



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf



PSPHH



Universität Hamburg  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

# Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg (PSPHH)

Abschlussbericht

## Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin  
und Gesundheitsökonomie (IMSG)

Arbeitsschwerpunkt Sozialgerontologie

Projektleitung: Dr. Hanneli Döhner

Wissenschaftlicher Mitarbeiter: Daniel Lüdecke

Studentische Mitarbeiterinnen: Annett Peiser, Esther Lucklum

## Universität Hamburg

MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaft (IGW)

Projektleitung: Prof. Dr. Sascha Köpke

Stellvertretende Projektleitung: Anja Gerlach

Wissenschaftlicher Mitarbeiter: Erich Kauth-Kokshoorn

Studentische Mitarbeiterinnen: Frauke Wrobel, Annika Bisenius

März 2011

**Döhner, Hanneli; Gerlach, Anja; Köpke, Sascha; Lüdecke Daniel**

*Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht.*

Herausgegeben von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG)  
in Hamburg. Hamburg, 2011

# Inhalt

1	Zusammenfassung .....	11
2	Einleitung.....	15
2.1	Herausforderung.....	15
2.2	Politische Antwort.....	16
2.3	Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten in der Bundesrepublik .....	17
2.4	Aufbau von Pflegestützpunkten in Hamburg .....	20
3	Zielsetzungen / Auftrag.....	22
4	Fragestellungen .....	24
4.1	Fragestellungen Teilstudie 1.....	24
4.2	Fragestellungen Teilstudie 3.....	25
4.3	Fragestellungen Teilstudie 2.....	26
5	Methodisches Vorgehen .....	27
5.1	Methodisches Vorgehen Teilstudie 1.....	27
5.1.1	Dokumentationen der PSP .....	27
5.1.1.1	Erstkontakte .....	28
5.1.1.2	Falldokumentation .....	29
5.1.1.3	Zeitanteile.....	30
5.1.2	Mitarbeiterinneninterviews.....	30
5.2	Methodisches Vorgehen Teilstudie 3.....	31
5.2.1	Dokumentationen des PSP K+J .....	31
5.2.1.1	Erstkontakte .....	32
5.2.1.2	Falldokumentation .....	32
5.2.1.3	Leitfadeninterview Falldokumentation .....	32
5.2.2	Mitarbeiterinneninterview Fallszenario .....	32
5.2.3	Mitarbeiterinneninterview.....	32
5.2.4	Expertinneninterviews mit zentralen Kooperationspartnern.....	33
5.3	Methodisches Vorgehen Teilstudie 2.....	33
5.3.1	Fragebogenentwicklung .....	33
5.3.2	Gruppendiskussionen mit Betroffenen .....	34
5.3.3	Expertinneninterviews .....	34
5.3.4	Pre-Tests.....	35
5.3.5	Stichprobe .....	36
5.3.6	Rekrutierung.....	36
5.3.7	Vorgehen Befragungen .....	37

5.3.7.1	Erste Befragungswelle (t0) .....	37
5.3.7.2	Nachrekrutierung 1. Welle .....	38
5.3.7.3	Zweite Befragungswelle (t1) .....	38
5.3.7.4	Aktivitäten zur Erhöhung des Rücklaufs .....	38
5.3.8	Datenmanagement und Auswertung .....	39
5.3.9	Prädiktoren für die Nutzung der PSP .....	39
6	Ergebnisse der Teilstudien .....	41
6.1	Ergebnisse der Teilstudie 1 .....	41
6.1.1	Vorstellungsrunde, PSP- und Mitarbeiterinnenstruktur .....	41
6.1.2	Auswertung Erstkontakte .....	43
6.1.2.1	Fallzahlen allgemein und nach PSP .....	43
6.1.2.2	Zusammensetzung Kontaktpersonen .....	46
6.1.2.3	Zugang zum PSP .....	48
6.1.2.4	Alter der Pflegebedürftigen .....	50
6.1.2.5	Soziodemografische Daten der Ratsuchenden .....	51
6.1.2.6	Angefragte Themen .....	54
6.1.2.7	Gesprächsergebnisse .....	57
6.1.2.8	Verständigungsprobleme aufgrund des Migrationshintergrundes .....	60
6.1.2.9	Zusammenfassung wichtigster Ergebnisse .....	61
6.1.3	Auswertung Falldokumentationen .....	61
6.1.3.1	Ausgewählte Merkmale zur Beschreibung .....	62
6.1.3.2	Fallbeispiel .....	65
6.1.3.3	Zusammenfassung wichtigste Ergebnisse .....	66
6.1.4	Dokumentation der Zeitanteile .....	67
6.1.5	Auswertung Mitarbeiterinneninterviews .....	70
6.1.5.1	Einzelfallbezogene Tätigkeiten .....	70
6.1.5.2	Klientenübergreifende Tätigkeiten .....	75
6.1.5.3	Übergeordnete Themen .....	81
6.1.5.4	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse .....	87
6.1.6	Zusammenfassung Ergebnisse Teilstudie 1 .....	89
6.2	Ergebnisse der Teilstudie 3 .....	90
6.2.1	Erstkontakte .....	90
6.2.2	Angefragte Themen .....	92
6.2.3	Falldokumentation und Zeiterfassung .....	94
6.2.4	Ergebnisse Interview Falldokumentation .....	96
6.2.5	Fallszenario Pflegestützpunkt Kinder & Jugendliche .....	97
6.2.6	Mitarbeiterinneninterview .....	100

6.2.6.1	Einzelfallbezogene Tätigkeiten.....	100
6.2.6.2	Klientenübergreifende Tätigkeiten.....	102
6.2.6.3	Übergeordnete Themen .....	104
6.2.7	Expertinneninterviews mit (potenziellen) Kooperationspartnern.....	107
6.2.8	Zusammenfassung Ergebnisse Teilstudie 3.....	109
6.3	Ergebnisse der Teilstudie 2 .....	110
6.3.1	Ergebnisse der Vorstudien zur Fragebogenentwicklung .....	110
6.3.2	Übersicht Befragungsverlauf .....	114
6.3.2.1	Befragungswelle 1 .....	115
6.3.2.1.1	Beschreibung der Stichprobe .....	115
6.3.2.1.2	Selbstberichteter Hilfe- bzw. Pflegebedarf .....	116
6.3.2.1.3	Bekanntheit der Pflegestützpunkte.....	117
6.3.2.1.4	Nutzung der Pflegestützpunkte .....	117
6.3.2.1.5	Bevorzugte Zugangswege .....	118
6.3.2.1.6	Beratungs- bzw. Hilfethemen .....	119
6.3.2.2	Befragungswelle 2.....	121
6.3.2.2.1	Beschreibung der Stichprobe .....	121
6.3.2.2.2	Nutzung der Pflegestützpunkte .....	122
6.3.2.2.3	Beratungs- bzw. Hilfethemen .....	123
6.3.2.2.4	Vermittlung an andere Beratungsstellen .....	125
6.3.2.2.5	Nutzer-Bewertung der PSP.....	125
6.3.2.2.6	Nicht-Nutzung der Pflegestützpunkte.....	127
6.3.2.3	Vergleichende bzw. übergreifende Ergebnisse .....	129
6.3.2.3.1	Geplante und tatsächliche Nutzung .....	129
6.3.2.4	Prädiktoren für die Inanspruchnahme von PSP .....	130
6.3.3	Zusammenfassung Ergebnisse Teilstudie 2.....	131
7	Zusammenfassende Ergebnisse und Diskussion .....	133
7.1	Einleitung.....	133
7.2	Potenzial der PSP .....	134
7.2.1	Annäherung Bedarfsberechnungsmodell .....	134
7.2.2	Allgemeine Zusammenfassung der Karten.....	148
7.3	Kapazitäten und Nachfrage .....	150
7.4	Lokalisation der PSP .....	152
7.5	Zusammenfassung .....	153
8	Literatur .....	154
9	Anhang .....	157

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozesslandkarte Falldokumentationsverfahren .....	29
Abbildung 2: Anzahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkten* .....	44
Abbildung 3: Entwicklungszahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkten (n=6318)* ...	45
Abbildung 4: Entwicklungszahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkten (n=6318)* ...	46
Abbildung 5: Mit wem fand der Erstkontakt statt (getrennt nach PSP)? (n=4376)* .....	47
Abbildung 6: Art der Kontaktaufnahme mit dem Pflegestützpunkt (n=4376).....	48
Abbildung 7: Zugang zum Pflegestützpunkt (n=3921)* .....	50
Abbildung 8: Altersverteilung der pflege- und hilfebedürftigen Personen (n=2561, nur Erwachsenen-PSP) .....	51
Abbildung 9: Höchster Schulabschluss der ratsuchenden Pflegeperson (in %, n=1401)* .	53
Abbildung 10: Erwerbsstatus der ratsuchenden Pflegepersonen (in %, n=1959)* .....	53
Abbildung 11: Angefragte Themen in den Pflegestützpunkten (n=4153)* .....	54
Abbildung 12: Fragen zur Organisation stationärer Pflege nach Erwerbsstatus (n=1956)* .....	56
Abbildung 13: Fragen zur Organisation stationärer Pflege nach Schulabschluss (n=1401)* .....	56
Abbildung 14: Fragen zur Organisation häuslicher Pflege nach Erwerbsstatus (n=1956)*	57
Abbildung 15: Dauer des Erstkontaktgesprächs (n=4376).....	58
Abbildung 16: Dauer des Erstkontaktgesprächs nach Pflegestützpunkten (n=4376).....	59
Abbildung 17: Durchgeführte und vereinbarte Beratungsgespräche nach PSP (n=4376) .	59
Abbildung 18: Dauer des Erstkontaktgesprächs, wenn Gesprächsergebnis = Beratung durchgeführt (n=2171) .....	60
Abbildung 19: Verteilung der Pflegestufen (in %, n=103)* .....	63
Abbildung 20: Art der Leistung aus der Pflegeversicherung (in %, n=105)* .....	64
Abbildung 21: Anerkennung nach § 45a SGB XI (in %, n=42)* .....	64
Abbildung 22: Pflegebedarfe (in %, n=200)* .....	65
Abbildung 23: Prozentuale Verteilung der Zeitanteile auf die verschiedenen Module nach PSP (T1 und T2 zusammengefasst)* .....	69
Abbildung 24: Entwicklungszahl der Ratsuchenden im PSP K+J* .....	90
Abbildung 25: Anzahl an Erstkontakten im PSP K+J nach Bezirken (n=150)* .....	91
Abbildung 26: Verteilung Alter .....	92
Abbildung 27: Angefragte Themen im PSP K+J (n=223).....	93
Abbildung 28: Dauer der Erstkontaktgespräche (n=223) .....	94
Abbildung 29: Gesprächsergebnisse der Erstkontaktgespräche* .....	94
Abbildung 30: Verteilung der Pflegestufen.....	95
Abbildung 31: Art der Leistung aus der Pflegeversicherung* .....	95

Abbildung 32: Anerkennung nach § 45a SGB XI .....	96
Abbildung 33: Übersicht Studienverlauf Teilstudie 2 .....	114
Abbildung 34: Gewünschte Zugangswege (n=479) .....	119
Abbildung 35: Gewünschte Beratungs- und Hilfethemen (n=501) .....	120
Abbildung 36: Beratungs- und Hilfethemen (n=87) .....	124
Abbildung 37: Bewertung: Infrastruktur .....	126
Abbildung 38: Bewertung: Beratung .....	127
Abbildung 39: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Altona (PSP übergreifend) .....	138
Abbildung 40: PSP Altona: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit) ...	138
Abbildung 41: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Bergedorf (PSP übergreifend) .....	138
Abbildung 42: PSP Bergedorf: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit) .....	139
Abbildung 43: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Eimsbüttel (PSP übergreifend) .....	139
Abbildung 44: PSP Eimsbüttel: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit) .....	140
Abbildung 45: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Harburg (PSP übergreifend) .....	140
Abbildung 46: PSP Harburg: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit).	141
Abbildung 47: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Mitte (PSP übergreifend) .....	142
Abbildung 48: PSP Mitte: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit) .....	142
Abbildung 49: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Nord (PSP übergreifend) .....	143
Abbildung 50: PSP Nord: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit) .....	143
Abbildung 51: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Wandsbek (PSP übergreifend) .....	144
Abbildung 52: PSP Rahlstedt: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit) .....	145
Abbildung 53: PSP Wandsbek-Markt: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit) .....	146
Abbildung 54: PSP K+J: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)* .....	147
Abbildung 55: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf in allen Bezirken (PSP übergreifend)* .....	148

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Planung und Realisierung der Pflegestützpunkte in Deutschland .....	19
Tabelle 2: Eröffnungsdaten der Pflegestützpunkte in Hamburg .....	21
Tabelle 3: Telefonische Nachfragen bei Nichtantwort (TS 2) .....	38
Tabelle 4: Übersicht über die Mitarbeiterinnenstruktur in den Pflegestützpunkten* .....	42
Tabelle 5: Erstkontakte außerhalb Hamburgs nach Pflegestützpunkten (n=405) .....	44
Tabelle 6: Mit wem fand der Erstkontakt statt? (Gesamt-Hamburg) .....	47
Tabelle 7: Art der Kontaktaufnahme mit den Pflegestützpunkten in Hamburg.....	48
Tabelle 8: Zugang zum Pflegestützpunkt (Gesamt-Hamburg)* .....	49
Tabelle 9: Geschlecht und Beziehungsverhältnis der Pflegeperson zur gepflegten Person (n=1921)* .....	52
Tabelle 10: Angefragte Themen nach Pflegestützpunkten* .....	55
Tabelle 11: Gesprächsergebnisse der Erstkontakte (n=4376)* .....	58
Tabelle 12: Anzahl der angelegten Falldokumentationen nach Pflegestützpunkten .....	63
Tabelle 13: Beschreibung der Modulinhalte.....	68
Tabelle 14: Übersicht Demographie: Erste Befragungswelle .....	115
Tabelle 15: Antwortende Person.....	116
Tabelle 16: Lebensgemeinschaften .....	116
Tabelle 17: Selbst berichteter Hilfebedarf .....	116
Tabelle 18: Selbst berichteter Pflegebedarf .....	117
Tabelle 19: Kenntnis über PSP vor der Befragung .....	117
Tabelle 20: Geplante Nutzung eines PSP.....	117
Tabelle 21: Geplanter Zeitpunkt der Kontaktaufnahme .....	118
Tabelle 22: Begründung für Nichtnutzung eines PSP .....	118
Tabelle 23: Kategorien gewünschter Beratungs- und Hilfethemen .....	120
Tabelle 24: Übersicht Demographie: Zweite Befragungswelle.....	121
Tabelle 25: Antwortende Person.....	122
Tabelle 26: Lebensgemeinschaften .....	122
Tabelle 27: Nutzung eines PSP .....	122
Tabelle 28: Art des Erstkontakts .....	123
Tabelle 29: Genutzter PSP .....	123
Tabelle 30: Kategorien gewünschter Beratungs- und Hilfethemen .....	124
Tabelle 31: Vermeidung eines Heimeinzuges.....	125
Tabelle 32: Weiterleitung an andere Beratungsstellen .....	125
Tabelle 33: Bewertung: Erwartungen.....	125



Tabelle 34: Bewertung: Zufriedenheit .....	126
Tabelle 35: Geplante zukünftige Nutzung .....	127
Tabelle 36: Gründe für Nichtnutzung .....	128
Tabelle 37: Nutzung anderer Angebote .....	128
Tabelle 38: Alternativ genutzte Angebote .....	128
Tabelle 39: Begründung für die Nutzung anderer Angebote.....	129
Tabelle 40: Bedingungen für zukünftige PSP-Nutzung.....	129
Tabelle 41: Geplante und tatsächliche Nutzung .....	130
Tabelle 42: Prädiktoren für die Inanspruchnahme .....	131
Tabelle 43: Berechnungsbeispiel für den Bezirk Nord .....	137



# 1 Zusammenfassung

Das Land Hamburg hat auf die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 vorgesehene Verbesserung der Beratung zur Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zeitnah reagiert, indem ein Konzept zum Aufbau von acht Pflegestützpunkten (PSP) in Hamburg vorgelegt wurde. Zusätzlich wurde ein Sonder-Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche (PSP K+J) eingerichtet, eine Besonderheit, die es bisher nur in Hamburg gibt.

Bestandteil des Konzeptes war die Vergabe einer wissenschaftlichen Begleitforschung zu den folgenden vier Fragekomplexen, die eine Entscheidungsgrundlage für eine bedarfsorientierte Verteilung und Ausstattung der Pflegestützpunkte in Hamburg liefern soll (BSG 2009):

1. Welche Kapazitäten müssten zur Bewältigung der aktuellen Nachfrage vorgehalten werden?
2. Ist das Potenzial für die PSP ausgeschöpft und ist nach der Startphase und bei entsprechender Öffentlichkeitsarbeit mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen?
3. Wo sind die benötigten Kapazitäten optimal lokalisiert?
4. Werden durch die zusätzliche Kraft im Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen Leistungen erbracht, für die Krankenkassen bereits im Rahmen der Finanzierung der Frühförderung nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 30 SGB IX aufkommen?

Den Auftrag für die Forschung erhielt das Institut für Medizin-Soziologie im UKE (IMS, später IMSG) in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg (IGW). Die Laufzeit beträgt 13 Monate: November 2009 - November 2010.

Das Evaluationskonzept besteht neben einer gemeinsamen Vorbereitungsphase und einer zusammenführenden Abschlussbewertung aus drei „Teilstudien“ (TS) in jeweils eigenständiger Verantwortung der Institute:

- Teilstudie 1: Evaluation auf Anbieterseite (IMSG)
- Teilstudie 2: Evaluation auf Nutzerseite<sup>1</sup> (IGW)
- Teilstudie 3: Evaluation des PSP Kinder und Jugendliche am „Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen“ (IMSG)

Die Teilstudien 1 und 3 nutzten einen Methodenmix aus Dokumentenanalyse (Erstkontakte, Falldokumentation, Dokumentation von Zeitanteilen in den PSP), Expertenbefragungen (PSP-Mitarbeiterinnen und potenzielle Kooperationspartner), Gesprächsrunden (potenzielle Kooperationspartner, Steuerungsausschuss, Gesamttreffen der PSP-Mitarbeiterinnen) und Fallszenarios.

In der Teilstudie 2 wurde eine schriftliche Versichertenbefragung zu zwei Zeitpunkten durchgeführt. Zur Vorbereitung dienten Interviews und Gruppendiskussionen mit Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie mit Expertinnen aus dem Bereich der Senioren- und Gesundheits-/Pflegeberatung. Die Fragebögen wurden in verschiedenen Pre-Tests auf Verständlichkeit, Machbarkeit und Vollständigkeit überprüft. Potenziell pflegebedürftige Personen wurden über Pflegekassen, potenziell hilfebedürftige Personen über Seniorentreffs rekrutiert und angeschrieben. Mit den Studienunterlagen wurde ein Flyer

---

<sup>1</sup> Wir verwenden im Folgenden die weibliche Form für beide Geschlechter, da es sich um ein Thema handelt, in dem die Frauen dominieren.

mit Informationen zu den PSP verschickt. Die erste Befragung adressierte neben demographischen Angaben von Nutzerinnen und Angehörigen v.a. Fragen nach einer geplanten Nutzung der PSP sowie die Themen und Anliegen, die dabei im Vordergrund stehen. Die zweite Befragung erfolgte drei Monate später und erfasste, ob in der Zwischenzeit ein PSP genutzt wurde, welche Themen dort adressiert wurden und wie die Beratung bewertet wurde. Nichtnutzerinnen wurden bzgl. der Gründe für die Nichtnutzung befragt.

### **Zentrale Ergebnisse der Teilstudie 1 und 3**

Anhand der Ergebnisse von Teilstudie 1 und 3 lässt sich gut ablesen, dass sich die PSP in Hamburg immer noch in der Anfangs- und Aufbauphase befinden. Zum einen lässt sich dies an den Fallzahlen erkennen. Zum anderen geben auch die Ergebnisse der Mitarbeiterinnen- und Expertinneninterviews Hinweise darauf. So wird die Falldokumentation als nicht ausgereift bezeichnet, die Öffentlichkeitsarbeit ist ausbaufähig und erfordert Kontinuität, die notwendigen Fortbildungen der Mitarbeiterinnen sind noch nicht abgeschlossen, oder aber die Kooperationsstrukturen und die Vernetzungsarbeit sind noch nicht sehr weit fortgeschritten.

Trotzdem lassen sich in vielen Bereichen auch bereits über den Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitforschung Fortschritte erkennen. Die Anzahl an Erstkontakten steigt über fast alle PSP kontinuierlich an (mit Ausnahme von Harburg). Während einige PSP bereits während der Phase der wissenschaftlichen Begleitung Schwierigkeiten hatten, das Fallaufkommen zu bewältigen, so ziehen jetzt auch andere PSP nach, die zu Beginn eher wenig ausgelastet waren.

