unter der Perspektive „Digitalisierung im Alter“ statt. Folgende Aktivitäten wurden bereits umgesetzt:

- - Entwicklung einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Einführung in die Smartphone-Nutzung für Senior_innen (Sommersemester 2019)
 - Aktionstag „Technik für ein gutes Leben im Alter?“ (Wintersemester 2019/ 20): Nach einer Bedarfsanalyse im Rahmen einer Sozialraumerkundung wurde im Quartier Bochum-Laer ein weiterer Aktionstag zum Thema Techniknutzung im Alter von Studierenden vorbereitet, geplant und durchgeführt. Unter dem Titel „Computer, Smartphone, Tablet – wie man das Internet im Alltag nutzen kann“ wurde an einem Nachmittag folgendes Programm angeboten: Erste Schritte im Internet (z.B. Suchmaschinen); Austausch zu Fragen „rund um das Internet“ bei Kaffee und Kuchen sowie ein Vortrag der Wohn- und Technikberaterin (Wohnberatungsstelle Innere Mission | Diakonisches Werk Bochum e.V.). Im Anschluss an die Lehrveranstaltung engagierte sich eine Studentin dafür, aus dem Aktionstag ein regelmäßiges Angebot zu entwickeln. Mit einem Antrag an den Stadtteiffonds, der in enger Kooperation mit Mitarbeitenden des Stadtteilmanagement Laer/ Mark 51°7 gestellt wurde, gelang es, Ressourcen für ein Angebot bereit zu stellen, so dass im Quartier Bochum-Laer wöchentliche Sprechzeiten eingerichtet werden konnten.
 - Darüber hinaus erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Stadtteilmanagement Laer/ Mark 51°7 eine Einbindung von Lehrenden sowie Lehrforschungsprojekten zu quartiersbezogenen Gesundheitsaktionen, die 2021 im Jahresverlauf in unterschiedlichen Formaten realisiert werden (durchgeführt vom Stadtteilmanagement Laer/ Mark 51°7). Schwerpunktthemen sind psychische Erkrankungen im Alter sowie Möglichkeiten der psychischen Gesundheitsförderungen für ältere Menschen und pflegende Angehörige.
- Der „Umgang mit Sterben und Tod“ betrifft nicht nur die Pflegeberufe, sondern auch den Arbeitsalltag in der Heilpädagogik, der Elementarpädagogik, der Sozialen Arbeit. Ausgehend von der Idee der „Letzten Hilfe“-Kurse¹⁹, welche inzwischen in verschiedenen Städten angeboten werden, ist ein vergleichbares Seminar an der EvH R-W-L im Zusammenhang mit dem BA&More-Studium geplant; aufgrund der sensiblen Inhalte ist die praktische Durchführung dieses Seminars allerdings bisher verschoben auf die Zeit, in der Präsenzseminare an der Hochschule wieder regulär stattfinden können.

Die Vielfalt und Diversität des Alter(n)s erfordert ein differenziertes Angebot in der Praxis. Die Vermittlung anwendungsbezogener gerontologischer Grundlagen in der Hochschullehre erweist sich studiengangübergreifend als notwendig und zukunftsweisend, um kommunale Angebotsstrukturen der Altenhilfe und Altenarbeit zeitgemäß (weiter) zu entwickeln. Während in der Pflegewissenschaft und im Gesundheits- und Pflegemanagement eine größere Nähe zu älteren Zielgruppen und alter(n)srelevanten Handlungsfeldern gegeben ist, besteht für die Soziale Arbeit Potential und Notwendigkeit, Soziale Altenarbeit stärker in der Lehre zu verankern. Ein möglicher Ansatzpunkt dafür kann im Themenfeld der Quartiersentwicklung gesehen werden. Diesem sozialräumlichen, generationenübergreifenden Ansatz folgend ist es bedeutsam,

¹⁹ Entsprechende Hintergrundinformationen zum Projekt „Letzte Hilfe“ bietet die Letzte Hilfe Deutschland gemeinnützige UG unter <<https://www.letztehilfe.info/>> (09.03.21); als Beispiel für eine praktische Umsetzung die Schilderung im WZ-Artikel von Diekhans (2019).

Angebote Sozialer Arbeit stärker in einer Lebenslaufperspektive, einschließlich generationenübergreifender Fragestellungen und Angebote zu denken. Anschlussfähig wäre es, die bereits vorhandene Lebensphasenausrichtung bereits in den ersten Studiensemestern stärker noch auf das hohe Alter und die Hochbetagten zu beziehen, damit bereits während des Studiums Interesse für Arbeitsfelder Sozialer Altenarbeit geweckt werden kann. Es wäre schade, wenn der Fokus, den ältere und alte Menschen derzeit durch die Covid-19-Pandemie erfahren und in deren Kontext sie oftmals eher als Opfer gesehen werden, mit Abklingen der Pandemie wieder verschwindet und die Potentiale, die gerade für unsere Studierende in diesem Themenfeld liegen, außer Acht gelassen werden. Auch dies ist Teil eines würdevollen Umgangs mit Älteren. In diesem Sinne möchten wir diesen Bericht mit einem Zitat von Ursula Lehr, einer Pionierin der Alter(n)sforschung, beenden:

*„Die größte Gefahr ist, Ältere betreuen zu wollen,
obwohl sie noch selbstständig agieren können.“²⁰*

²⁰ Zitat entnommen aus: Rheinische Post, 21. Mai 2020, Titelseite.