Der größte Anteil an Ratsuchenden in den PSP sind Angehörige oder sonstige Bezugspersonen von hilfe- und pflegebedürftigen Erwachsenen und Kindern. Bei den Ratsuchenden handelt es sich vorwiegend um weibliche Personen. Der überwiegende Teil der Ratsuchenden ist erwerbstätig, der kleinere Teil ist ohne Erwerbsarbeit oder bereits verrentet. Da der Großteil der Erstkontakte telefonisch stattfindet, stellt die Berufstätigkeit der Ratsuchenden kein Hindernis zur Kontaktaufnahme mit den PSP dar. Der Zugang zum und die Inanspruchnahme von PSP korreliert mit dem Bildungsniveau, so dass davon auszugehen ist, dass Personen aus niedrigeren sozialen Schichten schwerer erreicht werden. Dies zeigt sich auch bei Menschen mit Migrationshintergrund. Die Bekanntheit der PSP lässt sich sehr gut durch regional begrenzte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Medien wie Zeitung, Fernsehen, Radio oder lokale Wochenblätter steigern. Viele Ratsuchende erfahren überdies über Flyer oder Mund-zu-Mund-Propaganda von den PSP.

Am meisten werden Fragen zur Organisation häuslicher Pflege oder Finanzierungsfragen an den PSP gestellt. In der bisherigen einjährigen Beratungspraxis im PSP K+J gab es keine Anfrage bezüglich der Frühförderung.

In der Beratungspraxis zeigt sich, dass die PSP bereits bei den Erstkontakten überwiegend komplexere Beratungen durchführen und nicht nur Informationen weitergeben. Typische, komplexere Fälle, die von PSP-Mitarbeiterinnen begleitet werden, erstrecken sich unter Umständen über einen sehr langen Zeitraum. Dabei können zahlreiche Hausbesuche erforderlich sein, die die personellen und zeitlichen Ressourcen der PSP stark binden. Das Aufgabenspektrum zur Fallbearbeitung ist sehr vielfältig und erfordert an verschiedenen Stellen ein optimales Zusammenwirken von Personen mit unterschiedlichen Fachkompetenzen. Auf der einen Seite sind gute Kooperationen zwischen der Seniorenberatung und den Pflegestützpunktmitarbeiterinnen eine wichtige Grundlage. Auf der anderen Seite sind Kooperationen und Vernetzungen im Sinne des Case Managements eine unerlässliche Ressource in der Beratungs- und

Öffentlichkeitsarbeit für alle PSP. Das Angebot des PSP K+J ist ein Novum in der Landschaft der PSP in Deutschland, dadurch gibt es auch keine Vergleichsmöglichkeiten. Das ‚Alleinstellungsmerkmal‘ bringt Herausforderungen aber auch Chancen mit sich. Hier sind das Case Management und die Öffentlichkeitsarbeit von besonderer Bedeutung, um das Angebot des PSP K+J sichtbarer für betroffene Familien zu machen.

Wie sich gezeigt hat, hängt die Qualität der Zusammenarbeit zwischen PSP und Seniorenberatung, und damit auch die Qualität der Arbeit der PSP insgesamt, stark von der konzeptionellen Umsetzung ab.

In Hamburg lassen sich die PSP für Erwachsene in drei unterschiedliche Kooperationstypen einteilen:

- Typ 1: Gut funktionierende Zusammenarbeit
- Typ 2: Gut funktionierende Zusammenarbeit, mit leichten Einschränkungen
- Typ 3: Problematische Zusammenarbeit, offener Widerstand

In Pflegestützpunkten, in denen die Zusammenarbeit problematisch ist, kommt es zu erheblichen Schwierigkeiten im Aufbau des PSP. Gut funktionierende kooperative Strukturen nutzen die vorhandenen Qualifikationen der verschiedenen Mitarbeiter wesentlich effizienter aus, was eher zu einer qualitativ besseren Beratung führt.

## **Zentrale Ergebnisse der Teilstudie 2**

Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen und der Befragungen im Vorfeld der Fragebogenerhebung haben gezeigt, dass die Befragten Bedarf für eine unabhängige umfassende Beratung sehen. Den PSP wurde hierbei eine potenziell wichtige Rolle zuerkannt. Es wurden jedoch eine Reihe möglicher Probleme wie Zugänglichkeit, Barrierefreiheit und fehlende Unabhängigkeit thematisiert. Für die erste Befragung wurden 1.876 potenziell Pflegebedürftige und 211 potenziell Hilfebedürftige angeschrieben. Geantwortet haben 603 bzw. 125 Personen (Rücklaufquote 35%). Die potenziellen Nutzerinnen waren wie erwartet in der Mehrzahl Frauen und im Mittel 75 Jahre alt. Knapp die Hälfte lebte allein. In der Mehrzahl der Fälle (58%) wurde der Bogen von Angehörigen der potenziellen Nutzerinnen ausgefüllt. Die Mehrzahl der Befragten hatte noch nicht von PSP gehört. Nach der Information gaben fast drei Viertel der Befragten an, zukünftig einen PSP nutzen zu wollen, in der Regel jedoch nicht innerhalb der nächsten Wochen bzw. Monate. Die erste Kontaktaufnahme sollte bevorzugt telefonisch erfolgen, während für weitere Kontakte ähnliche Präferenzen sowohl für telefonische Kontakte als auch für persönliche Besuche in der Häuslichkeit berichtet wurden. Hauptanliegen an die Beratung im PSP war die Vermeidung eines Heimeinzugs. Weiterhin standen Fragen zur „ergänzenden Versorgung“ wie zu Haushaltshilfen und Fahrdiensten im Vordergrund. Fragen zu Pflege und Medizin bzw. Krankheiten wurden seltener genannt.

In der zweiten Welle wurden drei Monate nach der ersten Befragung die 728 Personen erneut angeschrieben, die geantwortet hatten. Es antworteten in der zweiten Befragungswelle 543 Personen (Rücklaufquote 75%). 90 Personen hatten in der Zwischenzeit Kontakt zu einem PSP gehabt. Die Mehrzahl der Kontakte erfolgte am Telefon. Bei den Beratungsthemen standen Pflegethemen wie Pflegestufen und Pflegedienste sowie Themen der „ergänzenden Versorgung“ im Vordergrund. Die Vermeidung eines Heimeinzugs war hingegen nur bei 15% der Befragten thematisiert worden. Die Antworten zur Bewertung der PSP und deren Leistungen waren prinzipiell positiv sowohl in Bezug auf die Erfüllung der Erwartungen, die Zufriedenheit mit den Leistungen, die Infrastruktur sowie die Beratungsgestaltung. Nichtnutzerinnen gaben als Hauptgrund an, dass sie bislang keinen Bedarf hatten. Analog wurde als wichtigste Bedingung für die zukünftige Nutzung die Entstehung eines Bedarfs bzw. die Änderung

der Versorgungssituation angegeben. Wenn alternative Angebote genutzt wurden, so waren dies in der Regel Pflegedienste.

## **Übergreifende Ergebnisse**

Mittels der gemeinsamen Betrachtung der in den Teilstudien erhobenen Daten wurde eine Berechnung des potenziellen Beratungsbedarfs von PSP versucht. Aufgrund verschiedener Limitierungen kann jedoch zu diesem Zeitpunkt keine exakte Bedarfsberechnung erfolgen, dennoch erlauben die Ergebnisse annähernde Aussagen zu Kapazitäten, zur Nachfrage, zum Potenzial sowie zur Lokalisation der PSP.

Es ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich, den Bedarf an Beratung eindeutig zu quantifizieren. Zur Annäherung wurde einerseits das Verhältnis der Inanspruchnahme zum angenommenen Gesamtbedarf der Pflegestützpunkte kartografisch für die einzelnen PSP dargestellt. Es zeigt sich, dass in vielen Stadtteilen noch potenzieller Beratungsbedarf besteht, der derzeit noch nicht durch die PSP abgedeckt wird. Demnach erscheint das Potenzial der PSP noch nicht ausgeschöpft. Darüber hinaus zeigt sich für alle PSP-Standorte eine Ballung von Anfragen aus diesen Stadtteilen im Vergleich zu anderen Stadtteilen. Hier besteht z.B. durch eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit die Möglichkeit in bislang wenig erreichten Stadtteilen weiteren potenziellen Beratungsbedarf abzudecken.

Die Ergebnisse der TS 2 liefern weitere Hinweise für eine Annäherung an die Einschätzung des zu erwartenden Bedarfs sowie der Auslastung der PSP. Hier hatten bei der zweiten Befragung 17% der Befragten Kontakt zu einem PSP aufgenommen. Da die Mehrzahl der PSP diese Quote bislang nicht erreicht hat, kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der TS 2 in Zukunft von einer Steigerung der Kontakte ausgegangen werden. Die Ergebnisse deuten nicht auf eine schnelle Sättigung des Bedarfs hin.

Angesichts der unterschiedlichen Organisationsmodelle der PSP bedarf es offensichtlich Vorgaben, um die Strukturen und Funktionen der Hamburger PSP weitestgehend zu vereinheitlichen. Eine Beibehaltung aller PSP erscheint sinnvoll, die Einrichtung weiterer PSP vorerst nicht erforderlich.

Auch die Lokalisation der PSP ist nach diesen Ergebnissen derzeit angemessen, eventuell ist zukünftig die Einrichtung „mobiler PSP“ sinnvoll.

Zusammenfassend wurde gezeigt, dass die Ergebnisse der Begleitforschung als Entscheidungsgrundlage für die weitere Diskussion dienen können. Neben der Darstellung bestehender Probleme und deren Auswirkungen wurden Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht aller beteiligten Gruppen dargestellt. Die Ergebnisse geben keine Hinweise für grundsätzliche Änderungen des derzeitigen Konzeptes der PSP in Hamburg. Allerdings sollte die Umsetzung weiter beobachtet werden, damit die im Bericht benannten Probleme möglichst zeitnah behoben werden können. Es bedarf nach der vollständigen Etablierung der PSP an allen Standorten jedoch sicher weiterer Evaluations- und Begleitforschung, um die Nachfrage und den möglichen zusätzlichen Beratungsbedarf auch weiter zu beobachten und zu bewerten. Da Hamburg als erstes Bundesland eine Evaluation der PSP vorlegt, sind die Ergebnisse auch für die anderen Bundesländer von besonderem Interesse.

## 2 Einleitung

Untersuchungen belegen, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen und insbesondere ihre Angehörigen einen hohen Bedarf an Information und Beratung haben (Ellerbrock 2004; Döhner et al. 2008) – sowohl bei bereits bestehendem Pflegebedarf, aber insbesondere zu Beginn einer Pflegesituation und vor der Einstufung in eine Pflegestufe. Bei der Pflegebedürftigkeit handelt es sich um ein gesellschaftliches Risiko (Roth & Rothgang 2001), das fast jeden von uns im Laufe des Lebens direkt als Hilfs- bzw. Pflegebedürftigen oder indirekt als potenziell Pflegenden betrifft. Dies ist kein neues Phänomen, bekommt aber mit dem demografischen Wandel eine neue Dimension.

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz hat die Bundespolitik 2008 ein Konzept vorgeschlagen, um diesem Bedarf der Bevölkerung zu entsprechen. Allerdings liegt die Umsetzung in der Verantwortung der Bundesländer, wodurch sich ein breites Spektrum unterschiedlicher Vorgehensweisen entwickelt hat. Wir werden im Folgenden nur kurz die Situation für die gesamte Bundesrepublik beschreiben, um dann auf die Umsetzung in Hamburg vertiefend einzugehen.

### 2.1 Herausforderung

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung sollte sich an den Interessen, dem Bedarf und den Bedürfnissen von Bürgern, Versicherten und Patienten orientieren – eine vom Grundsatz selbstverständliche, dennoch keineswegs hinreichend eingelöste Forderung, die seit Anfang der 90er-Jahre nicht nur national, sondern international von unterschiedlichen Akteuren zunehmend gefordert wird (Badura et al. 1999; SVR 2002, 2003; Büscher 2009). Damit verbunden ist die Vorstellung, durch mehr Unterstützung, Partizipation, Information und Integration der Betroffenen Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu korrigieren, gesundheitliche Versorgung stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten, Präferenzen und Qualitätsmaßstäbe der Patienten/Klienten zu berücksichtigen (Charles et al. 1997).

Das Statistische Bundesamt (2010) geht aufgrund des derzeit absehbaren demografischen Wandels in den aktuellen Prognosen von November 2010 davon aus, dass die Zahl der im Sinne der Pflegeversicherung pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von derzeit 2,2 Millionen bis zum Jahr 2020 auf etwa 2,9 Millionen, bis 2030 auf ca. 3,4 Millionen und bis 2050 auf 4,5 Millionen Menschen anwachsen wird. Es wird also mit einer Verdoppelung der Pflegebedürftigen bis 2050 gegenüber heute gerechnet. Schneekloth und Wahl (2005) gehen von weiteren ca. 3 Millionen Personen mit sonstigem Hilfebedarf aus. Wenn diese Relationen zwischen Hilfebedürftigen und Pflegebedürftigen in etwa stabil bleiben, würde das bedeuten, dass 2050 ca. 10 Millionen hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Deutschland leben. Somit wird der Bedarf an pflegerischen Leistungen enorm steigen.

Dieselbe Studie (Schneekloth & Wahl 2005) kommt zu dem Ergebnis, dass 92% der Pflegebedürftigen regelmäßig Hilfe und Betreuung durch eine Hauptpflegeperson, zu 73% Frauen, erhalten. Aufgrund der demografischen Entwicklungen, der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen, der wachsenden Zahl der Einpersonenhaushalte und der sich abschwächenden gesellschaftlichen Norm der „Pflicht zu pflegen“ wird eine Abnahme der Pflegebereitschaft prognostiziert (Blinkert & Klie 2004; Döhner & Rothgang 2006). Damit verbunden ist die Prognose zur künftigen Zunahme von „gemischten Pflegearrangements“, die einen wachsenden Managementbedarf mit sich bringen werden.

## 2.2 Politische Antwort

Um der daraus resultierenden erhöhten Nachfrage der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen selbst, aber erfahrungsgemäß insbesondere der Angehörigen in noch weit größerem Umfang nach Information, Beratung und Begleitung im Gesundheits- und Sozialsystem gerecht zu werden, sieht das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Einrichtung von Pflegestützpunkten (PSP) nach § 92c (SGB XI) und die erweiterte Pflegeberatung nach § 7a (SGB XI) vor.

### **§ 92c SGB XI**

*(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind*

- 1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,*
- 2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,*
- 3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.*

### **§ 7a SGB XI**

*(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,*

- 1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,*
- 2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,*
- 3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,*
- 4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie*
- 5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.*

Mit der Etablierung von PSP wird also das Ziel verfolgt, eine flächendeckende Infrastruktur zur Pflegeberatung aufzubauen sowie die regional vorhandenen Versorgungsangebote nutzerorientiert zu koordinieren und zu vernetzen, um hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine angemessene Unterstützung bei der Planung, Organisation und Gestaltung der pflegerischen Versorgung zukommen zu lassen. PSP können somit einerseits eine Antwort auf erkannte Lücken im bestehenden Versorgungssystem (Lummer 2006) darstellen und andererseits sind die PSP auch als Vorbereitung auf den zu erwartenden Anstieg des Pflegebedarfs und als Unterstützung



der häuslichen Pflegeversorgung zu betrachten (Büscher & Schaeffer 2009). Durch die kumulierten Erfahrungen der Einzelfälle werden außerdem Versorgungslücken und auch Überangebote deutlich, so dass dieses Wissen in die Sozialplanung der Länder und Kommunen einfließen kann.

Die PSP sollen flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Informations- und Beratungsangebote garantieren. Der Gesetzgeber trägt mit der Reform des Pflegeversicherungsgesetzes den Bedürfnissen der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen dadurch Rechnung, dass die Beratungsleistungen stärker als bisher auch Aufgaben der Fallsteuerung (Case-Management) einbeziehen. Diese sollen zusätzlich in den PSP mit den Aufgaben Beratung, Koordination wohnortnaher Versorgungsstrukturen sowie der Vernetzung pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote (Care Management) angeboten werden (Klie & Monzer 2008). Hierbei kann auf Erfahrungen und Erfolge aus Modellprojekten in Deutschland (Frommelt et al. 2008) sowie ausländischen Entwicklungen aufgebaut werden. Dabei ist für den Aufbau der PSP in Deutschland besonders interessant, dass die Heterogenität der im ambulanten Versorgungssektor vorfindbaren Probleme und Bedarfslagen erkennbar wurden und dass vor allem für Menschen, die noch keinen Kontakt zur Langzeitversorgung hatten, ein leicht identifizierbarer Ort als Erstkontakt genutzt werden konnte.

### **2.3 Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten in der Bundesrepublik**

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat als Anstoß für die Umsetzung der PSP flächendeckend in ganz Deutschland so genannte Pilot-Pflegestützpunkte gefördert und evaluieren lassen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) wurde 2007 im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellvorhabens „Werkstatt Pflegestützpunkte und Pflegeberater“ mit der Koordinierung und Begleitevaluation der Pilot-PSP beauftragt. Die Gesamtlaufzeit des Projekts umfasst den Zeitraum November 2007 bis Juni 2010, die Erhebungsphase zu den Kontakten endete im März 2010. Das KDA begleitete 16 Pilot-Pflegestützpunkte in 15 Bundesländern.

Um einen Überblick über die erbrachten Leistungen und die Wünsche der Nutzer zu erhalten, wurden drei Befragungsstränge durchgeführt:

- Ermittlung erster Erfahrungen der Pilot-PSP (Strukturen, Entwicklungsprozess, Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit, Zielgruppen und Leistungsangebote der PSP)
- Erfassung spezifischer Prozessdaten von acht Pilot-PSP
- Analyse der Ergebnisqualität und Nutzerbefragungen (Angaben zum Anlass und den Umständen der Kontaktaufnahme zum PSP)

Bereits die ersten zwei Zwischenberichte (Michell-Auli et al. 2008, 2009) zeigen, dass die Nutzer ihren gesetzlichen Anspruch auf umfassende Beratung wahrnehmen. Häufig scheint ein einzelner Kontakt zwischen Nutzer und PSP nicht ausreichend zu sein, da über 70% der dokumentierten Kontakte Folgekontakte im PSP waren. Aus Beratungsstellen in Schleswig-Holstein wird von durchschnittlich fünf Kontakten pro Nutzer berichtet (Hansen 2009).

Die Evaluation des KDA kommt zu dem Ergebnis, „dass es sich bei den Pilot-Pflegestützpunkten zum einen um ein niedrigschwelliges Angebot handelt. Bei fast 50% der Beratungsfälle haben Einzelinformationen ausgereicht, um den Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu befriedigen. Zum anderen werden die Pilot-Pflegestützpunkte auch von schwer- und schwerstpflegebedürftigen Menschen bzw. ihrem sozialen Umfeld in Anspruch genommen. Etwa 15% der Beratungsfälle beziehen sich auf Menschen mit

den Pflegestufen 2 und 3. Dabei wird deutlich, dass die Beratungs- und Begleitungsleistungen der bereits tätigen professionellen Dienstleister (...) aus Sicht der Pflegebedürftigen bzw. ihres sozialen Umfeldes nicht ausreichen und Pflegestützpunkte diese Lücke schließen können“ (Michell-Auli et al. 2010, S. 8). Kundenbefragungen haben eine hohe Zufriedenheit mit den Leistungen der PSP gezeigt. Zur Erreichung einer optimalen Versorgungssituation für die Ratsuchenden nennen die Autoren vier Ansatzpunkte, die von den PSP bearbeitet werden (ebenda, S. 8f):

- Präventive Arbeit: Mehr als 50% der Ratsuchenden haben keine Pflegestufe.
- Steuerungsfunktion bei Notfällen: z.B. übereilte Entscheidungen für eine stationäre Pflege
- Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe
- Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft in Kooperation mit anderen Akteuren in der Region

Dass knapp 30% der Ratsuchenden den persönlichen Kontakt im Pflegestützpunkt gesucht haben, zeigt nach Aussage der Autoren, dass ausschließlich durch Medien wie Telefon, Internet etc. keine ausreichende Beratung sichergestellt werden kann (ebenda, S. 10). Differenziert nach der Intensität der Angebote durch die PSP, ergibt sich für die Erhebungsphase folgende Aufteilung (ebenda, S. 62):

- 9% Case Management / 7a-Beratung / Fallsteuerung
- 42% Beratungsgespräch
- 49% Einzelinformationen

Die positive Schlussfolgerung im Bericht lautet, „dass eine flächendeckende Einführung von Pflegestützpunkten in Deutschland einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflegearrangements leisten kann“ (ebenda, S. 10). Bei der nötigen Weiterentwicklung wird besonders die Einführung eines Qualitätssicherungssystems betont.

Der Abschlussbericht wurde im November 2010 fertig gestellt und stand uns erst am 26. November zur Verfügung, so dass wir die Ergebnisse nur noch begrenzt in die Diskussion (siehe Kapitel 7) einbeziehen können.

Parallel zu den Pilotpflegestützpunkten wurden bereits weitere PSP in den Bundesländern etabliert. In Hamburg wurden in einem ersten Schritt neun PSP geplant und im Laufe der Jahre 2009 und 2010 realisiert. Für diese Aufbauphase erhielten zwei Institute der Universität Hamburg den Auftrag für die wissenschaftliche Begleitung.

Die Tabelle 1: gibt einen aktuellen Überblick über Planung und Realisierung von PSP in Deutschland. Mit Ausnahme von Sachsen und Sachsen-Anhalt haben alle Länder die Einrichtung von PSP geplant, allerdings in sehr unterschiedlichem Umfang. Aus Veröffentlichungen insbesondere im Internet ist bekannt, dass die Konzepte sehr unterschiedlich sind. Hierauf kann im Rahmen dieses Berichtes nicht näher eingegangen werden.

**Tabelle 1: Überblick über Planung und Realisierung der Pflegestützpunkte in Deutschland**

<b>Bundesland</b>	<b>geplant</b>	<b>realisiert</b>
Baden-Württemberg	50	26
Bayern	60	0
Berlin	36	26
Brandenburg <sup>2</sup>	-	16
Bremen	3	3
Hamburg	9	9
Hessen	26	13
Mecklenburg-Vorpommern	18	0
Niedersachsen	47	14
Nordrhein-Westfalen	159	52
Rheinland-Pfalz	135	135
Saarland	8	8
Sachsen	0	0
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	15	10
Thüringen	4	0
<b>Gesamt</b>	<b>570</b>	<b>312</b>

Quelle: KDA, 16. November 2010; Stand: September 2010

Wir haben einen Austausch zwischen den Forschergruppen der verschiedenen Bundesländer initiiert. Eine Umfrage der BSG bei den Ministerien hat gezeigt, dass es offenbar nur wenige Bundesländer mit Begleitforschung gibt. Zu einem Treffen Anfang November in Berlin kamen Kolleginnen und Kollegen aus:

- Bremen
- Brandenburg
- Berlin
- Saarland
- Hessen
- Hamburg

Da allerdings in Hamburg die Ergebnisse bereits Ende 2010 vorliegen müssen und die anderen Länder erst später ihre Berichte vorlegen werden und sich zum Teil noch in der Planungsphase befinden, konnte hier zwar einiges über den Aufbau der PSP berichtet werden, aber es konnten keine Ergebnisse vorgelegt und gegenüber gestellt werden. Es bestand allerdings der Wunsch aller Beteiligten im Austausch zu bleiben, um ggf. zu einem späteren Zeitpunkt die Ergebnisse zusammenzuführen.

---

<sup>2</sup> Das Land Brandenburg prüft bei der Errichtung von Pflegestützpunkten jeden Einzelfall und erlässt bei einer positiven Einschätzung Einzelbestimmungen. Aus diesem Grund gibt es keine festen Planzahlen. Nach Auskunft des Landesministeriums werden zwischen 18 und 36 Pflegestützpunkte angestrebt.

## 2.4 Aufbau von Pflegestützpunkten in Hamburg

Vor Aufbau der PSP gab es in Hamburg bereits ein umfangreiches Angebot an Beratungsstellen, die im weitesten Sinne auch zu Pflege betreffenden Themen informierten. Neben der bezirklichen Seniorenberatung diente unter anderem das „Pflegetelefon“ Hamburg als zentrale Beratungsstelle für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen (Pflegetelefon 2008). Das Pflegetelefon ist bereits seit Mai 2008 im Rahmen des Bundesmodellprogramms als Pilot-PSP gefördert worden (vgl. Michell-Auli et al. 2010). Das ehemalige Pflegetelefon arbeitet seit Aufbau der neuen PSP in Hamburg mit modifizierter und reduzierter Aufgabenstellung und Personalausstattung als „Beschwerdetelefon“ weiter. Darüber hinaus konnten und können sich die Versicherten bei ihrer jeweiligen Kranken- und Pflegeversicherung beraten lassen. Auch die Pflegeanbieter beraten die Pflegebedürftigen, also ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie die Sozialdienste der Krankenhäuser.

Zusätzlich gab und gibt es Hamburg weit arbeitende Beratungsstellen mit bestimmten Schwerpunkten. Dazu zählen insbesondere:

- Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen, HAMBURGISCHE BRÜCKE
- Beratungszentrum für Technische Hilfen & Wohnraumanpassung
- Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften
- Hospiz & Palliativarbeit Koordinierungsstelle Hamburg
- Alzheimer Gesellschaft Hamburg
- Charon, Beratungsstelle für schwerkranke und sterbende Menschen
- Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen

In einer Pressemitteilung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 9.7.2008 gab Senator Dietrich Wersich die Entscheidung über die Einrichtung von PSP in Hamburg bekannt:

*„Viele Menschen haben großen Beratungsbedarf, wenn es darum geht, Pflege für sich oder einen Verwandten zu organisieren. Wir wollen deshalb sicher stellen, dass in Hamburg schrittweise ein Netz von Pflegestützpunkten aufgebaut wird, bei denen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Hilfe aus einer Hand erhalten. Hierzu nutzen wir die Chance der gesetzlichen Reform, die Pflege- und Krankenkassen mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten zu beauftragen. (...) Bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten werden wir auf den vorhandenen Strukturen aufbauen und diese noch stärker am Bedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen orientieren.“*

Als Grundlage für die Arbeit der Pflegestützpunkte wurde der Landesrahmenvertrag erarbeitet und später Einzelverträge zwischen den am jeweiligen PSP Beteiligten geschlossen.

### Vertragliche Grundlage für die Pflegestützpunkte in Hamburg

Im „Landesrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg vom 16. Januar 2009“ sind die Vereinbarungen zur Arbeit und Finanzierung der PSP in Hamburg festgelegt. Die PSP werden „bedarfsorientiert und wettbewerbsneutral“ (S. 2) eingerichtet und nehmen ihre Aufgaben nach §§ 92c und 7a SGB XI sowie § 71 SGB XII (Altenhilfe als persönliche Hilfe) wahr. Allerdings heißt es später: „Die Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI bleibt von der Einrichtung der Pflegestützpunkte unberührt. Sie ist von den Pflege- und Krankenkassen soweit wie

möglich in die Pflegestützpunkte zu integrieren.“ (S. 3). Als weitere Aufgaben werden die „Aktivierung und Einbindung von Selbsthilfe, bürgerschaftlichem und ehrenamtlichem Engagement und die Einbeziehung niedrigschwelliger Hilfsangebote“ (S. 3) festgeschrieben. Gemäß § 3 Abs. 4 des Landesrahmenvertrages werten die Rahmenvertragspartner bis zum 31.12.2010 die vorliegenden Erfahrungen aus der Arbeit der PSP aus, bestimmen den Bedarf und vereinbaren die für Hamburg notwendige Anzahl von PSP sowie ihre räumliche und organisatorische Anbindung.

Die Zielgruppe für die PSP in Hamburg ist breit definiert: laut Landesrahmenvertrag werden „alle hilfe- und ratsuchenden Menschen“ (S. 3) adressiert. Erfahrungen anderer Beratungsstellen zeigen, dass der Informations- und Beratungsbedarf besonders hoch ist bei denjenigen, die noch keine Leistungen in Anspruch nehmen, den so genannten „Hilfsbedürftigen“. Die „Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2015“ geht für 2010 von ca. 45.000 Pflegebedürftigen und 66.000 Hilfebedürftigen in Hamburg aus (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2010). Die Nutzer von Beratungsstellen sind bekannterweise in überwiegender Anzahl die Angehörigen.

Die Arbeit der PSP (ausführlich: vgl. § 4) umfasst „die allgemeine Information rund um die Pflege und Betreuung für alle hilfe- und ratsuchenden Menschen und die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote in der Region“. Dabei sind alle „für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“ zu koordinieren (ebenda, S. 4).

Das Konzept sieht eine Versorgung mit vorerst acht allgemeinen PSP vor, die sich gleichmäßig über die Bezirke verteilen (ein PSP je Bezirk, im Bezirk Wandsbek zwei PSP). Das Einzugsgebiet eines PSP soll in der ersten Phase eine Größe von 100.000 Einwohnern im Alter von 60 und mehr Jahren nicht überschreiten. Zusätzlich wird in Hamburg ein PSP für Kinder und Jugendliche aufgebaut, der in enger Zusammenarbeit mit dem Beratungszentrum Sehen/Hören/Bewegen/Sprechen beratend tätig sein wird (Landesrahmenvertrag Hamburg 2009). Für jeden PSP sollen „geeignete Kräfte im Mindestumfang von 3,0 Vollzeitkräften zur Verfügung stehen“, im PSP Kinder und Jugendliche im Umfang von zwei Vollzeit-Stellen, eine davon aus dem Bestand des Beratungszentrums und eine zusätzlich finanzierte Beraterin.

Für jeden PSP gibt es einen eigenen Vertrag zwischen den beteiligten Trägern. Die Inhalte sind allerdings in weiten Teilen identisch.

Die Tabelle 2: gibt einen Überblick über die Zeitpunkte der Einrichtung der neun PSP in Hamburg. Daraus ist zu entnehmen, dass die beiden ersten PSP am 15. Juli 2009 in den Bezirken Hamburg-Mitte und Hamburg-Nord eingerichtet wurden und mit der Eröffnung des PSP Eimsbüttel am 22. März 2010 das vorläufige Ziel erreicht wurde.

**Tabelle 2: Eröffnungsdaten der Pflegestützpunkte in Hamburg**

	Altona	Bergedorf	Eimsbüttel	Harburg	HH-Mitte	HH-Nord	Rahlstedt	Wandsbek	K + J
<b>Eröffnet</b>	15.9.09	18.9.09	22.3.10	30.9.09	15.7.09	15.7.09	9.9.09	19.4.10	19.8.09

### 3 Zielsetzungen / Auftrag

Der Landesrahmenvertrag (2009) zur Implementierung von Pflegestützpunkten (PSP) zwischen den Krankenkassen in Hamburg sowie der Freien und Hansestadt Hamburg vom 16.01.2008 sieht in § 10 Abs. 2 (S. 7) eine wissenschaftliche Begleitung vor, die "datengestützte Aussagen zur Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte und der Bedarfsbemessung ermöglichen". Die Ausschreibung von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) erfolgte am 29. Juni 2009. Die Auftragserteilung an das Institut für Medizin-Soziologie im UKE (IMS, später IMSG) in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg konnte Ende Oktober 2009 realisiert werden. Durch vertragliche Verzögerungen konnte die Forschung erst im November 2009 beginnen, also einen Monat später als ursprünglich geplant. Dadurch musste die Vorbereitungsphase gekürzt werden, da der Abschluss nicht um einen Monat verlängert werden konnte, also auf Ende November 2010 terminiert blieb.

Die wissenschaftliche Untersuchung soll die Entscheidungsgrundlagen für eine zukünftige bedarfsorientierte Verteilung und Ausstattung der PSP in Hamburg liefern. Da Hamburg in Deutschland bezogen auf die wissenschaftliche Begleitung der PSP eine Vorreiterrolle einnimmt, konnte für das Evaluationskonzept nicht auf bereits bestehende Vorbilder zurückgegriffen werden. Allerdings konnte bei dem methodischen Vorgehen ein enger Austausch mit der Begleitforschung in Bremen realisiert werden, so dass bei Interesse später für bestimmte Fragestellungen auch vergleichende Aussagen getroffen werden könnten.

Die Anzahl der PSP in Hamburg soll so bemessen und die PSP sollen personell so ausgestattet werden, dass alle Ratsuchenden, die eine Beratung in Anspruch nehmen wollen, diese kurzfristig und wohnortnah erhalten und ausreichend Zeit bereit steht. Im Bundesgesetz wird von einem Caseload von ca. 100 Fällen pro Pflegeberater ausgegangen (GKV 2008).

Der Ausschreibungstext der BSG für die wissenschaftliche Begleitung geht von vier „Fragenkomplexen“ aus:

1. Welche Kapazitäten müssten zur Bewältigung der aktuellen Nachfrage vorgehalten werden?
2. Ist das Potenzial für die PSP ausgeschöpft und ist nach der Startphase und bei entsprechender Öffentlichkeitsarbeit mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen?
3. Wo sind die benötigten Kapazitäten optimal lokalisiert?
4. Werden durch die zusätzliche Kraft im Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen Leistungen erbracht, für die Krankenkassen bereits im Rahmen der Finanzierung der Frühförderung nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 30 SGB IX aufkommen?

Bei der Evaluation gilt es, die unterschiedlich langen Zeiträume seit Eröffnung der PSP (Juli 2009 bis März 2010) zu beachten.

In den Teilstudien wird dabei gemäß der Fragestellung methodisch unterschiedlich vorgegangen. Die Ergebnisse der Teilstudien werden einzeln präsentiert. Im Sinne der Ausschreibung wird die abschließende Gesamtdarstellung Schnittstellen zwischen den Teilstudien darstellen und in eine Gesamtbewertung münden.

In der zusammenfassenden Bewertung zum Bedarf an PSP in Hamburg auf Grundlage der Auswertungen der Dokumentationen, der Nutzerbefragungen, der Interviews mit den PSP-Mitarbeiterinnen und den Gesprächsgruppen mit Externen werden Aussagen vorgenommen zu:

- dem Vergleich zwischen den von Nutzern erwarteten und den laut Dokumentation angebotenen Rahmenbedingungen (z.B. Zugangswege, zeitlicher Rahmen, usw.)
- dem Vergleich zwischen den von Nutzern erwarteten Leistungen und den laut Dokumentation erbrachten Leistungen (z.B. Themenschwerpunkte der Beratung)
- dem Vergleich zwischen den von den Nutzern berichteten Leistungen und den laut Dokumentation erbrachten Leistungen (z.B. Schwerpunkte der Beratung)
- dem Verhältnis von fallbezogener Beratungs- und Case Management-Tätigkeit und Netzwerkarbeit
- dem Verhältnis von vorhandener Kapazität, gegenwärtiger und zu erwartender Nachfrage
- der Angemessenheit der Anzahl, der Ausstattung und der Standorte der PSP
- dem Bedarf an zusätzlicher spezifischer Beratungskapazität im Sinne des SGB XI in einem PSP Kinder und Jugendliche, angebunden an das Beratungszentrum Sehen-Hören-Sprechen-Bewegen

## 4 Fragestellungen

Die wissenschaftliche Begleitung des Gesamtprojekts soll eine Entscheidungsgrundlage für eine bedarfsorientierte Verteilung und Ausstattung der PSP in Hamburg liefern. Das Projekt zielt daher darauf ab Hinweise darauf zu geben, wie vieler PSP und, innerhalb der einzelnen PSP, wie vieler Mitarbeiterinnen es bedarf, damit alle Ratsuchenden, die eine Beratung in Anspruch nehmen wollen, diese kurzfristig und wohnortnah erhalten und ausreichende Kapazitäten und Zeit für sie bereit stehen.

Die in der gemeinsamen Vorbereitungsphase präzisierten drei „Teilstudien“ (TS):

- Teilstudie 1: Evaluation auf Anbieterseite
- Teilstudie 2: Evaluation auf Nutzerseite
- Teilstudie 3: Evaluation des PSP Kinder und Jugendliche am „Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen“

wurden in der Erhebungsphase weitgehend autonom von den zuständigen Instituten bearbeitet<sup>3</sup>, allerdings im ständigen Austausch untereinander, mit der BSG und dem Steuerungsausschuss. Die so erzielten Ergebnisse wurden unter dem Aspekt der Zielsetzung der Studie zusammengeführt und einer gemeinsamen Bewertung unterzogen, die dann in den Schlussfolgerungen mündet. Die Darstellung der drei Teilstudien erfolgt auf Grund der methodischen und inhaltlichen Nähe in der folgenden Reihenfolge: TS1, TS3 und TS2.

### 4.1 Fragestellungen Teilstudie 1

Für die Bedarfsermittlung der Anzahl benötigter PSP in Hamburg muss das Aufgabenspektrum von PSP aufgezeigt werden. Ganz grundsätzlich sind zwei Bereiche zu unterscheiden, die insgesamt für Hamburg und getrennt nach PSP zu evaluieren sind:

- (a) Einzelfallbezogene Aktivitäten: Information, Beratung und Begleitung im Sinne von Case-Management sowie Fallkonferenzen und Dokumentation
- (b) Klientenübergreifende Aktivitäten (Themenbereiche siehe Anhang 1.1.1): Care Management-Aufgaben wie Arbeitskreise inkl. Protokollführung, Veranstaltungen. Zusammenarbeit mit Freiwilligen / Ehrenamtlichen, Selbsthilfegruppen oder -organisationen, persönliche Kontaktpflege und Austausch, Aktualisierung des Wissens über die Angebotsstruktur, konzeptionelle Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit

Die dazu im Einzelnen untersuchten Fragestellungen in der TS 1 sind unter anderem:

1. Wie groß ist die Nachfrage? Gibt es Hinweise auf Veränderungen in der Nachfrage (vgl. auch Teilstudie 2)
2. Gibt es aktuelle Unterschiede in der Nachfrage als Reaktion auf Aktionen zur Öffentlichkeitsarbeit?
3. Wer sind die Nutzer?
4. Zu welchen Themen werden in welcher Häufigkeit Fragen gestellt?
5. Wo findet die Beratung statt?
6. Wie zeitaufwendig ist die Beratung bzw. Begleitung?

---

<sup>3</sup> An der TS 3 hat in den letzten zwei Monaten Anja Gerlach im Rahmen eines Werkvertrages des IMSG federführend gearbeitet.



7. Wie sind die weiteren Akteure in die Beratung einbezogen?
8. Wie hoch ist der Aufwand für die klientenübergreifenden Aktivitäten? Steht ausreichend Zeit für weitere Aufgaben zur Verfügung, die über die einzelfallbezogene Beratung hinaus geht?

## 4.2 Fragestellungen Teilstudie 3

Die Teilstudie 3 hat die Aufgabe, den Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche zu evaluieren. Es gibt inhaltlich und methodisch große Überschneidungen mit der Teilstudie 1 (siehe Kapitel 4.1). Die Art und der Umfang der Zusammenarbeit zwischen dem bereits existierenden Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen und dem neu aufgebauten Pflegestützpunkt Kinder und Jugendliche sind hier von besonderem Interesse für die weitere Bedarfseinschätzung.

Die spezifische Frage in dieser Teilstudie lautet:

*„Werden durch die zusätzliche Kraft im Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen Leistungen erbracht, für die Krankenkassen bereits im Rahmen der Finanzierung der Frühförderung nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 30 SGB IX aufkommen oder ob und wie durch die zusätzliche Pflegekraft das Leistungsspektrum erweitert wird?“*

Das Konzept des Pflegestützpunktes Kinder und Jugendliche ergänzt die Regelungen des Landesrahmenvertrags nach § 92 c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg und des Pflegestützpunktvertrags nach § 92 c Abs. 1 SGB XI. Dieser spezielle PSP arbeitet für ganz Hamburg – er liegt zentral im Stadtteil Hamburg-Eppendorf in den Räumen des Bezirksamtes Hamburg-Nord. Die Arbeit erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen unter Nutzung und Erweiterung der vorhandenen Beratungsstrukturen und Netzwerke. Ziel der Arbeit ist es, Familien in allen Belangen der Pflege und Betreuung des behinderten oder pflegebedürftigen Kindes oder Jugendlichen bis 18 Jahre (Säuglinge, Kindergarten- und Schulkinder) zu beraten und zu unterstützen. Auch hier werden Elemente des Case und Care Managements miteinander verbunden, um die Pflegesituation im Einzelfall sowie die Pflegeinfrastruktur insgesamt bedarfs- und bedürfnisorientiert zu evaluieren.