Quellenverzeichnis

- ARCIOLI, B. & ROLLINGER, C. (2018): „*Meine Oma sucht ein Heim*“. *NDR-Dokumentation* „45 min“. Sendung vom 08.04.2019. [Download unter https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/45_min/video-podcast/Meine-Oma-sucht-ein-Heim,minuten2740.html – aufgerufen am 06.03.2021].
- BACKES, G. M. & CLEMENS, W. (2013): *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim: Beltz Juventa, 4. Auflage.
- BERTELSMANN-STIFTUNG (2015): *Sozialplanung für Senioren*. [Download unter <http://www.sozialplanung-senioren.de/> – aufgerufen am 07.04.2021].
- BÜSCHER, A., OETTING-ROß, C. & SULMANN, D. (2016): *Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. [Download unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf – aufgerufen am 07.04.2021].
- CLABEN, K., OSWALD, F., DOH, M., KLEINEMAS, U. & WAHL, H.-W. (2014): *Umwelten des Alterns. Wohnen, Mobilität, Technik und Medien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- DIEKHANS, D. (2019; 02. September): Für Sterbende etwas Gutes tun. In: *WZ – Westdeutsche Zeitung (online)* [Download unter: https://www.wz.de/nrw/wuppertal/fuer-sterbende-etwas-gutes-tun_aid-45512699 – aufgerufen am 09.03.2021].
- ENGEL, F., NESTMANN, F. & SICKENDIEK, U. (2012): Theoretische Konzepte der Beratung. In: Sebastian Schmidt-Kaehler und Doris Schaeffer (Hg.): *Lehrbuch Patientenberatung*. 2. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber, S. 25–58.
- ENGLERT, N., OETTING-ROß, C. & BÜSCHER, A. (2017): Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege. Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. DOI: 10.1007/s00391-016-1172-4.
- ENGSTLER, H., VOGEL, C., BÖGER, A., FRANKE, J., KLAUS, D., MAHNE, K., SIMONSON, J., SPULING, S., WETTSTEIN, M., WOLFF, J. K. & TESCH-RÖMER, C. (2017): *Deutscher Alterssurvey (DEAS): Instrumente der DEAS-Erhebung 2017*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA). [Download unter https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Forschung/Publikationen%20Forschung/DEAS2017__Instrumentenband.pdf – aufgerufen am 07.04.2021].
- GENERALI DEUTSCHLAND AG (HRSG.) (2017): *Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland leben und denken*. Berlin: Springer.
- GENERALI ZUKUNFTSFONDS & INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (2012): *Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*. Frankfurt/ Main: Fischer TB.
- GESUNDHEIT BERLIN-BRANDENBURG E.V. (2019): *Arbeitshilfen Gute Praxis konkret: Erfahrungen und Beispiele guter Praxis der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen*. [Download unter: <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/projektdatenbank/arbeitshilfen-gute-praxis-konkret/kriterium-partizipation/> – aufgerufen am 08.03.2021].

- GKV SV (GKV SPITZENVERBAND) (2020): *Weiterentwicklung der Pflegeberatung. Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 71 Absatz 9 SGB XI*. Hürth: CW Haarfeld GmbH (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 18).
- HEUSINGER, J. (2018): Alltag mit Pflegebedarf. In: *Psychotherapie im Alter*, Jg. 15 (4), S. 373-384.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (2021): *Pflegeberatung*. [Download unter <https://alterpflege-demenz-nrw.de/akteure/themen/pflegeberatung/> – aufgerufen am 15.03.21].
- KINAST, J. (2019; 07. August): Ein Wegweiser im Pflege-Dschungel. In: *WZ – Westdeutsche Zeitung*, 07.08.2019, S. 7 (Wirtschaft).
- KRUSE, A. & WAHL, H.-W. (2010): *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum.
- KUCKARTZ, U. DRESING, T., RÄDIKER, S., STEFER, C. (Hrsg.). (2008). *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden, Springer. (S. 28)
- RAT DER EUROPÄISCHEN UNION (2010). Ein freiwilliger europäischer Qualitätsrahmen für Sozialdienstleistungen. Brüssel. [Download unter <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST%2016319%202010%20INIT/DE/pdf>]
- SCHAEFFER, D. & DEWE, B. (2012): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): *Lehrbuch Patientenberatung*. 2. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber, S. 59–86.
- SCHROETER, K. R. & SEIFERT, A. (2020): Das Alter im Schatten der Pandemie. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit. Soziale Arbeit in Zeiten der Covid-19 Pandemie*, S. 6-9. [Download unter https://szsa.ch/covid19_6-9/k – aufgerufen am 07.04.21].
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) (2020): *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. 2019*. [Download unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile – aufgerufen am 16.02.21].
- STUBBE, J., SCHAAT, S. & EHRENBERG-SILIES, S. (2019): *Digital souverän? Kompetenzen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. [Download unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/digital-souveraen/> k – aufgerufen am 07.04.2021].
- THALHAMMER, V. (2018): Medienaneignung von älteren Erwachsenen in informellen Kontexten. In: SCHRAMEK, R., KRICHELDORFF, C., SCHMIDT-HERTHA, B. & STEINFORT-DIEDENHOFEN, J. (Hrsg.): *Alter(n) - Lernen – Bildung*. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 266-277.
- WAHL, H.-W. & KRUSE, A. (2012): Prävention von Pflegebedürftigkeit. In: WAHL, H.-W., TESCH-RÖMER, & ZIEGELMANN, (2012): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer, 2. Auflage, S. 194-199.

- WEIß, C., STUBBE, J., NAUJOKS, C. & WEIDE, S. (2017): *Digitalisierung für mehr Optionen und Teilhabe im Alter*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. [Download unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Smart_Country/DigitaleTeilhabe_2017_final.pdf – aufgerufen am 18.03.21].
- WERNER, R. (2018): *Lebenswert bis zum Ende – Vom anderen Umgang mit dem Tod*. ZDF-Dokumentationsreihe „*plan b*“. Sendung vom 21.10.2018. [Download unter <https://www.youtube.com/watch?v=HhDlfoJxvfE> – aufgerufen am 06.03.2021].
- WILZ, G. & PFEIFFER, K. (2019): *Pflegende Angehörige*. Göttingen: Hogrefe.
- WISSERT, M. (2010): Soziale (Alten-)Arbeit in Beratungsstellen. In: KIRSTEN ANER & UTE KARL (HG.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 113–120.

Anhang

ANHANG A: Fragebogen der Bürger_innen-Befragung

ANHANG B: Interview-Leitfaden

ANHANG C: Tabellen-Auflistung Fragebogen – offene Fragen 15 und 16

ANHANG D: Transkriptionsregeln

ANHANG E: Begrifflichkeiten im Kontext von Beratung (vgl. Büscher et al. 2016)

Anhang A

Fragebogen der Bürger innen-Befragung¹

Fragebogen Nr.; Ort der Befragung

Einstieg: Guten Tag, ich komme von der Evangelischen Hochschule in Bochum. Haben Sie kurz Zeit für eine kleine Bürgerbefragung zum Thema „Wissen und Einstellungen zum Thema ‚Alter und Pflege‘? (Falls ja, weiter:) Danke. Dürfte ich fragen, wie alt Sie sind? ____ Jahre

Geschlecht nach Augenschein: (männlich; weiblich)

1.) **Wie wohnen Sie zurzeit?**

Wohnen Sie __ alleine oder mit __ jemandem zusammen?

– Mit wem? _____

2.) *Wenn Person unter 65 Jahre:*

Wenn Person über 65 Jahre:

Wenn Sie mal „alt“ sind, was denken Sie, wie werden Sie dann wohnen? Wollen Sie dann... Was denken Sie, so in zehn Jahren, wie werden Sie dann wohnen? Wollen Sie dann...

(Antwortmöglichkeiten ggf. vorlesen!)

__ noch in Ihrer bisherigen Wohnung wohnen bleiben?

__ gerne zu Ihren Kindern oder anderen Verwandten ziehen?

__ gerne in eine altersgerecht ausgestattete, barrierefreie Wohnung ziehen?

__ lieber in eine Einrichtung des betreuten Wohnens ziehen?

__ lieber an einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt teilnehmen?

__ Wissen Sie es noch nicht?

__ Oder haben Sie noch nicht darüber nachgedacht?

(ggf. spontane Antwort: _____)

3.) **So ganz allgemein:**

Ist oder war das Thema „Pflege“ für Sie schon einmal relevant? __ ja __ nein

(Falls ja: Wieso? In welchem Zusammenhang? _____

4.) *(nur falls bei 3.) entsprechend geantwortet wird:)* **Ach, Sie sind bereits pflegebedürftig?** Darf ich fragen, welcher Pflegegrad? _____ *(falls hier „Ja“ → Weiter mit Frage 8: „Wer leistet Hilfe?“)*

5.) **Wie wäre das, wenn Sie längere Zeit krank oder pflegebedürftig würden:** Hätten Sie dann jemanden, der Ihnen regelmäßig helfen würde? *(Antworten Rückseite!)*

__ Nein, da fällt mir derzeit niemand ein.

¹ Weder im Fragebogen noch bei den Antworten wurde gegendert, da die Zielgruppe damit nicht vertraut war und die Gefahr von Verwirrung und/ oder Ablehnung zu groß erschien.

Ja, aber ich bin mir nicht sicher...

Ja, da bin ich mir ganz sicher!

6.) Falls Sie einmal pflegebedürftig werden sollten, wie möchten Sie dann unterstützt werden? (Antwortmöglichkeiten ggf. vorlesen!)

bei der eigenen Familie

in der eigenen Wohnung, mit externer Unterstützung (z. B. Essen auf Rädern, hauswirtschaftliche Dienste, ambulante Pflege o.ä.)

im betreuten Wohnen

in einer Pflegewohngruppe

in einem Senioren- und Pflegeheim

gar nichts davon, sondern _____

Hab ich noch nicht drüber nachgedacht.

(ggf. spontane Antwort: _____)

7.) Nehmen Sie bereits Hilfe in Anspruch? ja nein (bei „nein“ → weiter mit Frage 10: „Unterstützen Sie selbst jemanden?“)

8.) Wenn Sie Hilfe in Anspruch nehmen, wer leistet diese Hilfe? Gemeint ist hier nicht nur Hilfe bei der Pflege oder so, sondern auch allgemeine Unterstützung wie Einkaufen oder im Haushalt helfen. (MFN möglich) (Antwortmöglichkeiten ggf. vorlesen) („Wobei“-Antworten werden nachträglich kategorisiert)

Angehörige, Familie. – Wobei? _____

Freunde. – Wobei? _____

Nachbarn. – Wobei? _____

Ambulante Pflegedienste. – Wobei? _____ **

andere bezahlte Dienstleister. – Wobei? _____ **

sonstige, und zwar _____. Wobei? _____

Niemand, ich brauche keine Hilfe und Unterstützung. (weiter mit 10: „Unterstützen Sie selbst eine Person?“)