Das bereits multidisziplinär zusammengesetzte Team im Beratungszentrum wurde durch eine Pflegefachkraft um die spezifische Pflegekompetenz erweitert. Das Konzept sieht vor, dass eng mit den bereits vorhandenen Mitarbeitern kooperiert wird und ihre Arbeitskraft im Umfang einer Vollzeit-Stelle in den neuen Tätigkeitsbereich integriert wird. Es ist also keine spezielle Person dafür vorgesehen, sondern das Know-How der Beratungsstelle wird bedarfsorientiert abgerufen. Für die Zielgruppe des Pflegestützpunktes Kinder und Jugendliche kommt der Schnittstellenarbeit (SGB V, SGB XI, SGB XII) sowie der Vernetzung mit anderen Einrichtungen eine zentrale Bedeutung zu. Insbesondere durch die Zusammenarbeit mit den acht bezirklichen Pflegestützpunkten, die vermutlich auch als Anlaufstelle für diese besondere Zielgruppe genutzt werden, könnte von der spezialisierten Pflegefachperson ein Know-How-Transfer von Vorteil sein. Ob und wann die Federführung und ggf. das Case Management für die Beratung von Familien mit behinderten / pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen sinnvoller Weise im Beratungszentrum oder dem PSP bleibt oder je nach Dominanz der Problembereiche (z.B. pädagogischer Bereich) in anderen Einrichtungen liegen sollte, ist Teil der Forschungsfrage.

### 4.3 Fragestellungen Teilstudie 2

Die zweite Teilstudie adressiert die Frage, ob das Potenzial für die PSP ausgeschöpft ist und ob nach der Startphase und nach einer Kurzinformation potenzieller Nutzer über die PSP mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen ist. Um den zukünftigen Bedarf an Beratungsleistungen durch die PSP abzuschätzen, galt es zu klären, wie viele Nutzer der potenziellen Zielgruppen (hilfe- und pflegebedürftige Personen und ihr soziales Netzwerk), die in angemessener Form über das Angebot der PSP und deren Leistungen informiert wurden, tatsächlich einen PSP in Anspruch nehmen werden. Weiterhin galt es zu untersuchen, aus welchem Grund und mit welchen Erwartungen und Fragen die Nutzer sich an die PSP wenden. Darüber hinaus galt es (potenzielle) Barrieren der Nutzung und die Bewertung der Leistungen bei erfolgter Nutzung zu erfassen.

Auf der Nutzerebene wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Wie viele potentielle Nutzerinnen und Nutzer nehmen nach der Bereitstellung einer Kurzinformation über die PSP diese in Anspruch bzw. planen diese in Anspruch zu nehmen?
2. Welche Leistungen erwarten die Nutzer von den PSP? Werden diese Erwartungen erfüllt? Welche Angebotsformen werden in welchem Umfang in Anspruch genommen?
3. Welche Zugangswege wünschen und wählen die Nutzer, um die Angebote der PSP in Anspruch zu nehmen?
4. Wie zufrieden sind die Nutzer mit den Leistungen der PSP? Welche Probleme beschreiben die Nutzer im Kontakt mit den PSP? Welche, über die derzeitigen Angebote der PSP hinausgehenden Leistungen wünschen sich Nutzer?
5. Wer sind die Nutzer? Gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Nutzergruppen bzgl. der Erwartungen und der Zufriedenheit mit den angebotenen und erbrachten Leistungen?

Aufgrund bereits vorliegender Ergebnisse aus der Evaluation der Pilot-PSP (Michell-Auli et al. 2010) sowie persönlicher Erfahrungen und Eindrücke wurde zu Studienbeginn davon ausgegangen, dass bei der speziellen Zielgruppe folgende Hypothesen zu belegen sind:

- PSP werden der Mehrzahl der potentiellen Nutzerinnen unbekannt sein.
- Eine gezielte Information über PSP wird den Bekanntheitsgrad von PSP steigern und demnach dazu führen, dass mehr potentielle Nutzerinnen die Leistungen der PSP in Anspruch nehmen werden als ohne Information.
- Von den Nutzern werden vor allem Beratungsleistungen bzgl. finanzieller Hilfe sowie Hilfsmittelversorgung nachgefragt und in geringerem Umfang (psycho-)soziale Unterstützung und fachliche Beratung.
- Die Nutzerinnen wünschen und wählen zumeist persönliche Beratungen im PSP, was für eine kleinräumigere Ansiedlung der PSP spräche.
- Die meisten Nutzerinnen sind zufrieden mit den Leistungen der PSP.
- Hauptsächlich werden Angehörige die PSP in Anspruch nehmen, seltener Betroffene selbst.

In Teilstudie 2 wurde von unterschiedlichen Erwartungen verschiedener Nutzergruppen (vgl. auch TS 1) ausgegangen. Hier sind zu nennen: der Grund für die Pflegebedürftigkeit, das Alter und das Geschlecht der Nutzer sowie deren sozialer Status.

## 5 Methodisches Vorgehen

Aufgrund des verzögerten Starts und vieler nicht vorhersehbarer und von uns nicht zu beeinflussender Störfaktoren musste der Zeitablauf gegenüber der Planung modifiziert werden. Tendenziell musste einiges weiter nach hinten geschoben werden, so dass am Projektende weniger Zeit als geplant für die abschließende Auswertung blieb.

Die Erhebungsinstrumente für alle drei Teilprojekte konnten zeitgerecht entwickelt und erprobt werden, so dass auch die Zeit verfügbar war, vor den Erhebungen die PSP persönlich kennenzulernen. Dem leicht modifizierten methodischen Vorgehen wurde vom Hamburger Datenschutz zugestimmt, so dass die Voraussetzung für die Erhebungen in allen Teilstudien so wie geplant gegeben war.

### 5.1 Methodisches Vorgehen Teilstudie 1

In Teilstudie 1 gab es unterschiedliche Methoden der Datenerhebung:

- Es wurden die in den PSP dokumentierten Erstkontakte sowie Falldokumentationen ausgewertet (siehe Kapitel 5.1.1.1 und 5.1.1.2).
- Es wurde ein Erhebungsbogen zur Evaluation der Arbeitszeitanteile in den PSP erstellt und ausgewertet (siehe Kapitel 5.1.1.3).
- Es wurden qualitative, leitfadengestützte Experteninterviews mit ausgewählten Mitarbeiterinnen der PSP geführt (siehe Kapitel 5.1.2).

Zusätzlich wurden Leitfäden für Gesprächsrunden mit potenziellen Kooperationspartnern wie auch dem Steuerungsausschuss entwickelt. Die einzelnen methodischen Vorgehensweisen werden im Folgenden genauer beschrieben. Alle Instrumente befinden sich im Anhang.

#### 5.1.1 Dokumentationen der PSP

Die statistischen Analysen der TS 1 basieren auf Dokumentenanalysen aller Kontakte und Beratungen von Klientinnen. Es wurde eine Vollerhebung angestrebt, da in der Aufbauphase einer solchen neuen Einrichtung mit einer erheblichen Veränderungsdynamik zu rechnen ist. Inwieweit das gelungen ist, wird in den einzelnen Unterkapiteln beschrieben. Die Dokumentationsbögen waren zu Beginn des Projektes noch in der Entwicklung, so dass die aus der Forschersicht wichtigen zusätzlichen Fragen integriert werden konnten. Von einem eigenen Erhebungsbogen speziell für die Forschung wurde Abstand genommen, weil es den Beratungsprozess zusätzlich belastet hätte und damit bei den Mitarbeiterinnen auf Widerstand gestoßen wäre.

Im Ergebnis liegen nun drei unterschiedliche Dokumentationen vor:

- Dokumentation der Erstkontakte (inkl. weniger spezifischer Forschungsfragen)
- Falldokumentation (entwickelt von BSG in Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten)
- Dokumentation der Zeitanteile (spezielles Forschungsinstrument)

### 5.1.1.1 Erstkontakte

Die Pflegestützpunkte setzen einen Erstkontaktbogen ein, um jeden neuen Kontakt statistisch zu erfassen<sup>4</sup>. Dieser Bogen enthält keine persönlichen Informationen der Ratsuchenden, sondern Angaben darüber, wer die Kontaktpersonen waren, zu welchen Themen Fragen gestellt wurden, was das Gesprächsergebnis war usw. Dieser Erfassungsbogen wurde bereits im Vorfeld entwickelt. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde ab Februar eine erweiterte Version des Erstkontaktbogens eingesetzt, der zusätzliche Forschungsfragen enthielt:

- Zugang: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
- Beziehung zur pflegebedürftigen Person
- Höchster Schulabschluss der Pflegeperson
- Altersgruppe der Pflegeperson
- Geschlecht der Pflegeperson
- Probleme bei Verständigung mit ratsuchender Person wegen Migrationshintergrund
- Zeit für den Erstkontakt

Für die Evaluation sind Aspekte der Schichtzugehörigkeit und Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen bedeutsam, da bekannt ist, dass es Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Beratung gibt. In der Vorphase wurde gemeinsam mit den PSP-Mitarbeiterinnen geklärt, dass derartige Fragen systematisch nur in der Evaluationsphase, und zwar im Anschluss an die Beratung gestellt werden. Obwohl das Vorgehen so abgestimmt wurde, dass durch die Forschungsfragen der Beratungsablauf nicht gestört werden sollte, gab es öfter Probleme, die notwendigen Informationen zu erfragen.

Die Frage nach dem Schulabschluss bereitete den PSP-Mitarbeiterinnen insofern Schwierigkeiten, da sie nur schwer in den Beratungsablauf integrierbar ist und die Hemmschwellen und Skepsis der Ratsuchenden erhöht. Daher lässt sich auch erklären, warum an dieser Stelle besonders viele fehlende Angaben sind. Die Angaben zum Schulabschluss wurden von den Mitarbeiterinnen der PSP unterschiedlich gehandhabt. So fragen die einen Mitarbeiterinnen die Kontaktperson direkt nach ihrem Schulabschluss, andere schätzen diesen wiederum ein. Wenn eine ratsuchende Person ihren Schulabschluss in einer Zeit abgeschlossen hatte, in der es üblich war, nur den Volksschulabschluss zu haben, aber durch den beruflichen Werdegang mittlerweile einen Schulabschluss haben müsste, der eher der mittleren Reife oder Abitur entspräche, so wurde dieser „eigentliche“ Schulabschluss in der Erstkontaktstatistik vermerkt. Diese – von den PSP-Mitarbeiterinnen gewollte – Verzerrung trägt dem Umstand Rechnung, dass nur ein Merkmal im Erstkontaktbogen als „Schicht-Indikator“ verwendet werden konnte. Üblicherweise werden in sozialwissenschaftlichen Befragungen Angaben zum Schulabschluss durch beruflichen Status und Einkommen „korrigiert“, in diesem Fall wurde dies direkt von den PSP-Mitarbeiterinnen durchgeführt. Jedoch kann die mit dieser Variablen beabsichtigte Annäherung an die bekannte schichtspezifische Inanspruchnahme von Beratung nur begrenzt gelingen.

Die Erstkontakte wurden in Form eines Online-Fragebogens erfasst. Die Daten wurden in regelmäßigen Abständen von der BSG an das auswertende Institut übersendet.

---

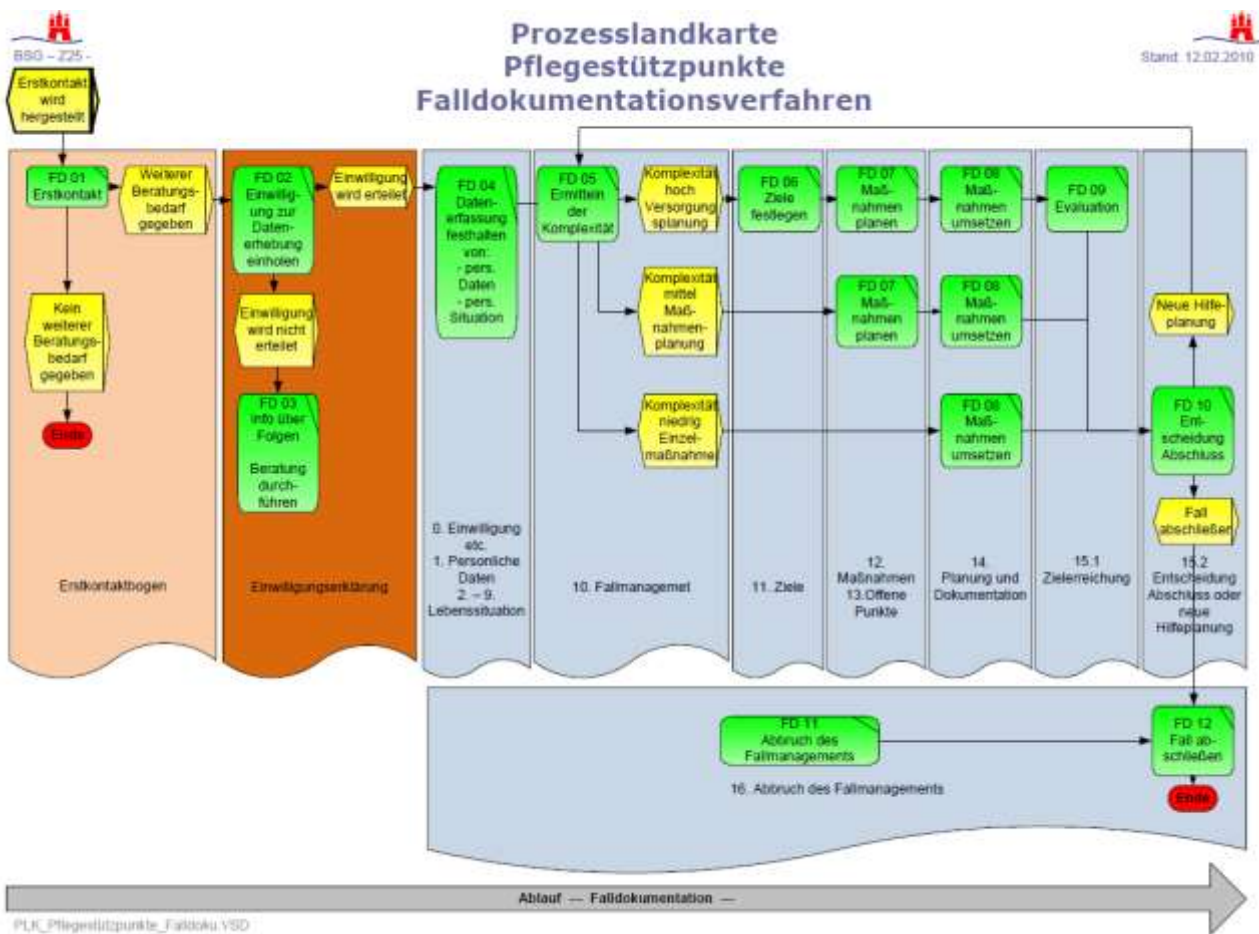
<sup>4</sup> Sofern im Rahmen einer Fallbearbeitung oder Begleitung mehrere Kontakte mit einer ratsuchenden Person zustande kommen, sollten diese im Falldokumentationsbogen dokumentiert werden, tauchen aber nicht mehr in der Erstkontaktstatistik auf.

### 5.1.1.2 Falldokumentation

Neben dem Erstkontaktbogen, in dem jede Anfrage an einen PSP dokumentiert werden soll, setzen die PSP einen so genannten Falldokumentationsbogen ein, der detaillierte Informationen der Ratsuchenden abfragt und als elektronische Akte nur für komplexere Beratungsfälle verwendet wird. Dieser Bogen wurde von der BSG zusammen mit einer Arbeitsgruppe bestehend aus Mitarbeiterinnen der Seniorenberatung und der PSP entwickelt. Anschließend wurde eine elektronische Version für den Einsatz in den PSP umgesetzt (siehe unten).

Die BSG hat eine so genannte Prozesslandkarte entwickelt, in der die Maßnahmen bei der Fallbearbeitung in Abhängigkeit von der Komplexität des Falls beschrieben werden. Diese Prozesslandkarte dient als Entscheidungsgrundlage, ab wann ein Fall in elektronischer Form in der Falldokumentation erfasst werden soll (siehe Abbildung 1:).

**Abbildung 1: Prozesslandkarte Falldokumentationsverfahren**



Der Falldokumentationsbogen ist als elektronische Akte konzipiert und wird mit dem Datenbankprogramm *Microsoft Infopath* erstellt. Dazu öffnen die PSP-Mitarbeiterinnen eine Blanks-Datei (einen leeren Falldokumentationsbogen), tragen dort die Daten ein und speichern diese Datei lokal auf einem bezirksinternen Gruppenlaufwerk ab. Für die wissenschaftliche Evaluation wurden die Falldokumentationen, sofern eine Einwilligung seitens der Ratsuchenden vorlag, in anonymisierter Form an einen zentralen Server in der BSG, dem so genannten *Sharepoint*, übermittelt. Voraussetzungen für die Arbeit mit der Falldokumentation waren:

- Die Verfügbarkeit eines bezirksinternen Gruppenlaufwerks.

- Die Verfügbarkeit von Microsoft Office mindestens in der Version 2007 (oder aktueller).
- Die Anbindung an das Behörden-Intranet mit Zugriff auf Sharepoint.

Zwischenzeitlich konnten die Mitarbeiterinnen die Falldokumentationsbögen nicht an den Sharepoint schicken, da ein Problem im Übertragungsmodus aufgetreten war, das mit Datenschutzproblemen verbunden war. Somit wurde das Versenden der Falldokumentationsbögen für einen erheblichen Zeitraum aufgeschoben, so dass die Evaluation zurückgestellt werden musste und die Vorbereitung und Durchführung der Datenauswertung sich verzögerte.

### **5.1.1.3 Zeitanteile**

Ein wesentliches Anliegen der Dokumentation der Zeitanteile war die Einschätzung des Aufwands der verschiedenen Aufgabenbereiche der PSP-Mitarbeiterinnen im Verhältnis zu einander. Vom Forschungsteam wurde dazu ein Erhebungsbogen (Anlage 1.1.1.4) entwickelt, in dem zwischen fünf Modulen unterschieden wurde, die inhaltlich beschrieben wurden. Die Angaben waren in Minuten zu machen. Der Bogen wurde in einem PSP getestet, besprochen und danach leicht modifiziert. Die Dokumentationsbögen wurden den Personalräten vorgelegt und mit ihnen diskutiert. Das Anliegen der Forscher war es die Ergebnisse zwischen den PSP zu vergleichen. Für die Personalräte war entscheidend, dass Rückschlüsse auf Einzelpersonen ausgeschlossen werden. Deshalb behielten sie sich die Entscheidung über die Art der Darstellung – nur auf ganz Hamburg bezogen oder auf einzelne PSP – bis zum Vorliegen der Auswertung vor. Schließlich gab es dann keine Bedenken zur PSP vergleichenden Darstellung.

Eine kontinuierliche Zeiterfassung ist den Mitarbeiterinnen nicht zuzumuten. Da aber erfahrungsgemäß eine längere Vorlaufzeit bis zur Normalisierung des Ablaufs in einer Beratungseinrichtung nötig ist, soll die Zeiterfassung zu zwei Zeitperioden der Evaluationsphase durchgeführt werden, um die Entwicklung der Arbeits- und Prozessabläufe besser bewerten zu können. Vorgesehen waren zwei Zeitperioden von jeweils zwei Wochen im Zeitraum im Zeitraum vom 16.-27. August 2010 und 18.-29. Oktober 2010.

Durch verschiedene Verzögerungen, u.a. bedingt durch Bedenken der Personalräte, wurde schließlich nur noch eine Erhebungsphase von 16.-27. August 2010 ins Auge gefasst. Wegen unbefriedigenden Ausfüllverhaltens wurde dann aber doch noch eine weitere Erhebung durchgeführt, nachdem die Mitarbeiterinnen noch einmal gebeten wurden im eigenen Interesse einer guten Abbildung ihrer Aktivitäten die Bögen sorgfältiger auszufüllen. Bei der Bewertung der Ergebnisse müssen die Unzulänglichkeiten beim Dokumentieren auch in der zweiten Phase berücksichtigt werden.

### **5.1.2 Mitarbeiterinneninterviews**

Um auch die Erfahrungen und Entwicklungen der PSP-Teams in die Evaluation einzubeziehen, wurden offene, qualitative Experteninterviews geführt. Dazu wurde ein Leitfaden entwickelt, der die für die genannten Projektfragestellungen wichtigen Bereiche abdeckte. Das methodische Vorgehen orientierte sich am themen- bzw. problemzentrierten Interview nach Witzel (2000).