Niemand, aber eigentlich bräuchte ich Hilfe und Unterstützung... Wobei? _____

_____ (weiter mit 10: „Unterstützen Sie selbst eine Person?“)

** Falls „ja“ zu „Ambulante Pflegedienste“ oder „andere bezahlte Dienstleister“:

8. a) Wie ist das zustande gekommen? Wie sind Sie auf den Dienstleister aufmerksam geworden? _____

9.) Falls Oben: Bekomme Hilfe →

Lebt die Person, die Sie unterstützt, mit Ihnen im Haushalt?

ja (Wer ist das? _____) nein

10.) Unterstützen Sie selbst eine Person, die hilfs- und/oder pflegebedürftig ist?

ja (Wer ist das? _____) nein (weiter mit 12: „Im Bereich Alter und Pflege, ...“.)

11.) Wobei unterstützen Sie diese Person? _____

(Antwort wird nachträglich kategorisiert)

12.) Im Bereich Alter und Pflege, wenn Sie da allgemein Informationen brauchen würden, an wen würden Sie sich wenden? Wo würden Sie Hilfe suchen? (MFN möglich)

bei einer Beratungsstelle der Caritas, Diakonie oder AWO

bei kommunale oder städtische Beratungsstellen, z.B. im Bürgeramt der Stadt

bei meiner Kranken- oder Pflegekasse

bei meinem Hausarzt oder sonstigem Arzt

im Internet recherchieren. **Wo würden Sie da suchen?** _____

sonstiges: _____

13.) Benutzen Sie das Internet? nein (→ weiter mit 15: „Was würden Sie sich wünschen?)

ja, täglich

ja, mehrmals in der Woche

ja, aber seltener als mehrmals in der Woche...

14.) Wissen Sie genau, wo Sie online Informationen über bestimmte Pflege-Leistungen, auf die Sie Anspruch hätten, bekommen können?

ja (An wen würden Sie sich da wenden? _____)

nein (An wen würden Sie sich im Zweifelsfall wenden? _____)

15.) Was würden Sie sich im Zusammenhang mit dem Thema „Alter und Pflege“ wünschen?

Vielen Dank. Das war es auch schon. – Gibt es etwas, was ich noch nicht gefragt habe, was für Sie aber noch zu diesem Thema gehört und Sie gerne sagen wollen? (ggf. unten hinschreiben.) – **Nochmals vielen Dank!**

Antworten oben von 8. und 11. nachträglich zuordnen zu

- (1) Kleinere handwerkliche Arbeiten in der Wohnung;
- (2) leichtere Tätigkeiten im Haushalt (z. B. Staub wischen, kochen);
- (3) schwerere Tätigkeiten im Haushalt (z. B. Fenster putzen);
- (4) Garten-/Schneeräumhilfe;
- (5) Hilfe beim Einkaufen; bei Krankheit;
- (6) Fahrdienste;
- (7) Hilfe bei Arztbesuchen und Behördengängen;
- (8) Begleitung bei Spaziergängen;
- (9) Versorgung von Haustieren;
- (10) einfache Pflegeleistungen (z. B. Hilfe beim An-/Ausziehen, Waschen, Kämmen, Rasieren);
- (11) komplexere Pflegeleistungen (z. B. Hilfe beim Umbetten/Lagern);

(12) *persönlicher Rat; bei Einsamkeitsgefühlen; Trost und Aufmunterung;*
(13) *sonstiges*

Anhang B

Interview-Leitfaden:

Expert_innen-Befragung von Mitarbeiter_innen in Handlungsfeldern pflegerischer Beratung

I. Terminanbahnung/Gesprächseinstieg

BA&More-Seminar:

- Forschungsprojekt zum Thema „Alter werden – Pflege benötigen“ im Rahmen eines BA-More Seminars an der EvH, Frau Prof. Dr. Lehmann und Frau Prof. Dr. A. Kuhlmann
- Erfasst werden zum einen Einstellungen und Wissen von Bürger_innen zum Alter und zum Thema Pflege (Befragung in der Fußgängerzone)
- Zum anderen soll in den beteiligten Kommunen exemplarisch ein Beratungsangebot zum Thema Alter und Pflege exploriert werden
- Hintergrund zum_zur Interviewer_in: Studierende an der EvH (Studiengang, Semester, ggf. weitere Informationen zum eigenen beruflichen Hintergrund)
-

II. Ziele des Interviews

- **BA&More Forschungsinteresse:** Wie stellt sich das Pflegeberatungsangebot in den Pilotkommunen in der Praxis dar?

Themenblöcke

1. **Verständnis von Beratung, Angebotsstrukturen und Themenspektrum** Art der Beratung, Zugangswege und Themenspektrum erfassen
2. **Die Ratsuchenden: Kontaktaufnahme und Beratungsanlässe** Verlauf des typischen Beratungsprozesses in der Einrichtung, Charakterisierung der Ratsuchenden, Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle (z.B. präventiv, reaktiv), typische Beratungsanlässe
3. **Exploration „Gewalt(erfahrung) in der Pflege“** Begriffsverständnis „Gewalt“, Bewertung des Themas aus Sicht der Beratungspraxis, Regelungen zu Umgangs- und Verfahrensweisen

III. Vor dem Interviewbeginn

- Einverständnis zur Audioaufzeichnung einholen und Zusicherung von Anonymität und Einhaltung Datenschutz (s. Formular, bitte unterzeichnen lassen)
- Genehmigung der Interviewverwertung (bitte unterzeichnen lassen)
- Klären von Fragen, die Interviewpartner_innen vor dem Interview haben

Leitfaden

1. Verständnis von Beratung, Angebotsstrukturen, Themenspektrum

Impuls	Unter „Beratung“ (in der Pflege) wird Verschiedenes verstanden. Können Sie mir sagen, was Sie vor dem Hintergrund Ihrer Tätigkeit in dieser Einrichtung unter „Beratung“ verstehen?
Nachfragen	<ul style="list-style-type: none"> - Wie setzen Sie dieses Beratungsverständnis in der Praxis um? - Welche Angebotsstrukturen gibt es? (Komm-Struktur, telefonische Beratung, zugehende Beratung/Hausbesuch, edukative Angebote, Informationsangebote...) - Zu welchen Themen bieten Sie allgemein Beratung an? Was sind Ihre Themenschwerpunkte?

2. Die Ratsuchenden: Kontaktaufnahme und Beratungsanlässe

Impuls	Wenn Sie an Ihre Beratungsarbeit hier in der Einrichtung denken, wie gestaltet sich der Beratungsprozess typischerweise?
Nachfragen	<ul style="list-style-type: none"> - Wie werden Ratsuchende auf Ihr Angebot aufmerksam? - Zu welchem Zeitpunkt wenden sich Ratsuchende i.d.R. an Sie? (z.B. präventiv, reaktiv) - Wer sind die Ratsuchenden? - Welche Beratungsanlässe werden thematisiert?

Bilanzierung	Wenn Sie an Ihre Beratungstätigkeit hier in der Einrichtung innerhalb des letzten Jahres denken:
	Was sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Herausforderungen, denen Sie in der Beratungspraxis in Ihrer Einrichtung begegnen?

3. Exploration „Gewalt(erfahrung) in der Pflege“¹**4. Abschluss**

Vielen Dank für das Gespräch, abschließend habe ich noch ein paar Fragen zur Struktur der Beratungsstelle!

→ Strukturdaten-Kurz-Fragebogen vorlegen und gemeinsam ausfüllen

¹ Da in diesem Bericht zu dieser Exploration keine Auswertung beschrieben wurde, wird Fragestellung hier nicht weiter ausgeführt.

Strukturdaten-Kurz-Fragebogen

institutionelle Anbindung/ Träger der Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> Kommune <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Sonstiges <i>Bitte benennen.</i> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Wohlfahrtsverband <input type="checkbox"/> Privat
Öffnungszeiten	<i>Bitte notieren.</i> <hr/>	
Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> Kontaktformular (Homepage)	<input type="checkbox"/> per -E-Mail
Zugehende Arbeit (Hausbesuche)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl Beratungskontakte (pro Jahr)	<i>Bitte notieren.</i> <hr/>	
Anzahl der Beratungskontakte/Fall	<input type="checkbox"/> Überwiegend einmaliger Kontakt <input type="checkbox"/> Teils, teils	<input type="checkbox"/> Überwiegend mehrmalige Kontakte
Case Management/ Fallsteuerung Sonstige Angebote der Beratungsstelle (zusätzlich zur Beratung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Bitte notieren</i> <hr/> <hr/> <hr/>	

Mitarbeiter_innen Beratungsstelle	der	Beschäftigungsumfang	Qualifikation (Ausbildungs-/ Studienabschluss, Weiterbildungen)
Mitarbeiter_in 1			
Mitarbeiter_in 2			
Mitarbeiter_in 3			

Kooperationspartner_innen	<input type="checkbox"/> Kommune: Fachbereich <input type="checkbox"/> Kommune: Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Sonstiges <i>Bitte benennen.</i> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Kommune: Sozialpsychiatrischer Dienst <input type="checkbox"/> Andere Beratungsstellen
----------------------------------	---	--

Nochmals ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Zeit!

Anhang C

Quantitativer Fragebogen – offene Fragen 15 und 16:

tabellarische Auflistung der Antworten

Tab.C1: Fragebogen, Frage Nr. 15 (offene Frage): “Was würden Sie sich im Zusammenhang mit dem Thema ‘Alter und Pflege’ wünschen?” – Auflistung der einzelnen Nennungen, nach Themen sortiert; Mehrfachnennungen möglich