Die aus der Literatur zu Case und Care Management bekannten und durch den Leitfaden abgedeckten Problemfelder (Döhner et al. 2002; Frommelt et al. 2008) sind:

- Vereinbarkeit von Case und Care Managementaufgaben, Prioritätensetzungen

- Abgrenzung zwischen Information, Beratung und längerfristiger Begleitung (Case Management)
- Prioritäten oder Defizite
- Neutralität der Beratung / Abhängigkeit / Wettbewerb
- Fortbildungsbedarfe / -zeit
- Konzeptionelle Weiterentwicklung
- Unterschiedliche Sichtweisen und Handlungskonzepte in Abhängigkeit von der Grundqualifikation
- Zusammenarbeit intern und extern
- Zugang zum PSP von Menschen mit Migrationshintergrund, besonderer Umgang mit ihren Anfragen sowie Kooperation mit z.B. dem Modellprojekt „Pflegerberatung für Migranten“ (Der Paritätische Hamburg 2009)

Um die Struktur der PSP und die möglichen unterschiedlichen Einflüsse und Sichtweisen der Mitarbeiterinnen mit unterschiedlichem Qualifikationshintergrund und Arbeitgeber (Bezirks- und Kassenmitarbeiterinnen) zu erfassen, wurden aus jedem PSP mindestens eine Bezirks- und eine Kassenmitarbeiterin befragt. Die Auswahl der Mitarbeiterinnen orientierte sich an Kriterien wie

- Arbeitszeit im PSP (nach Möglichkeit sollte der Stellenanteil im PSP sehr hoch sein)
- Qualifikation der Mitarbeiterinnen
- Gleichmäßige Verteilung von Kassen- und Bezirksmitarbeiterinnen, unter Berücksichtigung der LBK-Rückkehrer

Grundlage für die Auswahl war eine im Rahmen der Vorstellungsrunden erstellte Mitarbeiterinnenübersicht (siehe Kapitel 6.1.1).

Die geführten Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert und anonymisiert. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms MaxQDA. Als methodisches Vorgehen bei der Datenanalyse wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewählt. Das Datenmaterial wurde dabei inhaltlich strukturiert („Inhaltliche Strukturierung“) und anschließend zusammenfassend analysiert („Zusammenfassende Inhaltsanalyse“).

## **5.2 Methodisches Vorgehen Teilstudie 3**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Analysen der Falldokumentation und der Erstkontakte wie in Teilstudie 1 durchgeführt. Diese wurden ergänzt durch Interviews mit den Mitarbeiterinnen des PSP K+J. Des Weiteren wurden Expertinneninterviews mit den PSP-Mitarbeiterinnen und zentralen Kooperationspartnerinnen durchgeführt.

### **5.2.1 Dokumentationen des PSP K+J**

Für die Beantwortung der zentralen Fragestellung wurde wie in TS 1 die Dokumentation der Erstkontakte und Falldokumentationen systematisch ausgewertet – unter Berücksichtigung einer detaillierten Beschreibung und Einordnung der Tätigkeiten der zusätzlichen Stelle im PSP K+J.

### **5.2.1.1 Erstkontakte**

Der Erstkontaktbogen ist vom Aufbau und der Methode der Datenerhebung identisch mit dem Erstkontaktbogen der PSP für Erwachsene, so dass an dieser Stelle auf das entsprechende Kapitel zur Beschreibung der Methodik verwiesen werden kann (siehe Kapitel 5.1.1.1).

### **5.2.1.2 Falldokumentation**

Der Falldokumentationsbogen wurde in Anlehnung an TS1 modifiziert für die Bedarfe der Zielgruppe. Aufgrund technischer Probleme konnte der PSP K+J selbst im August noch nicht im elektronischen System Falldokumentationen anlegen. Die Mitarbeiterin hat jedoch handschriftlich dokumentiert, damit nichts verloren ging. Am Ende konnte aus zeitlichen Gründen nur ein kleiner Teil der tatsächlich angefallenen Falldokumentationen elektronisch übertragen und für die Begleitforschung zur Verfügung gestellt werden. Aus diesem Grund wurde ein zusätzliches Interview mit den Mitarbeiterinnen des PSP K+J geführt, um einen besseren Eindruck über Qualität und Umfang der Falldokumentationen zu erhalten (siehe Kapitel 6.2.4).

Die Mitarbeiterinnen des PSP K+J sollten eine eigene Schulung zur Falldokumentation erhalten, da der Falldokumentationsbogen für den PSP K+J inhaltlich und sprachlich angepasst wurde. Allerdings fand diese Schulung im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung noch nicht statt.

### **5.2.1.3 Leitfadeninterview Falldokumentation**

Da die Falldokumentation im PSP K+J durch von ihnen selbst nicht beeinflussbare organisatorische Hürden erst spät begonnen werden konnte bzw. teilweise nachträglich in das System eingepflegt wurde, hat sich die Forschergruppe dazu entschieden ein zusätzliches Interview zu führen. Das Interview wurde Leitfaden basiert geführt, Grundlage für den Leitfaden waren die Dokumentationsbögen der BSG (siehe Anhang 1.1.3.1). Der Leitfaden fokussiert ausschließlich Themen, die für die genannten Projektfragestellungen relevant sind. Das Leitfadeninterview wurde in den Räumen des Beratungszentrums Sehen-Hören-Bewegen- Sprechen geführt und wurde nicht aufgezeichnet. Das Interview hatte eine Dauer von ca. 60 Minuten und wurde in Form eines Ergebnisprotokolls dokumentiert.

## **5.2.2 Mitarbeiterinneninterview Fallszenario**

Als Ergänzung zur Übersicht der Falldokumentationen und auf Grund der Erfassungsprobleme sowie der besonderen Klientel des PSP K+J wurde mit den Mitarbeiterinnen des PSP ein Interview geführt, indem ein Fallszenario im Detail beschrieben wurde. Dieses Szenario soll zum besseren Verständnis der Fallbegleitung im PSP K+J beitragen. Das Interview wurde ebenfalls in den Räumen des Beratungszentrums Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen geführt und wurde digital aufgezeichnet. Das Interview wurde mit offenem Charakter geführt und hatte eine Dauer von ca. 60 Minuten. Es wurde zu dem Fallszenario verdichtet (siehe Kap 6.2.5).

## **5.2.3 Mitarbeiterinneninterview**

Um die subjektive Sicht und die Erfahrungen des PSP K+J Teams in die Evaluation einzubeziehen wurde ein Leitfaden-gestütztes Interview mit Mitarbeiterinnen des PSP geführt. Das methodische Vorgehen – Erhebungsinstrument und Auswertungsverfahren – entspricht dem methodischen Vorgehen der Teilstudie 1 (siehe Kapitel 5.1.2).



Das Experteninterview wurde in den Räumen des Beratungszentrums Sehen, Hören, Bewegen, Sprechen geführt und wurde digital aufgezeichnet. Das Interview hatte eine Dauer von ca. 80 Minuten.

#### **5.2.4 Expertinneninterviews mit zentralen Kooperationspartnern**

Um die Außensicht von potenziellen Kooperationspartnern auf den PSP K+J zu generieren wurden mit drei Hamburger Beratungseinrichtungen (Leben mit Behinderung [LmB], Werner Otto Institut [WOI] und der Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus e.V. [ASBH]) Leitfaden-gestützte Interviews mit den Mitarbeiterinnen der Institutionen geführt. Das methodische Vorgehen bei der Datenerhebung orientierte sich am themen- bzw. problemzentrierten Interview nach Witzel (2000). Die Experteninterviews wurden Leitfaden basiert geführt, hierfür wurde der Leitfaden der Mitarbeiterinneninterviews modifiziert (siehe Anhang 1.1.1.5). Die Interviews wurden in den Räumen der befragten Institutionen durchgeführt und hatten eine durchschnittliche Dauer von ca. 60 Minuten. Sie wurden digital aufgezeichnet, vollständig transkribiert. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms MaxQDA. Als methodisches Vorgehen bei der Datenanalyse wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewählt. Das Datenmaterial wurde dabei inhaltlich strukturiert („Inhaltliche Strukturierung“) und anschließend zusammenfassend analysiert („Zusammenfassende Inhaltsanalyse“).

### **5.3 Methodisches Vorgehen Teilstudie 2**

Die in Kapitel 4.3 dargestellten Fragestellungen der Teilstudie 2 wurden in einer prospektiven Befragung potenzieller Nutzerinnen von Pflegestützpunkten untersucht. Potenzielle Nutzerinnen sind hierbei hilfe- sowie pflegebedürftige Hamburger Bürgerinnen und Bürger sowie deren soziales Umfeld. Es wurde eine Befragung mittels eines postalisch versendeten Fragebogens durchgeführt, um standardisiert möglichst viele potenzielle Nutzerinnen befragen zu können. Angesichts des vorgegebenen Zeitrahmens wurden zwei Befragungen durchgeführt: eine Baseline-Befragung (t0) und eine Follow-up-Befragung (t1) nach ca. drei Monaten. Zur Fragebogenentwicklung wurden zunächst Literatursichtungen vorgenommen, des Weiteren wurden zur Generierung von Fragebogen Items zwei Gruppendiskussionen mit Seniorinnen durchgeführt. Es schlossen sich vier Experteninterviews an. Vor Beginn der Baseline-Befragung wurden die Fragebögen (t0 und t1) in fünf Pre-Tests mit der Zielgruppe von hilfe- und pflegebedürftigen Personen getestet. Im Folgenden sind diese methodischen Schritte der Entwicklung detailliert dargestellt.

#### **5.3.1 Fragebogenentwicklung**

Die Fragebogenentwicklung und auch die Erhebungen erfolgten nach international akzeptierten methodischen Vorgaben (Draugalis et al. 2008; Edwards et al. 2008; Collins 2003; Boynton 2004; Kelly et al. 2003; Porst 2001; Porst 2000). Anhand einer ausführlichen systematischen Literaturrecherche wurden in einem ersten Schritt bereits vorliegende Nutzerbefragungen und Instrumente zum Themenbereich „Pflege“ und „Pflegestützpunkt“ identifiziert und Kategorien bzw. Fragestellungen extrahiert. Die Entwicklung der Fragebögen hat sich hier im Besonderen orientiert an Befragungen von Bürgerinnen der Pilotpflegestützpunkte (KDA 2008) sowie der Befragung zur Wohn- und Lebenssituation älterer (ausländischer) Hamburgerinnen und Hamburger (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1990/92). Unterstützt wurde diese Literaturanalyse durch studentische Arbeiten im Rahmen eines Pflegeseminars am IGW im WS 2009/2010 unter Supervision der Projektleitungen Anja Gerlach und Sascha Köpke. Darüber hinaus wurden Fragen des Datenschutzes mit dem Hamburger Datenschutzbeauftragten geklärt. Die

Entwicklung der Erhebungsinstrumente, die Durchführung von Pre-Tests sowie die darauf basierende Planung der Erhebung, wurde für die Teilstudie 2 in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen in mehreren Treffen erörtert.

### **5.3.2 Gruppendiskussionen mit Betroffenen**

Auf Basis der Ergebnisse der Literatursichtung wurde ein Leitfaden (siehe Anhang 1.1.3.2) für Gruppendiskussionen mit Betroffenen entwickelt. Im Dezember 2009 wurden zwei Gruppendiskussionen in einem Hamburger Seniorentreff mit deutschsprachigen und türkischsprachigen Seniorinnen durchgeführt. Ziel der Gruppendiskussionen war es, von den Befragten zu erfahren, welche Erwartungen sie an die Beratung eines PSP und welche Erfahrungen und Fragen sie zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ haben. Um dieses Ziel zu untersuchen wurden Fragen aus den folgenden vier Teilbereichen näher beleuchtet:

- Häusliche Versorgungs- und Pflegesituation sowie Wohnsituation,
- Beratungserfahrungen im Bereich Pflege und Gesundheit,
- Wissen über Pflege- und Unterstützungsangebote sowie
- Wissen zur Pflegeversicherung.

Diese vier Themenbereiche sind von zentraler Bedeutung beim Management von einsetzender bzw. bestehender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass durch positive Beeinflussung dieser Indikatoren durch die PSP der Einfluss der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit verringert werden bzw. das Management verbessert werden kann. Um ein möglichst breites Spektrum von potenziellen Nutzerinnen zu erreichen, wurde je eine Gruppe mit fünf deutschen Seniorinnen sowie eine mit sechs Seniorinnen mit Migrationshintergrund durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte über die Leiterin des Seniorentreffs anhand einer schriftlichen Kurzinformation. Die Gruppendiskussionen wurden in den Räumen des Seniorentreffs geführt und hatten eine Dauer von durchschnittlich 60 Minuten. Für die Gruppe der Seniorinnen mit Migrationshintergrund wurde eine Übersetzerin hinzugezogen. Alle Teilnehmerinnen erhielten eine Aufwandsentschädigung von 30 €. Die leitfadengestützten Interviews wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

### **5.3.3 Expertinneninterviews**

Um über die Aussagen der Nutzerinnen hinaus auch die Perspektive von Menschen, die mit den potenziellen Nutzerinnen in Kontakt stehen bzw. diese beraten, einzubeziehen, wurden im Januar und Februar 2010 anhand eines Leitfadens (siehe Anhang 1.1.2.1) vier Interviews mit fünf Expertinnen geführt. In zwei Interviews wurden darüber hinaus auch die sich in der Entwicklung befindlichen Fragebögen von den Befragten auf Verständlichkeit und inhaltliche Angemessenheit beurteilt.

Interviewt wurden:

1. Eine Diakonin einer Hamburger Kirchengemeinde als Träger von Seniorentreffs
2. Eine Sozialarbeiterin eines Seniorentreffs
3. Ein Mitarbeiter einer Beratungsstelle mit dem Schwerpunkt Alzheimer/Demenz
4. Eine Seniorentreffleiterin sowie eine Sozialarbeiterin einer Sozialstation

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen erfolgte auf der Basis persönlicher Kontakte. Im Interview wurden die Befragten gebeten unterschiedliche Fallszenarios von Nutzerinnen ihrer Angebote (Seniorentreff /Beratungseinrichtung) zu schildern. Von besonderem

Interesse waren hierbei v.a. die Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzerinnen sowie Barrieren bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung sowie anderer Sozialleistungen (ambulanter Leistungen). Des Weiteren wurden aus ihrer Sicht „zentrale Fragen“ für die vorliegende Untersuchung, die die Erwartungen potenzieller PSP-Nutzerinnen an einen PSP möglichst vollständig abbilden, thematisiert. Darüber hinaus wurden Erwartungen an die Beratung und die Angebote der Pflegestützpunkte durch die Expertinnen erfragt, sowie mögliche Barrieren und Kooperationsinteressen. Die Interviews wurden in den Räumen der befragten Institutionen durchgeführt und hatten eine durchschnittliche Dauer von ca. 60 Minuten. Sie wurden digital aufgezeichnet, vollständig transkribiert. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms MaxQDA. Das Datenmaterial wurde inhaltlich strukturiert und anschließend zusammenfassend dargestellt.

#### **5.3.4 Pre-Tests**

Auf Basis der oben genannten methodischen Schritte wurden erste Versionen der Fragebögen (t0 und t1) entwickelt. Diese wurden im Januar und Februar 2010 in fünf aufeinander folgenden Pre-Tests bzgl. inhaltlicher Angemessenheit, Verständlichkeit sowie Zumutbarkeit überprüft. Die Auswahl der Einrichtungen und Teilnehmerinnen erfolgte auf der Basis persönlicher Kontakte. Die Teilnahme war freiwillig, die personenbezogenen Daten wurden vertraulich behandelt. Die ersten drei Pre-Tests erfolgten im Januar 2010 mittels Gruppengesprächen nach gemeinsamen Ausfüllens des Fragebogens. In den letzten zwei Pre-Tests im Februar 2010 wurden zwei größeren Gruppen von Seniorinnen die Fragebögen ausgehändigt, mit der Bitte diese an die Universität Hamburg zurückzuschicken.

1. Der erste Pre-Test fand in einem Hamburger Seniorentreff mit acht Seniorinnen statt. Hierbei erhielten die Teilnehmerinnen den Fragebogen (t0) ausgehändigt und wurden gebeten, diesen zu lesen und auszufüllen. In einer sich anschließenden Diskussionsrunde wurden Probleme und Kommentare zum Fragebogen besprochen, digital aufgezeichnet und im Anschluss thematisch ausgewertet.
2. Der zweite Pre-Test fand in einer Hamburger Seniorenwohnanlage des Betreuten Wohnens statt, dieses Mal mit 13 Seniorinnen. Das Verfahren verlief analog zum Pre-Test 1. Die benannten Probleme und Kommentare zum Fragebogen wurden in einem schriftlichen Protokoll festgehalten.
3. Der dritte Pre-Test fand in einem Alzheimer Gruppentreff in Hamburg mit sechs Seniorinnen statt. In diesem Pre-Test erhielten die Teilnehmerinnen die Fragebögen (t0 und t1) ausgehändigt und wurden gebeten, diese auszufüllen. In einer sich anschließenden Diskussionsrunde wurden Probleme und Kommentare im Detail besprochen und schriftlich festgehalten.
4. Der vierte Pre-Test fand in einer Hamburger Seniorenwohnanlage des Betreuten Wohnens statt. Es wurden 21 Fragebögen (t0) an die Leiterin der Seniorenwohnanlage gesendet, diese wurden an Seniorinnen des Betreuten Wohnens ausgehändigt. Die 21 Fragebögen wurden ausgefüllt an die Universität Hamburg zurückgeschickt und konnten ausgewertet werden.
5. Der fünfte Pre-Test fand ebenso in einer weiteren Hamburger Seniorenwohnanlage des Betreuten Wohnens statt. Es wurden 23 Fragebögen an die Leiterin der Seniorenwohnanlage gesendet, diese wurden ebenso an Seniorinnen des Betreuten Wohnens ausgehändigt. 23 Fragebögen wurden ausgefüllt an die Universität Hamburg zurückgeschickt und konnten ausgewertet werden.

Die Fragebögen wurden jeweils nach den Ergebnissen der Pre-Tests und Konsens der Projektmitarbeiterinnen adaptiert.

### **5.3.5 Stichprobe**

Ziel war es eine Gelegenheitsstichprobe, von 1.700 potenziellen Nutzern zu befragen (ca. 1.400 Pflegebedürftige und ca. 300 Hilfebedürftige). Letztendlich wurden in der ersten Befragungswelle 1.876 Personen die in den Monaten März bis Mai 2010 einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben, durch die an der Untersuchung beteiligten Kassen angeschrieben. Durch die Universität Hamburg wurden des Weiteren 211 hilfebedürftige Personen angeschrieben.

### **5.3.6 Rekrutierung**

Für die Rekrutierung von hilfe- sowie pflegebedürftigen Personen wurden aufgrund der Zugänglichkeit zu diesen Gruppen unterschiedliche Strategien gewählt. Es wurde eine konsekutive Rekrutierung eingehalten, um Verzerrungen zu vermeiden.

#### **Pflegebedürftige**

Die zu befragenden Personen wurden in Zusammenarbeit mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) rekrutiert. Der vdek ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen (Barmer GEK, Techniker Krankenkasse (TK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), KKH-Allianz, Hanseatische Krankenkasse (HEK) und hkk) die zusammen mehr als 24 Millionen Menschen in Deutschland versichern. An der vorliegenden Untersuchung haben sich die nachfolgenden Kassen beteiligt: AOK, Barmer BEK, Barmer GEK, City BKK, DAK, IKK und TK. Die beteiligten Krankenkassen haben von Anfang an die empirische Befragung der potenziellen Nutzerinnen von PSP unterstützt. Da es in den teilnehmenden Krankenkassen erhebliche Unterschiede zwischen der Gesamtanzahl und dem Anteil von älteren Mitgliedern gibt, wurde die Auswahl der Versendung von Fragebögen pro Kasse auf Basis der Anzahl der monatlichen Gesamtanträge auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz in Hamburg berechnet. Schätzungsweise werden in Hamburg knapp 2.000 Anträge pro Monat auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt. Die Anzahl je Pflegekasse ergibt sich aus der jeweiligen Anzahl der Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung (siehe Tab. 44 im Anhang). Die beteiligten Kassen stellten die zu befragenden Personen aus ihrem jeweiligen Versichertenbestand. Der Personenkreis für die beiden Befragungswellen rekrutierte sich sowohl aus Antragstellern von Erstanträgen, von Anträgen auf Höherstufung und von Anträgen auf Hilfsmittel. Anträge auf Kurzzeitpflege wurden ebenfalls berücksichtigt, da der Antragsteller noch in der Häuslichkeit wohnt.

Die Kassenvertreter schätzten Antragsteller von Eilanträgen aus Krankenhäusern auf Kurzzeitpflege als nicht geeignet ein, diese wurden daher ausgeschlossen.

Ausgeschlossen wurden darüber hinaus Anträge von Heimbewohnerinnen, da diese nicht als potenzielle Nutzer der PSP anzusehen sind.

#### **Hilfebedürftige**

Zusätzlich zu den pflegebedürftigen Menschen war es zu Beginn der Untersuchung geplant, dass ca. 400 hilfebedürftige Menschen befragt werden. Da die Klientel der PSP nicht nur pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen umfasst, sondern auch Menschen mit Hilfebedarf adressiert werden, sollte darüber hinaus auch diese Gruppe erfasst werden. Anfänglich war eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe um Prof. von Renteln-Kruse

am Albertinen Krankenhaus in Hamburg geplant, die im Rahmen der longitudinalen LUKAS-Studie über eine große Kohorte älterer Menschen in Hamburg verfügen. Im Rahmen dieser Studie sollten ca. 300 Menschen mit Hilfebedarf identifiziert und angeschrieben werden. Dieser Plan erwies sich jedoch aus organisatorischen Gründen innerhalb der LUKAS-Studie nicht durchführbar. Auf eine Anzeige im Eimsbüttler Wochenblatt meldete sich lediglich eine Person.

Erfolgreicher war die Rekrutierung über Hamburger Seniorentreffs sowie Altenkreise. In Hamburg gibt es zurzeit ca. 245 solcher Einrichtungen der Offenen Altenhilfe. Aus dieser Kohorte wurden insgesamt 160 Seniorenkreise und 82 Seniorentreffs in Hamburg angeschrieben. Die jeweiligen Leitungen wurden gebeten Seniorinnen in ihren Einrichtungen anzusprechen und sie zur Teilnahme an der Befragung zu motivieren. Die Adressen der interessierten Seniorinnen wurden auf einer Liste an die Universität Hamburg gesendet und die Fragebögen dann an die Interessierten versandt. Durch die Rücksendung der Adressen und Telefonnummern haben die Seniorinnen ihr Einverständnis an der Teilnahme zur Befragung erklärt. Durch dieses Procedere konnten insgesamt 211 potentiell hilfebedürftigen Personen in der 1. Welle angeschrieben werden. Die angestrebte Anzahl von 400 hilfebedürftigen Personen konnte nicht erreicht werden.

Die hier dargestellte Klassifikation in Hilfebedürftige und Pflegebedürftige wird im Folgenden durchgängig eingehalten. Gewisse Unschärfen sind hier nicht zu vermeiden.

### **5.3.7 Vorgehen Befragungen**

#### **5.3.7.1 Erste Befragungswelle (t<sub>0</sub>)**

Im März 2010 erfolgte der Versand der Fragebögen (t<sub>0</sub>) durch die beteiligten Krankenkassen. Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben, bekamen automatisch die Studienunterlagen von ihrer Kranken- bzw. Pflegekasse zugesandt. Eingeschlossen wurden sowohl Antragstellerinnen von Erstanträgen zu Leistungen aus der Pflegeversicherung, von Anträgen auf Höherstufung der Pflegestufe und auf Hilfsmittel. Anträge auf Kurzzeitpflege wurden ebenfalls berücksichtigt, da die Antragsteller noch in der Häuslichkeit wohnen. Ausgeschlossen wurden darüber hinaus Anträge von Heimbewohnerinnen.

Die Studienunterlagen (Fragebogen, Studieninformation, PSP-Flyer, frankierter Rückumschlag an die Universität) wurden von den Mitarbeiterinnen der Forschergruppe an die Kassen ausgeliefert. Der Fragebogen war mit einer Codenummer beschriftet. Bei Versand der Unterlagen notierten die Kassen auf einer Codeliste die Codenummer, das Versendungsdatum sowie die Stammdaten der Versicherten (Name, Anschrift und Telefonnummer). Diese Codeliste verblieb bei der jeweiligen Pflegekasse.

Wenn der Fragebogen nach vier Wochen nicht beantwortet wurde, hat eine studentische Mitarbeiterin aus den Räumen der jeweiligen Kasse die Antragstellerinnen angerufen. Die studentische Mitarbeiterin rief im Auftrag der jeweiligen Krankenkassen die Versicherten an und erkundigt sich nach dem Grund der Nichtbeantwortung und bereitete evtl. eine Neuverschickung vor. Die studentischen Mitarbeiterinnen wurden auf Datenschutz verpflichtet und unterschrieben jeweils eine Erklärung zum Datenschutz in den Kassen. Alle Kassenbesuche und Telefonate wurden detailliert dokumentiert. Die Dokumentation von Dropouts (angeschriebene Versicherte, die nicht zur Teilnahme bereit sind), demographische Daten sowie Grund der Nichtteilnahme sind dokumentiert und ausgewertet worden.

### 5.3.7.2 Nachrekrutierung 1. Welle

Der Rücklauf bei der 1. Befragungswelle war nicht zufriedenstellend, sodass während der 1. Befragungswelle, in Absprache und auf Initiative einer Krankenkasse, Antragstellerinnen nachrekrutiert werden mussten. An dieser Nachrekrutierung haben sich folgenden Krankenkassen beteiligt: AOK (n=300), DAK (n=100) und TK (n=30). Die anderen Kassen konnten aus logistischen Gründen nicht daran teilnehmen. Diese Maßnahme war eine wichtige Aktivität zur Erreichung der Stichprobe und zur Erhöhung des Rücklaufs.

### 5.3.7.3 Zweite Befragungswelle (t1)

Drei Monate nach der ersten Befragung wurden die Menschen, die in der ersten Welle geantwortet haben, erneut angeschrieben. Das Vorgehen erfolgte analog zur ersten Befragung.

### 5.3.7.4 Aktivitäten zur Erhöhung des Rücklaufs

In der Literatur werden diverse Strategien und Maßnahmen zur Erhöhung von Rücklaufquoten diskutiert (z.B. Porst 2001; Edwards 2008). Ausgangspunkt aller Überlegungen ist die Annahme, dass die Entscheidung zur Teilnahme an einer (schriftlichen) Befragung nach Abwägung von Nutzen und Kosten und Mühen durch die zu befragende Person erfolgt. Kosten und Nutzen werden dabei nicht immer unter monetären Gesichtspunkten bewertet, sondern hinsichtlich beispielsweise der Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens oder dem Risiko sich gegebenenfalls durch Nichtwissen zu blamieren.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die folgenden Maßnahmen zur Erhöhung des Rücklaufs durchgeführt:

1. Als Anreiz zur Beteiligung wurden drei Geldpreise im Wert von 200, 100 und 50€ verlost. Hierbei wurden zufällig drei Codenummern gezogen und die Personen durch die Pflegekassen anhand der Codelisten identifiziert und schriftlich benachrichtigt.
2. Es wurden vor allem telefonische Nachfragen im Rahmen der Untersuchung durchgeführt. Eine studentische Mitarbeiterin des IGW hat auf Basis der Versandlisten der Kassen ca. vier Wochen nach Versendung bei den Angeschriebenen angerufen und erkundigte sich nach dem Grund der Nichtbeantwortung und bereitete ggf. eine Neuverschickung der Materialien vor. Die Angaben des Versicherten wurden dann in eine Excel-Liste (Status: geantwortet, nachgefragt, Fragebogen nochmals verschickt etc.) eingetragen. Bei der ersten Befragungswelle erfolgte dieses Procedere im Auftrag der jeweiligen Pflegekasse und aus deren Räumen. Diese telefonischen Nachfragen wurden vorher mit den jeweiligen Krankenkassen vereinbart. Insgesamt hat es 53 Termine zu telefonische Nachfragen bei den Krankenkassen gegeben, die sich wie folgt verteilen:

**Tabelle 3: Telefonische Nachfragen bei Nichtantwort (TS 2)**

	1. Welle	2. Welle	Gesamt
<b>Besuche Kassen</b>	33	20	53
<b>Anrufe gesamt</b>	1552	424	1976
<b>Anrufe Kassen</b>	1466	388	1854
<b>Anrufe Hilfebedürftige</b>	86	36	122

Analog wurde bei den Hilfebedürftigen verfahren, nur mit dem Unterschied, dass die Personen von der Universität aus angerufen wurden, weil die Telefonnummern der Forschergruppe vorlagen.

### 5.3.8 Datenmanagement und Auswertung

Datenmanagement und Auswertung erfolgt mittels der SPSS-Version 17. Eingegangene Fragebögen wurden auf Plausibilität geprüft und zum schnellstmöglichen Zeitpunkt in die Datenbank eingegeben. Nach Beendigung der Eingabe wurden alle Eingaben kontrolliert und Fehler korrigiert.

Die Auswertung erfolgt hauptsächlich deskriptiv mit Ausnahme der Analyse zu möglichen Prädiktoren für die Nutzung der PSP.

### 5.3.9 Prädiktoren für die Nutzung der PSP

Fragestellung: Gibt es personenbezogene Variablen, welche die Inanspruchnahme von PSP vorhersagen können?

Für die Auswahl der Prädiktoren gab es grundsätzlich die zwei Kriterien Plausibilität und Ökonomie.

**Plausibilität:** Ein Zusammenhang zum Zielkriterium (Inanspruchnahme von PSP) musste logisch erklärbar sein

**Ökonomie:** Einschränkung auf wenige Variablen, um die Entdeckung zufälliger Zusammenhänge zu vermeiden

Die möglichen Prädiktoren stammen bis auf eine Ausnahme aus der ersten Befragung, da in der zweiten Befragung nur wenige beschreibende Variablen erfragt wurden und da die zweite Befragung nach einer evtl. Nutzung der PSP durchgeführt wurde. Folgende Prädiktoren wurden gewählt:

#### - Prädiktoren aus Welle 1

1. Selbständige Bearbeitung des Fragebogens (vs. Bearbeitung durch Dritte) (Frage 1)
2. Anliegen: Vermeidung von Heimeinzug (Frage 5)
3. Geschlecht (Frage 6)
4. Alter (Frage 7)
5. Hauptsprache (Frage 8)
6. Schulabschluss des PB bzw. HB (Frage 9)
7. Pflegebedürftigkeit (Frage 11)
8. Wohnsituation: Allein vs. Zusammen lebend (Frage 12)
9. Hilfebedarf (Frage 13)
10. Schulabschluss des Angehörigen (Frage 18)
11. Notwendigkeit von Pflege (Frage 14)

#### - Prädiktoren aus Welle 2

1. Selbständige Bearbeitung des Fragebogens (vs. Bearbeitung durch Dritte) (Frage1)

Eine ursprünglich geplante Regressionsanalyse wurde aus methodischen Gründen nicht für alle Variablen durchgeführt. Zwar wäre das Skalenniveau des Kriteriums prinzipiell mit der Durchführung einer Regressionsanalyse vereinbar, wenn die dichotomen eigentlich kategorialen Variablen als metrisch interpretiert würden. Unter den Prädiktoren findet sich mit dem Alter jedoch nur eine metrische Variable. Alle anderen sind kategorial. Aus diesem Grund wurde für die Prüfung der Vorhersagekraft des Alters des PB bzw. HB für die Inanspruchnahme von PSP eine lineare Regression berechnet. Alle anderen Prädiktoren wurden mittels  $\chi^2$  Tests auf einen entsprechenden Zusammenhang geprüft. Für die Beurteilung des Zusammenhangs wurden die Pearson Quadrate herangezogen. Wurde ein bedeutsamer Zusammenhang entdeckt, wurde zusätzlich der Phi-Koeffizient als Maß der Varianzaufklärung berechnet.



## 6 Ergebnisse der Teilstudien

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aus den Teilstudien dargestellt. Darüber hinaus enthält der Anhang sämtliche Ergebnistabellen der Studie.

### 6.1 Ergebnisse der Teilstudie 1

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der TS 1 vorgestellt. Neben den Ergebnissen der Auswertungen der Dokumentationen und Mitarbeiterinterviews wird einleitend die Vorstellungsrunde des Forscherteams in den PSP beschrieben.

Ein Problem besteht in der statistischen Genauigkeit der dokumentierten Daten. In jedem Bezirk unterscheiden sich die PSP-Konzepte, d.h. in bestimmten PSP ist die Seniorenberatung teilweise oder vollständig in den PSP integriert, in anderen PSP wiederum gibt es eine strikte Trennung. Da die Mitarbeiter nicht durchgängig zwischen Anfragen für die Seniorenberatung und PSP unterscheiden (können), befinden sich in der Erstkontaktstatistik als auch in den Falldokumentationen auch Angaben von Personen, die eigentlich die Seniorenberatung aufgesucht haben.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass technische Probleme die tatsächlichen Anfragen an PSP beeinflussten. So schilderten Mitarbeiterinnen aus mehreren PSP, dass die Telefonanlage bzw. Anrufbeantworter nicht korrekt funktionierten, so dass Anruferinnen in bestimmten Situationen weder Möglichkeit hatten, telefonisch einen Mitarbeiterinnen zu erreichen, noch eine Nachricht wegen Rückrufs zu hinterlassen. Diese Ratsuchenden haben nach Einschätzung der PSP-Mitarbeiterinnen kaum erneute Versuche der Kontaktaufnahme unternommen.

#### 6.1.1 Vorstellungsrunde, PSP- und Mitarbeiterinnenstruktur

Zu Beginn des Projekts hat sich das Forscherteam des IMSG in allen Pflegestützpunkten vorgestellt. Ziel war es zum einen, die geplanten Forschungsvorhaben zu beschreiben und mit den Mitarbeiterinnen abzustimmen, wie die zusätzlichen Forschungsfragen erhoben und die Mitarbeiterinneninterviews durchgeführt werden könnten. Zum anderen ging es darum, mehr über die PSP- und Mitarbeiterinnenstruktur zu erfahren. Dazu wurde ein standardisierter Leitfaden eingesetzt (siehe Anhang). Die Mitarbeiterinnenübersicht diente dann als Grundlage für die Auswahl der Mitarbeiterinnen für die Expertinneninterviews (siehe Kapitel 6.1.5). Bei diesen Besuchen des IMSG-Teams in den PSP berichteten die Mitarbeiterinnen über den aktuellen Stand ihrer Arbeit und über die sie bewegenden Probleme. Wir stellten unser Forschungsdesign vor, klärten Fragen und vereinbarten, dass wir uns gegenseitig informieren, wenn Probleme auftauchen. Wir wurden überall sehr freundlich aufgenommen und uns wurde vermittelt, dass die Mitarbeiterinnen Interesse an der Evaluation haben und uns nach allen Möglichkeiten unterstützen wollen.

Tabelle 4: gibt eine Übersicht über die Mitarbeiterinnenstruktur in den PSP. Diese Übersicht wurde von der BSG in Zusammenarbeit mit den einzelnen PSP-Mitarbeiterinnen erstellt und uns zur Verfügung gestellt.

**Tabelle 4: Übersicht über die Mitarbeiterinnenstruktur in den Pflegestützpunkten\***

PSP	Qualifikation	Arbeitgeber	Stundenanteil PSP	Stundenanteil BeSe	Stundenanteil Kasse
<b>Altona</b>	Krankenschwester Stellvertret. PDL / Palliativ Care	Bezirk	100%		
	Pflegefachkraft Unterrichtsschwester Gesundheitsmanagement und für Psychologie	Pflegekasse	100%		
	Sozialversicherungsfachangestellte Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen	Pflegekasse	100%		
<b>Bergedorf</b>	Soz.Päd.	Bezirk	50%	50%	
	Soz.Päd.	Bezirk	50%	50%	
	Pflegefachkraft Lehrerin für Pflegeberufe	Pflegekassen gemeinsam	100%		
	Pflegefachkraft	Pflegekassen gemeinsam	100%		
<b>Eimsbüttel</b>	Pflegefachkraft Lehrerin für Pflegeberufe	Pflegekassen gemeinsam	100%		
	Pflegefachkraft	Pflegekassen gemeinsame	100%		
	Soz.Päd.	Bezirk	100%		
<b>Harburg</b>	Sozialversicherungsfachangestellte Pflegefachkraft Pflegeberaterin	Pflegekasse	33%		
	Erzieherin Soz. Pädagogin Pflegeberaterin	Pflegekasse	33%		67%
	Krankenkassenbetriebswirt Pflegeberater	Pflegekasse	33%		
	Soz.Päd.	Bezirk			
	Pflegefachkraft	Pflegekassen gemeinsam	25%	75%	
	Soz.Päd.	Bezirk			
	Soz.Päd.	Bezirk			
	Pflegefachkraft	Pflegekassen gemeinsam			
<b>Mitte</b>	Exam. Krankenschwester Pflegerin	Bezirk	100%		
	Krankenpfleger TQM-Auditor	Pflegekasse	75%		
	Sozialversicherungsfachangestellte	Pflegekasse	83%		
	Sozialversicherungsfachangestellte	Pflegekasse	50%		50%
<b>Nord</b>	Dipl. Gesundheitswirtin Pflegefachkraft	Pflegekasse	27 h (0,7)		
	Pflegefachkraft Sozialversicherungsangestellte	Pflegekasse	24 h (0,6)		
	Sozialversicherungsfachangestellter	Pflegekasse	2 Tage/ Woche		3 Tage/ Woche
	Bachelor of Science	Pflegekasse	27 h (0,7)		

	Pflegefachkraft				
	Soz.Päd.	Bezirk	33%	67%	
	Soz.Päd.	Bezirk	33%	67%	
	Soz.Päd.	Bezirk	33%	67%	
<b>Rahlstedt</b>	Exam. Krankenschwester Casemanagerin Unabhängige Sachverständige im Gesundheitswesen	Pflegekasse	100%		
	Pflegeberaterin Krankenschwester Intensivschwester	Pflegekasse	100%		
	Dipl.-Soz.Arbeiterin Sozialpädagogin ex. Altenpflegerin Studium Gesundheitsmanagement Fremdsprachen	Bezirk	100%		
<b>Wandsbek</b>	Pflegefachkraft	Pflegekasse	100%		
	Pflegefachkraft	Pflegekassen gemeinsam	45%		
		Pflegekasse	55%		45%
	Soz.Päd.	Bezirk	100%		
<b>K+J</b>	Pflegefachkraft	Pflegekassen gemeinsam	100%		
	Ärztin, Soz.Päd.	Bezirk	100%		

\* Stand: August 2010

## 6.1.2 Auswertung Erstkontakte

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung der Erstkontakte präsentiert. Datengrundlage sind alle erfassten Erstkontakte seit Eröffnung der Pflegestützpunkte (n=6629)<sup>5</sup>. Da der Erhebungszeitraum für wissenschaftliche Begleitforschung (ab da waren die speziellen Forschungsfragen im Erstkontaktbogen vorhanden) erst ab Februar begann, beziehen sich die folgenden Ergebnisse nur auf diesen Zeitraum 1.2.2010 bis 30.9.2010 (n=4376). Lediglich für die Darstellung der Gesamtfallzahlen und Entwicklungszahlen (Kapitel 6.1.2.1) wurde der gesamte Datensatz verwendet.

Obwohl die Hauptergebnisse des PSP K+J (TS 3) in einem separaten Kapitel (6.2) beschrieben werden, werden vereinzelt Ergebnisse aus der Erstkontaktstatistik des PSP K+J in diesem Kapitel zu TS 1 aufgenommen. Dies ermöglicht den Vergleich der Erwachsenen-PSP und dem PSP K+J zu bestimmten Fragestellungen und gibt Aufschlüsse über die unterschiedliche Struktur und Klientel dieses Sonder-PSP.

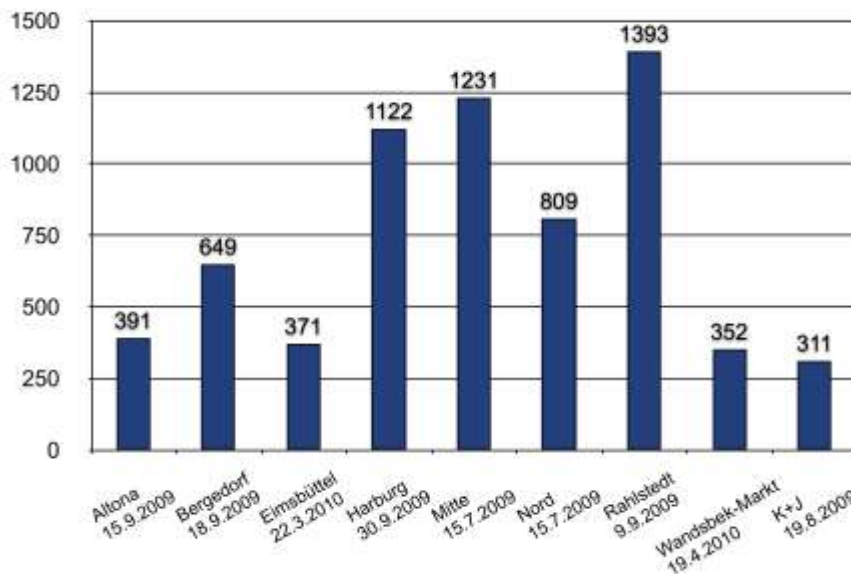
### 6.1.2.1 Fallzahlen allgemein und nach PSP

Im Folgenden werden die Auswertungen nur bezogen auf die Erhebungszeit der Begleitforschung von Februar bis September 2010 ausgewertet. Ausnahmen davon sind lediglich die Abbildungen und Tabellen in diesem Kapitel 6.1.2.1, um die Entwicklungszahlen einmal über den gesamten Zeitverlauf seit Eröffnung der PSP darzustellen.

<sup>5</sup> Hier ist zu beachten, dass Fehlversuche der Kontaktaufnahme durch die beschriebenen Probleme mit der Telefonanlage (vgl. Kapitel 6.1) nach Meinung der Mitarbeiterinnen einige Erstkontakte verhindert haben.