Ängste und Befürchtungen bzw. Hoffnungen
<ul style="list-style-type: none"> - möglichst lange gesund zu bleiben - keine Hilfe zu benötigen - das Alter genießen können, Selbstbestimmung - Pflege ist Vertrauenssache, also Vertrauensperson - keine Horrorsituationen; gute Pflege; vertrauensvolle Pflege - „wenn zu Ende, dann ist es auch zu Ende“ - gute Gesundheit - so lange wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilhaben. - Gesundheit so lange wie möglich erhalten - schnelle Hilfe im Bedarfsfall, Selbstbestimmung - gute Unterbringung/ Versorgung im Alter - ich darf nicht daran denken; dann entscheiden, wenn es schwer ist, Sohn muss mitentscheiden - einfach einschlafen und fertig, ohne dass mich jemand pflegen muss - bei starker Pflegebedürftigkeit sterben, keinem zur Last werden - so lange wie es geht alles allein machen können; bei Bedarf jemanden zum Putzen hinzunehmen - wunschlos glücklich, möglichst [xx], schnell um zu planen - lang genug gesund bleiben - älter werden, Rente genießen; dass ich ganz schnell sterbe, keine Pflege benötige (also kein Schwerstpflegefall werden); nicht im Heim landen - gesund bleiben, nicht in ein Heim müssen - am liebsten schönen Tod; keine Pflegebedürftigkeit
Individuelle Verantwortlichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> - ich brauch nur Gesundheit; Bewegung; man muss etwas machen - Leute werden älter, das Tatsache sein lassen - möchte nicht griesgrämig werden; wenn ich gepflegt werde, müssen es die Menschen leicht haben, die mich pflegen - persönlich – nicht in Anspruch nehmen
Verantwortung der Politik und Gesellschaft
<ul style="list-style-type: none"> - mehr Sorgfalt von den Politikern - mehr ins Bewusstsein der Öffentlichkeit bringen Politik ganz zu schweigen - Dass Politik das stärker im Visier hat. Qualitätsverbesserung wichtig. Schwarze Schafe aussortieren (aber man kann nicht alle über einen Kamm scheren), das ist das, wovor auch viele Angst haben. Pflegeheime haben oft schlechten Ruf. Deshalb würde meine Mutter auch nicht ins Pflegeheim ziehen. - Vorsorgeverbesserung soll erfolgen; Infos jedoch ausreichend - Wahrnehmung älterer Menschen in der Gesellschaft stärken - wieder mehr den Weg hin zum Mehrgenerationen-Wohnen - gesellschaftlich – Pflegekräftemangel bekämpfen, aber nicht durch bzw. für Arbeitslose - mehr Respekt vor alten Menschen; - bessere Verantwortungsübernahme, Personen gehen unter - Zusammenhalt, Solidarität, dass alle zusammen halten im Haus; manche sind böse, aber das ist die Krankheit; man muss das akzeptieren

Tab.C1 (Fortsetzung)

Pflegenotstand (auch im Zusammenhang mit „Menschenwürde“, sowohl bei Pflegenden als auch bei Gepflegten)
<ul style="list-style-type: none"> - geeignete Pflegekräfte, nicht lieblose Pflege; bessere Bezahlung - dass man für ältere Menschen in der Pflege mehr Zeit aufwenden kann - menschenwürdiges Handeln im Alter/ in der Pflege - viel mehr Pflegekräfte; Pflege in Ruhe, mit Würde behandeln können vs. Burnout, Druck; Menschliches beachten können - Pflege in Deutschland lässt zu wünschen übrig - dass Pflegekräfte besser bezahlt werden - dass es einfacher für ältere Menschen wird und die Familie entlastet wird - ein besseres Miteinander von Jung und Alt; dass bei der Pflege endlich der Mensch und nicht wirtschaftliche Interessen im Vordergrund stehen - Schwarze Schafe aussortieren (aber man kann nicht alle über einen Kamm scheren), das ist das, wovon auch viele Angst haben. Pflegeheime haben oft schlechten Ruf. Deshalb würde meine Mutter auch nicht ins Pflegeheim ziehen. - mehr Anerkennung für den Beruf der Pflege, mehr Mittel bereitstellen, nicht sparen, Missstände vermeiden - Respekt und Wertschätzung Pflegenden und alten Menschen gegenüber - bessere Vergütung im Bereich der Pflege - ein bisschen mehr Zeit von der Pflege und Ansprechbarkeit der Pflege - mehr Anerkennung des Pflegeberufs in der Gesellschaft - Pflege muss anerkannt werden; Rentenversicherung für die [xxx] sowieso gesellschaftlich - Organisation der Pflege soll vernünftig erfolgen; Pflegekasse soll unterstützend tätig werden - Situation ernst nehmen; nicht nur versorgt sein; als Person wahrgenommen werden - möglichst im eigenen Haus alt werden, mit externer Unterstützung z.B. ausländische Pflegekraft und den eigenen Kindern in der Nähe, die einen Blick darauf haben - vor allem gerechtere Bezahlung, Pflegenotstand; mehr Personal - mehr Pflegepersonal - mehr Personal im Krankenhaus und Pflege - mehr Zeit in Heimen, Pflegepersonal mehr Zeit für Besucher - gute Unterbringung mehr Zeit in der Pflege für den/ die Patienten; nicht alle in die gleiche Schublade stecken - mehr Zeit vom Pflegepersonal und Zuwendung; Qualifikation des Pflegepersonals - bessere Anerkennung und Bezahlung der Pflege - bessere Bezahlung der Pflegekräfte - mehr Würde für die Menschen; mehr Integration für die Zu-Pflegenden, aber auch für die Pflegenden - mehr Zeit in der Pflege für Ältere
Informationsbedarf, Angebotsstruktur
<ul style="list-style-type: none"> - positiv überrascht über Angebote, die es für sie gibt - mehr Transparenz, Info von KV, RV - mehr Internetangebote - schon der Hausarzt sollte informieren; frühzeitige Informationen - mehr Infos, zentrale Ansprechpartner, Seriosität - einfache Sprache bei Beratung, da die Inhalte sehr kompliziert sind! - Ansprechpartner für den Bedarfsfall - Beratung Zuhause, mehr Informationen überhaupt, Vergleichsmöglichkeiten - schnelle Hilfe; kurze Wege - Klarheit/ Transparenz der Angebote - mehr Pflegeportale, mehr Informationszugang - zugänglichere Informationen (Pflegestufen) - unabhängige Beratung; einen Ansprechpartner; schnelle Hilfe - mehr Aufklärung, mehr Offenheit
Infrastruktur
<ul style="list-style-type: none"> - ausreichend ausgebautes Palliativnetz/ Hospiznetz - bedarfsgerechter Vorgehen, mehr Möglichkeiten, in der Familie gepflegt zu werden