Abbildung 2: gibt einen Überblick über die Anzahl der Erstkontakte in den verschiedenen PSP seit deren Eröffnung bis zum 30.9.2010.

**Abbildung 2: Anzahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkten\***



\* im Zeitraum seit Eröffnung bis zum 30.9.2010

Im gesamten Zeitraum seit Eröffnung der ersten Pflegestützpunkte bis zum Schluss der Erhebungsphase der wissenschaftlichen Begleitforschung (30.09.2010) wurden insgesamt 6629 Fälle erfasst. Davon entfallen 6318 Erstkontakte auf die acht Erwachsenen-PSP, während der PSP K+J (siehe ausführlicher Kapitel 6.2) in diesem Zeitraum 311 Erstkontakte hatte.

Nicht jeder Erstkontakt kam direkt aus Hamburg. Viele PSP hatten ebenfalls Anfragen aus dem Hamburger Umland. Tabelle 5: gibt einen Überblick über die Anzahl an Erstkontakten in den einzelnen PSP, die außerhalb Hamburgs wohnten.

**Tabelle 5: Erstkontakte außerhalb Hamburgs nach Pflegestützpunkten (n=405)**

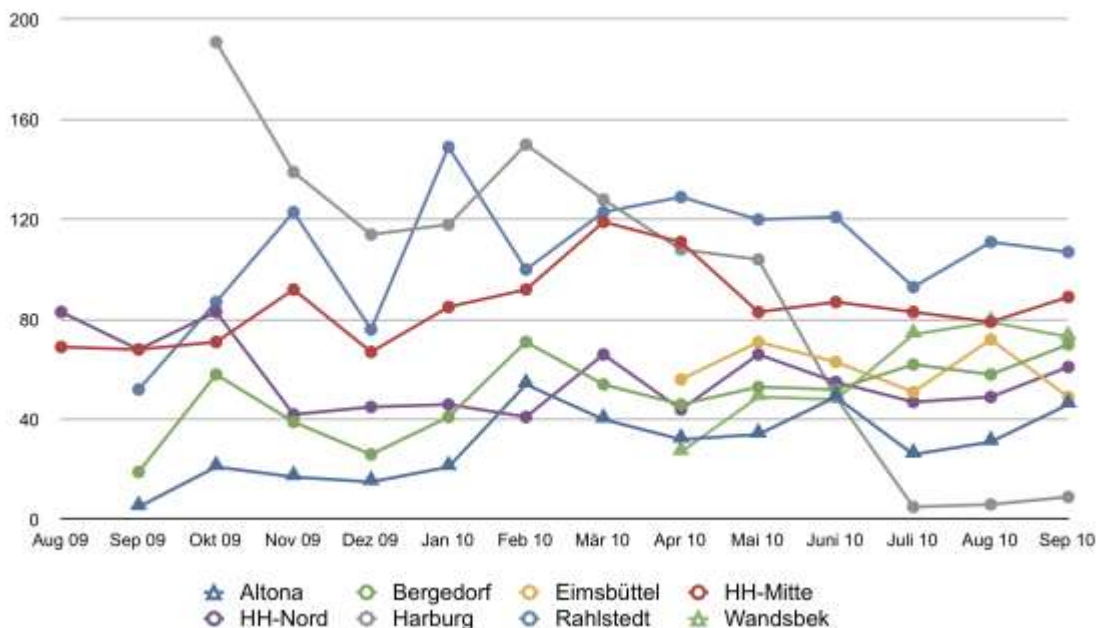
Erstkontakte außerhalb Hamburgs	Gesamt	
	n	%
PSP Altona	21	5,2
PSP Bergedorf	66	16,3
PSP Eimsbüttel	15	3,7
PSP Harburg	8	2,0
PSP Mitte	137	33,8
PSP Nord	54	13,3
PSP Rahlstedt	63	15,6
PSP Wandsbek-Markt	22	5,4
PSP K+J	19	4,7
<b>Gesamt</b>	<b>405</b>	<b>100</b>

405 Erstkontakte – das entspricht 7,8% aller Fälle, in denen die Ortsangabe der pflegebedürftigen Person vorliegt – kamen aus dem Hamburger Umland.

Interessanterweise hatte der Pflegestützpunkt aus dem Bezirk Mitte, dessen Bezirksgrenzen kaum an andere Bundesländer grenzen, die meisten Anfragen aus dem Hamburger Umland.

Die Zahl der Erstkontakte ist in fast allen Pflegestützpunkten über den zeitlichen Verlauf gestiegen, wenn auch in bestimmten Pflegestützpunkten nur moderat. Abbildung 3: zeigt für die acht Erwachsenen-Pflegestützpunkte die Anzahl an Erstkontakten pro Monat im Zeitraum seit der Eröffnung jedes Pflegestützpunktes bis Ende September 2010.

**Abbildung 3: Entwicklungszahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkten (n=6318)\***



\* seit Eröffnung bis zum 30.9.2010 (Referenz: Datum der Kontaktaufnahmen)

Vergleicht man die ersten Monate nach Eröffnung mit dem aktuellen Zeitraum, können in den meisten Fällen Zuwächse an Erstkontakten, wenn auch moderat, festgestellt werden. Es gibt aber zwei Ausnahmen: PSP Nord, der in den ersten drei Monaten einen hohen Einstieg hatte, dann einen Einbruch in den Besucherzahlen, danach jedoch wieder einen kontinuierlichen, leichten Anstieg. PSP Harburg stellt die zweite Ausnahme dar. Die Mitarbeiterinnen dieses PSP haben im Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung kontinuierlich weniger, im Juni sogar einen deutlichen Einbruch an – statistisch erfassten – Ratsuchenden. Aufgrund der speziellen Situation in Harburg<sup>6</sup> ist davon auszugehen, dass die Erstkontaktstatistik nicht mehr systematisch geführt wurde.

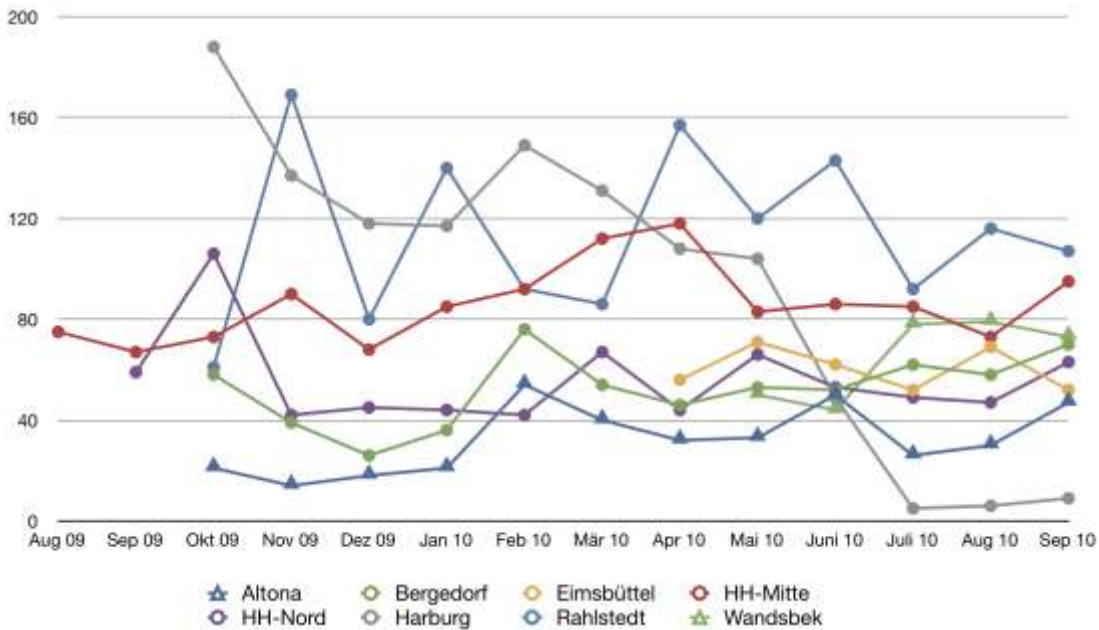
Am Verlauf der Diagrammkurven lassen sich ebenfalls (saisonale) Peaks erkennen, d.h. es gibt Zeiträume, in denen besonders viele bzw. besonders wenig Erstkontakte den PSP aufsuchen. Dies hängt zum einen von der Jahreszeit (Sommer, Weihnachten), zum anderen auch von Reaktionen auf Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit ab (siehe Kapitel 6.1.5.2).

Bei hohem Fallaufkommen steht nicht mehr ausreichend Zeit zur Verfügung, um die Erstkontaktstatistik direkt im Anschluss an den Kontakt ratsuchender Personen zu führen. In diesem Fall werden die Daten auf Papier gesammelt und die Statistik erst einige Zeit

<sup>6</sup> U.a. Diskontinuitäten und schließlich fehlende Besetzung der (aus Sicht der Seniorenberatung) externen Mitarbeiterinnen.

später elektronisch übertragen. Abbildung 4: zeigt die Anzahl an Erstkontakten im zeitlichen Verlauf, wobei in dieser Abbildung nicht das Datum der tatsächlichen Kontaktaufnahme der Ratsuchenden dargestellt ist, sondern das Datum, an dem dieser Kontakt in die elektronische Erstkontaktstatistik übertragen wurde. Dadurch entstehen auffällige Spitzen, wie sie besonders im PSP Rahlstedt deutlich werden.

**Abbildung 4: Entwicklungszahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkten (n=6318)\***



\* seit Eröffnung bis zum 30.9.2010 (Referenz: Erfassungsdatum im Erstkontaktbogen)

### 6.1.2.2 Zusammensetzung Kontaktpersonen

Die folgenden Tabellen und Abbildungen beschreiben, welche Personen, Gruppen oder Einrichtungen sich an die Pflegestützpunkte wenden.

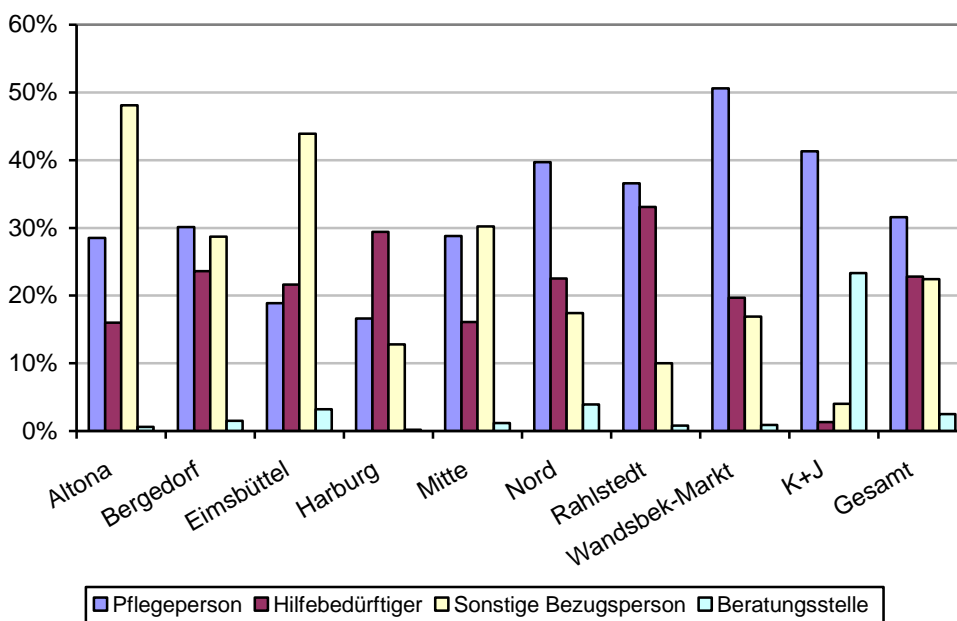
**Tabelle 6: Mit wem fand der Erstkontakt statt? (Gesamt-Hamburg)**

Mit wem fand der Erstkontakt statt?	Gesamt	
	n	%
Pflegeperson	1382	31,6
Hilfebedürftige/r	997	22,8
Sonstige Bezugsperson	979	22,4
Sonstiger Hinweisgeber, Interessierte/r	255	5,8
Ambulanter Pflegedienst	217	5,0
Staatliche Stelle	156	3,6
Beratungsstelle	110	2,5
Externer gesetzlicher Betreuer, externer Bevollmächtigter	72	1,6
Pflegeheim	61	1,4
Kranken- / Pflegekasse, MDK	55	1,3
Krankenhaus	51	1,2
Gruppe Ehrenamtlicher, Selbsthilfegruppe	31	0,7
Tagespflege	10	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>4376</b>	<b>100</b>

Mit knapp einem Drittel der Fälle meldeten sich am häufigsten die Pflegepersonen bei einem Pflegestützpunkt. Danach folgen die beiden Gruppen der betroffenen Hilfebedürftigen selbst sowie sonstige Bezugspersonen, mit denen jeweils in ca. 22% der Fälle der Erstkontakt stattfand. Stationäre Einrichtungen wie Pflegeheime, Krankenhäuser oder Tagespflegen spielen mit je weniger als 1,5% kaum eine Rolle.

Abbildung 5: zeigt, nach PSP unterschieden, die vier häufigsten Personengruppen oder Stellen, mit denen ein Erstkontakt im PSP stattfand.

**Abbildung 5: Mit wem fand der Erstkontakt statt (getrennt nach PSP)? (n=4376)\***



\* 4 häufigste Nennungen

Auch in den einzelnen Pflegestützpunkten fand der Kontakt in den meisten Fällen mit Pflegepersonen oder sonstigen Bezugspersonen statt. Nur in knapp einem Viertel aller Fälle meldete sich die hilfebedürftige Person selbst beim Pflegestützpunkt. Eine Ausnahme bildet hier der PSP K+J, da die Hilfebedürftigen hier (Klein-)Kinder sind und im Regelfall sich die (Pflege-)Eltern oder sonstige Bezugspersonen an den PSP K+J wenden. Außerdem finden, im Vergleich zu den Erwachsenen-PSP, wesentlich mehr Kontakte über Beratungsstellen statt.

### 6.1.2.3 Zugang zum PSP

In diesem Kapitel wird zum einen beschrieben, in welcher Form die Ratsuchenden Kontakt mit den Pflegestützpunkten aufnehmen. Zum anderen geht es darum, wie die Ratsuchenden vom PSP erfahren haben.

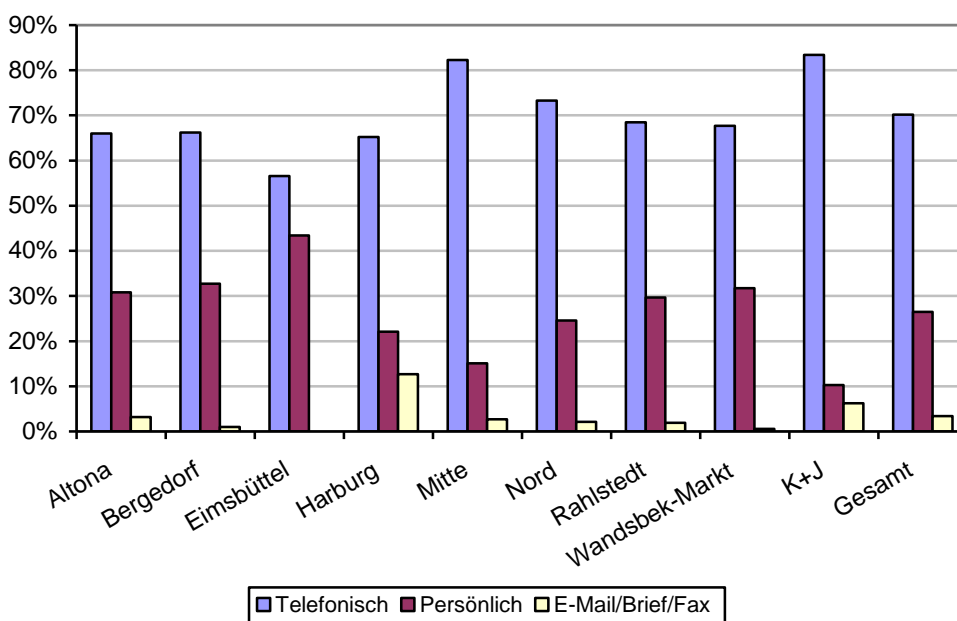
**Tabelle 7: Art der Kontaktaufnahme mit den Pflegestützpunkten in Hamburg**

Art der Kontaktaufnahme	Gesamt	
	n	%
Telefonisch	3070	70,2
Persönlich	1158	26,5
Per E-Mail	67	1,5
Brieflich / Fax	81	1,9
<b>Gesamt</b>	<b>4376</b>	<b>100</b>

Am häufigsten meldeten sich die Ratsuchenden per Telefon bei einem Pflegestützpunkt. Gut ein Viertel von ihnen besuchte den PSP persönlich. E-Mail, Brief und Fax spielen kaum eine Rolle.

Abbildung 6: beschreibt, wie die Ratsuchenden Kontakt mit dem PSP aufgenommen haben.

**Abbildung 6: Art der Kontaktaufnahme mit dem Pflegestützpunkt (n=4376)**





Knapp drei Viertel der Ratsuchenden meldeten sich telefonisch im Pflegestützpunkt. Besonders häufig ist die telefonische Kontaktaufnahme in den PSP Mitte und K+J, während im PSP Eimsbüttel vor allem die persönliche Kontaktaufnahme im Vergleich zu anderen PSP sehr hoch ist.

Tabelle 8: gibt einen Überblick über alle PSP hinsichtlich der Art und Weise, wie die Ratsuchenden von der Existenz der PSP erfahren haben.

**Tabelle 8: Zugang zum Pflegestützpunkt (Gesamt-Hamburg)\***

Zugang zum PSP	Gesamt	
	n	%
Zeitung, Fernseher	1218	31,1
Behörde / Amt	640	16,3
Mund-zu-Mund-Propaganda	441	11,2
Flyer	387	9,9
Beratungsstelle	266	6,8
Internet	259	6,6
Sonstiges	233	5,9
Krankenkasse	154	3,9
Krankenhaus	129	3,3
Heim	73	1,9
Pflegedienst	61	1,6
Hausarzt	60	1,5
<b>Gesamt</b>	<b>3921</b>	<b>100</b>

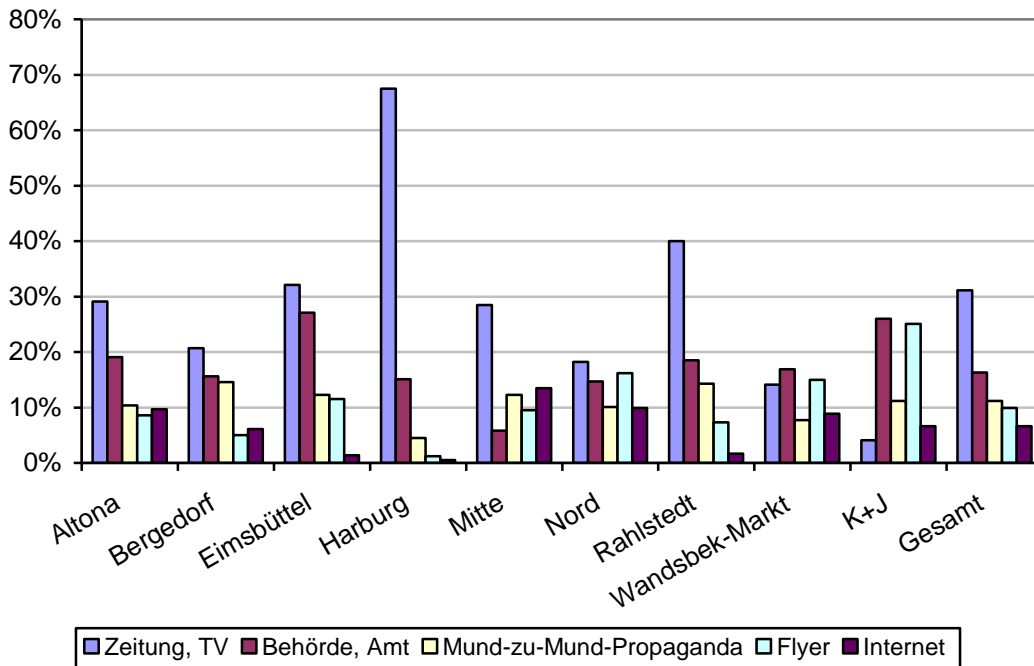
\* keine Angabe: 455

Am häufigsten haben die Ratsuchenden über Medien wie Zeitungen, Wochenblätter oder Radio und Fernsehen von den Pflegestützpunkten gehört. An zweiter Stelle befinden sich bereits Behörden bzw. Ämter, die die Bürger auf die PSP aufmerksam machen. Aber auch Mund-zu-Mund-Propaganda und Flyer scheinen eine große Wirkung zu haben, denn über diese Wege fanden jeweils ca. 10% der Ratsuchenden Zugang zu einem PSP.