Tab.C1 (Fortsetzung):

Soziale Teilhabe und Partizipation
<ul style="list-style-type: none"> - Solidarität zwischen den Alten; Gemeinschaft Viele soziale Kontakte - Gemeinschaft - mehr Vereine/ gesellschaftliche Engagement - mehr Angebote im Alltag zum gesellschaftlichen Zusammenleben
Bürokratie und Verwaltung
<ul style="list-style-type: none"> - weniger Schreibkram, Entbürokratisierung, „Antrag für Antragsformular braucht man nicht“ - keine Bürokratie - passgenaue Hilfe, schnelle Antragsbewilligungen; Entscheidungshilfen/ Überblick über die Leistungen - weniger Bürokratie, leichte Zugang zu Hilfen - mehr Aufklärung und unkomplizierte Wege zu Leistungen - dass man nicht immer alles erfragen und auffordern muss - Zugriff auf Pflegeleistungen, wenn man sich aus Pflegegrad ausgeklagt hat
Finanzielle Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> - „dass mehr Geld dafür vorhanden ist“, wenn Angehörige pflegen, da diese auch in Bedrängnis kommen - finanzielle Situation schlecht; wünscht sich finanzielle Unterstützung - Verbesserung zum Thema Altersarmut - finanzielle Unterstützung
Positive Aspekte, erfreuliche Zukunft
<ul style="list-style-type: none"> - „Komme wahrscheinlich ins Altersheim, komm ins Paradies“; ist seit 2 Jahren bei Zeugen Jehovas: „die sind immer freundlich zu mir“

Tab. C2: Fragebogen, Frage Nr. 16 (offene Frage): Zusatzfrage „Gibt es etwas, was ich noch nicht gefragt habe, was für Sie aber noch zu diesem Thema gehört und Sie gerne sagen wollen?“ – Auflistung der einzelnen Nennungen, nach Themen sortiert; Mehrfachnennungen möglich

Glauben als Halt
<ul style="list-style-type: none"> - wichtig sei, nicht alleine zu sein; habe gute Tat gemacht → an dieser Befragung teilgenommen, „jetzt komm ich ins Paradies“; „alles wird immer schlimmer ... bei den Zeugen Jehovas bin ich glücklich“ - „Durch meinen Glauben macht mir das Thema Alter und Tod nicht übermäßig Angst. Durch Eingreifen Gottes und sein Reich wird es diese Dinge bald nicht mehr geben. Offenbarung 21, 4-5.“
Die Würde des Menschen ist antastbar?
<ul style="list-style-type: none"> - „Menschen werden immer älter, nicht jeder hat intakte Familie. Pflege ist hammerhart: Altersstarrsinn, eh bessere Achtung für Betroffene hoffen, dass Gelder richtig verteilt werden... die nicht vergessen, die wir pflegen müssen; Lebensfreude im Alter ist wichtig“ - „Das möchte man nicht, wie es ist: Pflegenotstand, Dreck, etc.; man wünscht sich bis ins hohe Alter Zuhause leben zu können, ohne krank zu sein; Politik berücksichtigt nicht die Kosten von 8.000 – 10.000, in Rente kein Geld hierfür; gesund alt werden; nicht zumuten, dass Tochter pflegt“ - „Lieber möchte ich sterben, als mich pflegen zu lassen. Ich habe genug gesehen im Altenheim (Schwester von Lebensgefährtin). Die liegen da vollgepumpt rum. Obwohl es im Altenheim noch welche gibt, die laufen können.“ - „durch Behinderung nicht in der Lage, Fuß- und Fingernägel zu schneiden; Kasse übernimmt nicht die Kosten von der Nagelpflege; bei finanzieller Situation Zusatzbelastung“
Mache mir (noch) keine Sorgen...
<ul style="list-style-type: none"> - „bin noch fit, Tochter weiß mehr als ich“ - „keine finanziellen Sorgen, was entlastend ist“

Tab.C2 (Fortsetzung):

Pflegerotstand – Kosten und Gelder, wo fließt es hin?!
<ul style="list-style-type: none"> - „Kosten sind enorm hoch, aber es kommt nicht bei Pflegekräfte an, sondern geht ins Organisatorische“ - „Pflegepersonal leistet sehr viel, das ist enorm“ - „Pflegerotstand ist allgemein bekannt; müsste besser bezahlt werden“ - „wichtig ist die individuelle finanzielle Situation; dadurch kann man sich manche Annehmlichkeiten leisten; Bürokratie mit Anträgen und Ablehnungen ist anstrengend; externe Unterstützung ähnlich wie ein Fallmanager, für ungeklärte Fragen an der Seite haben, oder wenn man persönlich gar nicht mehr entscheiden kann“ - „Pflege im Krankenhaus gefällt mir gar nicht. Pflege und Betreuung hat abgenommen.“
Informationsbedarf
<ul style="list-style-type: none"> - „Mehr Informationsfluss bezüglich der Situation der Pflegenden → gute, vollständige Aufklärung gegenüber Gesundheitszustand des Menschen; Informationen von Arzt an Arzt, inklusive Pflege- u. therapeutisches Personal mit Einbindung der Angehörigen und Patienten, damit alle auf einem Wissenstand sind“ (Befragte_r hat gehört, dass in den Niederlanden dieser Informationsweg besser läuft)

Anhang D

Transkriptionsregeln

BA & More 1/01 Alt werden, Pflege benötigen?

Transkriptionsregeln I

- Sprecher_innen kennzeichnen z.B. Abkürzungen für Interviewer (I) und für Befragte_n (B1, B2, B3...)
- wörtlich transkribierten, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend; vorhandene Dialekte nicht mit transkribieren
- Sprache und Interpunktion leicht glätten (Schriftdeutsch) z.B. wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
- Anonymisierung: alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben
- Sprecherwechsel durch Zeilenumbruch (zweimaliges Drücken der Enter-Taste, → Leerzeile) deutlich machen → Lesbarkeit
- Formatierung des Transkripts: Seitenzahlen, Zeilennummern

vgl. Kuckartz et al. 2008, 27f



EVANGELISCHE HOCHSCHULE
RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE
Protestant University of Applied Sciences

Prof. Dr. Andrea Kuhlmann
Fachbereich Heilpädagogik und Pflege

3

BA & More 1/01 Alt werden, Pflege benötigen?

Transkriptionsregeln II

[...]	Auslassungen im Zitat
[Wort], [Worte]	Austausch eines Wortes oder Satzteils bei Beibehaltung des Wort-/ Satzsinnes zur Wahrung der Anonymität des Betroffenen
(Wort), (Wortteil)	Unsicherheit bei der Transkription; möglicherweise fehlerhaft verstandenes Wort oder Wortteil
(x), (xx), (xxx)	unverständliche Worte oder Satzteile; die Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der unverständlichen Äußerung
Wor-	Abbruch des Wortes



EVANGELISCHE HOCHSCHULE
RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE
Protestant University of Applied Sciences

Prof. Dr. Andrea Kuhlmann
Fachbereich Heilpädagogik und Pflege

Anhang E

Begrifflichkeiten im Kontext von Beratung

Tab. E1: Definitionen im Überblick (Büscher et al. 2016, S. 8-10; eigene Darstellung)

Unterstützungsform	Merkmale, Anforderungen	Beispiel
Information/ Auskunft	<ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen von Information wird einer Person Wissen zu einem Sachverhalt zur Verfügung gestellt. • Dies kann im persönlichen Gespräch sowie über telefonischen, elektronischen Kontakt oder schriftliches Material erfolgen. • Die Art der Informationsweitergabe sollte nutzerorientiert und verständlich erfolgen. Informationsgeber unterstützen Ratsuchende dabei, sich in der Vielfalt von Informationen zu orientieren. • Der informierten Person kommt die Aufgabe zu, die Information aufzunehmen und dies auch zu verarbeiten. 	Informationen zu/ zum <ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der Pflegeversicherung • Angeboten von Pflegedienstleistungen • Umgang mit Pflegeproblemen
Schulung/ Anleitung/ Eduktion	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von krankheits- und problembezogenem Wissen • Erlernen von Fertigkeiten/Fähigkeiten zum Umgang mit spezifischen (Pflege-)Problemen • Förderung der Bewältigungs- und Selbstmanagementkompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekurse • Patienten-Eduktion zu ausgewählten Krankheitsbildern
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung ist ein gemeinsamer Aushandlungsprozess und erfolgt in Ko-Produktion zwischen Ratsuchenden und Beratenden. Sie <i>„vermittelt Deutungs- und Orientierungshilfen angesichts der Informationsvielfalt und vor dem Hintergrund der durch instabile Phasen gekennzeichneten Pflegesituation.“</i> (Büscher et al. 2016, S. 10) • Zeitlich begrenzte, (Kurzzeit-)Intervention, mittels derer Berater_innen und Ratsuchender gemeinsam daran arbeiten, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln. • Problemlösungen können durch unterschiedliche Vorgehensweisen angeregt werden u.a. (Schaeffer & Dewe 2012, S. 75) <ul style="list-style-type: none"> ○ Perspektivwechsel (Beratende_r legt das Problem in den jeweiligen Facetten dar, stellt reflexive Distanz her, ermöglicht neue Sichtweisen) ○ Wissensvermittlung (Beratende_r vermittelt problembezogenes Wissen, bietet Hilfen zur Strukturierung des Problems an, unterstützt abstraktes in handlungsbezogenes Wissen zu überführen) ○ Empowerment (Beratende_r trägt dazu bei, Ressourcen, Kompetenzen und Selbstmanagementkompetenz zu fördern) ○ Anwaltschaftliche Unterstützung (Beratende_r leistet begleitende Unterstützung, agiert als Mittler_in) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegeberatung
Case Management	<ul style="list-style-type: none"> • Längerfristig angelegte Begleitung, einzelfallbezogene Unterstützungsmethode, Einzelfallmanagement für komplexe Versorgungssituationen; nach einem Assessment erfolgt die (gemeinsame) Entwicklung eines Versorgungsplans, der die Leistungen unterschiedlicher Dienste und Maßnahmen bündelt, die Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen. • Ziel ist es, mehrere an der Versorgung beteiligte Akteure zu koordinieren, dies erfolgt i.d.R. anwaltschaftlich im Sinne des Pflegebedürftigen mit dem Ziel, eine maßgeschneiderte Versorgung zu ermöglichen (<i>advocacy</i>). • weitere Funktionen: Zugang zu Leistungen ermöglichen (<i>brokerage</i>), Zugang zu und Nutzung von Leistungen steuern (<i>gatekeeping</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallmanagement im Rahmen der Pflegeberatung