Fasst man dies zusammen, so handelt es sich bei etwa der Hälfte der Fälle um Zugangswege, die sehr gut durch Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit beeinflusst werden können.

Abbildung 7: beschreibt den Zugang zu den PSP unterschieden nach den einzelnen PSP. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden jedoch nur die fünf häufigsten Nennungen gezeigt.

**Abbildung 7: Zugang zum Pflegestützpunkt (n=3921)\***



\* 5 häufigste Nennungen

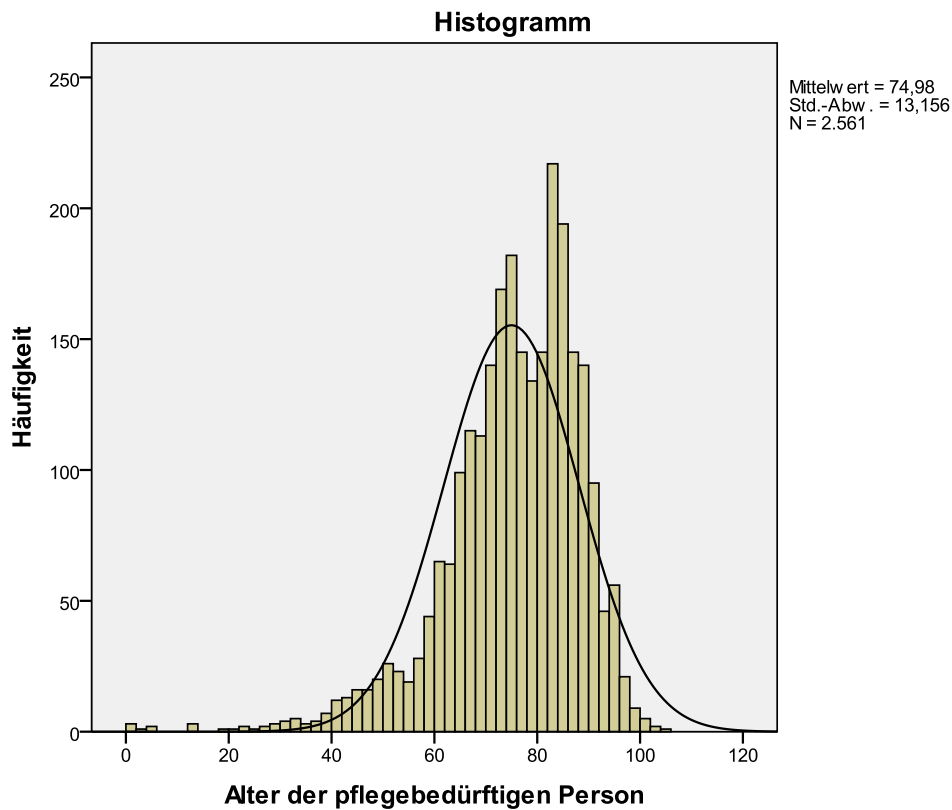
Zwei PSP sind, wie man Abbildung 7: entnehmen kann, im Hinblick auf die Bekanntheit durch Zeitung und andere Medien auffällig. Einerseits ist das der PSP Rahlstedt, von dem bekannt ist, dass er regelmäßig in lokalen Wochenblättern erscheint. Diese Form der Öffentlichkeitsarbeit führt zu entsprechender Resonanz (siehe auch Kapitel 6.1.5.2). Andererseits ist es der PSP Harburg, wobei der sehr hohe Wert für die Kategorie „Zeitung, TV“ nicht vollständig erklärt werden kann.

Weiterhin fällt auf, dass die Zugangswege zum PSP K+J andere zu sein scheinen als bei den Erwachsenen-PSP. Dieser wird weniger über Zeitung, Radio und Fernsehen bekannt, sondern eher über Flyer, oder aber die Ratsuchenden hören von anderen Behördenstellen oder Ämtern vom PSP K+J.

#### 6.1.2.4 Alter der Pflegebedürftigen

In der folgenden Abbildung wird nur das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen aus den acht Erwachsenen-PSP dargestellt, um Verzerrungen durch den PSP K+J zu vermeiden. Zu beachten ist außerdem die hohe Anzahl an fehlenden Angaben. In insgesamt 1687 Fällen gab es keine Angaben in der Erstkontaktstatistik zum Alter der Pflegebedürftigen.

**Abbildung 8: Altersverteilung der pflege- und hilfebedürftigen Personen (n=2561, nur Erwachsenen-PSP)**



Das Durchschnittsalter der Hilfe- und Pflegebedürftigen liegt bei etwa 75 Jahren. Wie man an Abbildung 8: sieht, gab es auch in den Erwachsenen-PSP Anfragen, bei denen die hilfe- und pflegebedürftigen Personen unter 20 Jahre alt und damit eigentlich ein Fall für den PSP K+J wären.

#### **6.1.2.5 Soziodemografische Daten der Ratsuchenden**

Die folgenden Diagramme und Tabellen beziehen sich auf die Forschungsfragen im Erstkontaktbogen. Diese wurden nur den Personen gestellt, die gleichzeitig auch die Pflegeperson oder sonstige Bezugsperson (im Folgenden „Pflegeperson“ genannt) waren. Die Grundgesamtheit der folgenden Diagramme und Tabellen ist demnach *nicht* n=4376 (was allen Erstkontakten seit Anfang Februar 2010 bis Ende September 2010 entspricht), sondern n=2361.

In Tabelle 9: erhält man einen Überblick über das Beziehungsverhältnis der Pflegepersonen zu den Hilfe- oder Pflegebedürftigen und wie sich diese Konstellationen in den einzelnen PSP unterscheiden.

**Tabelle 9: Geschlecht und Beziehungsverhältnis der Pflegeperson zur gepflegten Person (n=1921)\***

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tochter	57	30,2	86	40,2	39	25,7	25	34,2	143	37,9	85	39,4	143	37,1	96	43,4	1	1,1
Sonstige weibliche Person	43	22,8	37	17,3	40	26,3	13	17,8	51	13,5	38	17,6	78	20,3	38	17,2	79	84,0
(Ehe)Frau	26	13,8	34	15,9	30	19,7	14	19,2	59	15,6	33	15,3	69	17,9	29	13,1	0	0,0
Sohn	33	17,5	31	14,5	21	13,8	10	13,7	76	20,2	31	14,4	50	13,0	29	13,1	0	0,0
Sonstige männliche Person	16	8,5	15	7,0	10	6,6	5	6,8	26	6,9	20	9,3	19	4,9	16	7,2	14	14,9
(Ehe)Mann	14	7,4	11	5,1	12	7,9	6	8,2	22	5,8	9	4,2	26	6,8	13	5,9	0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>189</b>	<b>9,8</b>	<b>214</b>	<b>11,1</b>	<b>152</b>	<b>7,9</b>	<b>73</b>	<b>3,8</b>	<b>377</b>	<b>19,6</b>	<b>216</b>	<b>11,2</b>	<b>385</b>	<b>20,0</b>	<b>221</b>	<b>11,5</b>	<b>94</b>	<b>4,9</b>

\* keine Angabe: 440

Tabelle 9: zeigt, dass die meisten Pflegenden weiblichen Geschlechts sind, unabhängig vom Beziehungsverhältnis zur hilfe- oder pflegebedürftigen Person. In ca. der Hälfte der Fälle sind die Pflegepersonen Kinder oder Schwiegerkinder der Hilfe- oder Pflegebedürftigen. Bei 20 bis 25% der ratsuchenden Pflegepersonen handelt es sich um (Ehe-)Partner und bei der ungefähr ähnlich großen Restgruppe sind es sonstige Bezugspersonen.

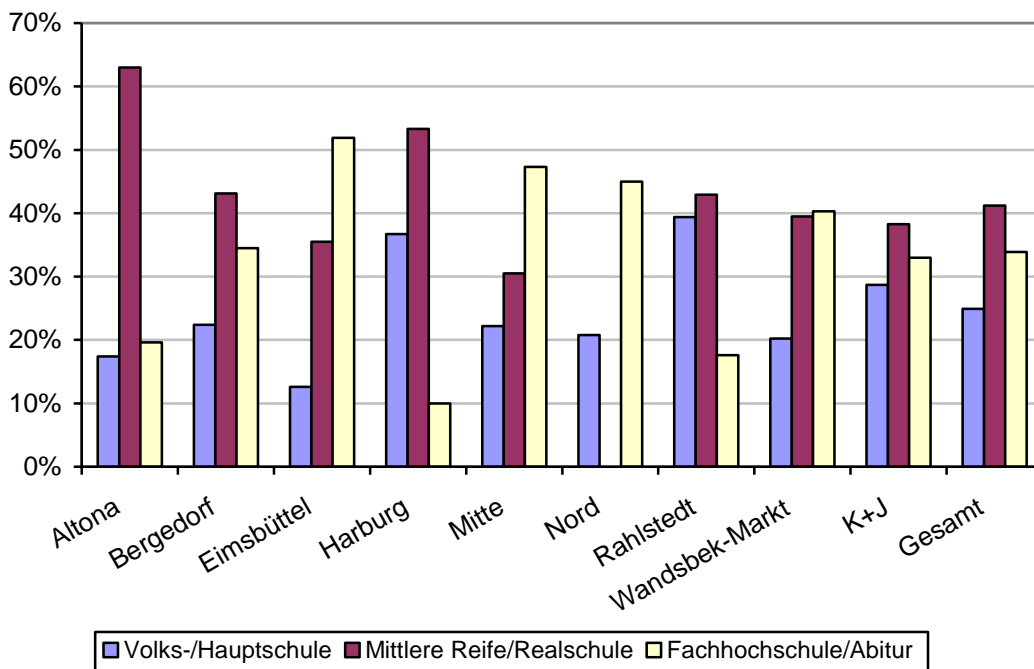
Wie zu erwarten fällt der PSP K+J hier insofern aus der Reihe, dass die Pflegepersonen nicht Kind oder Partner, sondern Eltern, Pflegeeltern oder sonstige ältere Bezugspersonen.

Insgesamt gibt es n=1307 Angaben zum Schulabschluss der Pflegepersonen. In 24,6% der Fälle wurde der Volks- oder Hauptschulabschluss angegeben. 41,4% haben einen Realschulabschluss bzw. von den PSP-Mitarbeiterinnen wurde ein entsprechender Schulabschluss geschätzt. 34% verfügen nach eigenen Angaben oder – basierend auf Einschätzung der PSP-Mitarbeiterinnen – über Fachhochschule oder Abitur.<sup>7</sup>

Abbildung 9: zeigt die Verteilung der Schulabschlüsse nach Pflegestützpunkten.

<sup>7</sup> Zu dem Vorgehen der Einschätzung des Schulabschlusses durch die PSP-Mitarbeiterinnen siehe auch Kapitel 5.1.1.1.

**Abbildung 9: Höchster Schulabschluss der ratsuchenden Pflegeperson (in %, n=1401)\***

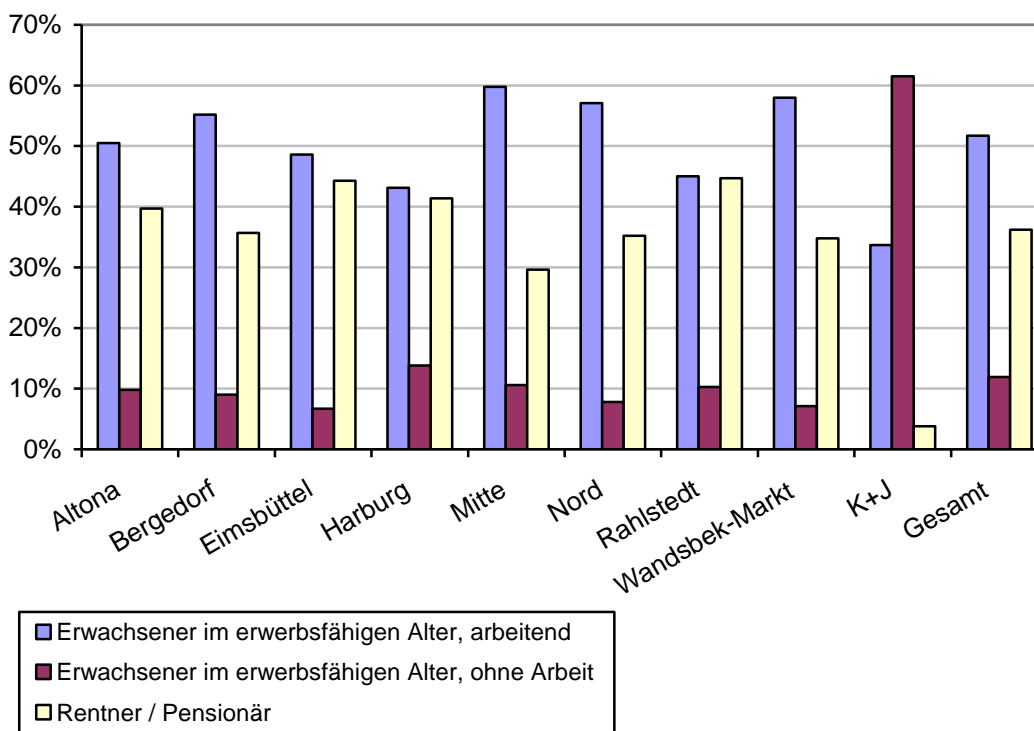


\* keine Angabe: 960

In den meisten Pflegestützpunkten ist die Gruppe der Ratsuchenden mit Haupt- oder Volksschulabschluss am kleinsten. Dies deutet darauf hin, dass der Zugang zum und die Inanspruchnahme von Pflegestützpunkten mit dem Bildungsniveau korreliert.

In Abbildung 10: sieht man die Verteilung nach Erwerbstatus bei den Ratsuchenden.

**Abbildung 10: Erwerbsstatus der ratsuchenden Pflegepersonen (in %, n=1959)\***



\* fehlend 402. Die Kategorie „Kind/Jugendlicher“ wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht mit aufgenommen. Die vollständige Tabelle befindet sich im Anhang.

Der Anteil an Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei den ratsuchenden Pflegepersonen ist äußerst gering. Deshalb sind aus Gründen der Übersichtlichkeit in Abbildung 10: nur drei der vier abgefragten Kategorien zur Altersgruppe der Kontaktpersonen aufgeführt.

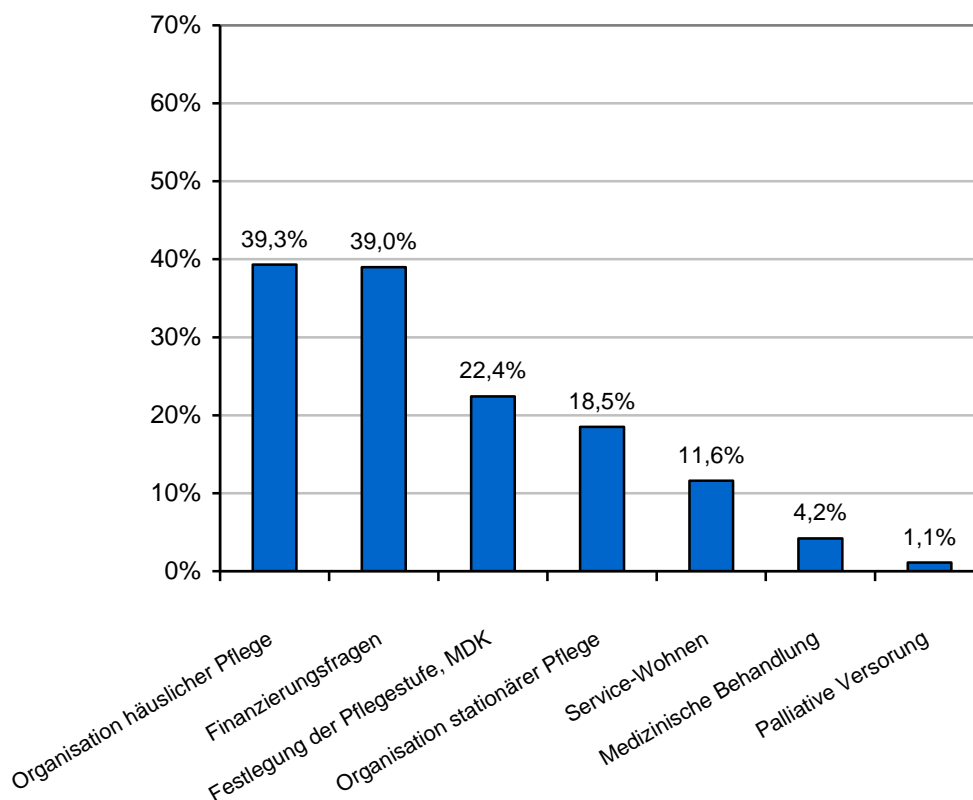
Etwa ein Drittel der Pflegepersonen sind nicht mehr im erwerbsfähigen Alter, sondern bereits Rentner bzw. Pensionär. Von den restlichen zwei Dritteln der Kontaktpersonen, die sich im Erwachsenenalter befinden, war der überwiegende Teil arbeitend. Mit Ausnahme des PSP K+J, wo über 60% der Ratsuchenden ohne Arbeit waren, sind es bei den Erwachsenen-PSP nur ca. 10%.

### 6.1.2.6 Angefragte Themen

In diesem Kapitel werden die Beratungsthemen genauer beschrieben. Zum einen interessiert dabei, welche Themen bevorzugt in den verschiedenen Pflegestützpunkten angefragt werden. Zum anderen geht es aber auch darum zu prüfen, ob die Nachfrage nach bestimmten Themen sich in Abhängigkeit von Schulbildung und Erwerbsstatus unterscheidet.

Abbildung 11: gibt einen Überblick über die angefragten Themen der Ratsuchenden im Rahmen der Erstkontaktgespräche.

**Abbildung 11: Angefragte Themen in den Pflegestützpunkten (n=4153)\***



\* alle acht Erwachsenen-PSP zusammengefasst, Mehrfachnennungen möglich

Am häufigsten suchen die Nutzer Beratung oder Informationen zu Themen der Organisation häuslicher Pflege. Finanzierungsfragen (allgemeiner Art, aber auch bezogen auf Kassen- oder Sozialhilfe) werden fast genauso häufig nachgefragt. Knapp ein Viertel aller Fragen bezieht sich auf die Festlegung der Pflegestufe oder Fragen rund um das

Thema „MDK“. Immerhin noch knapp ein Fünftel aller angefragten Themen bezieht sich auf die Organisation stationärer Pflege.

In der folgenden Tabelle 10: sind die angefragten Themen noch einmal nach Pflegestützpunkten aufgliedert.

**Tabelle 10: Angefragte Themen nach Pflegestützpunkten\***

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Angebote &amp; Maßnahmen der Altenhilfe</b>																				
	35	11,2	71	15,1	47	12,7	245	43,7	22	3,0	14	3,2	116	12,7	70	20,0	5	2,2	625	14,3
<b>Festlegung der Pflegestufe, MDK</b>																				
	61	19,6	52	11,0	85	22,9	111	19,8	139	18,7	97	22,5	287	31,4	99	28,3	75	33,6	1006	23,0
<b>Finanzierung allgemein</b>																				
	56	17,9	56	11,9	62	16,7	187	33,3	97	13,0	51	11,8	247	27,1	61	17,4	30	13,5	847	19,4
<b>Finanzierung, Kassenleistungen</b>																				
	46	14,7	78	16,6	46	12,4	112	20,0	87	11,7	64	14,8	134	14,7	74	21,1	15	6,7	656	15,0
<b>Finanzierung, Sozialhilfe</b>																				
	42	13,5	91	19,3	28	7,5	339	60,4	75	10,1	58	13,5	188	20,6	41	11,7	16	7,2	878	20,1
<b>Medizinische Behandlung</b>																				
	8	2,6	11	2,3	20	5,4	29	5,2	21	2,8	3	0,7	59	6,5	23	6,6	6	2,7	180	4,1
<b>Organisation häuslicher Pflege</b>																				
	90	28,8	161	34,2	103	27,8	354	63,1	303	40,7	105	24,4	407	44,6	111	31,7	81	36,3	1715	39,2
<b>Organisation stationärer Pflege</b>																				
	76	24,4	72	15,3	81	21,8	60	10,7	113	15,2	87	20,2	210	23,0	68	19,4	19	8,5	766	18,0
<b>Palliative Versorgung</b>																				
	2	0,6	2	0,4	2	0,5	1	0,2	9	1,2	5	1,2	18	2,0	6	1,7	0	0,0	45	0,1
<b>Service-Wohnen</b>																				
	26	8,3	54	11,5	43	11,6	98	17,5	56	7,5	24	5,6	134	14,7	47	13,4	8	3,6	490	11,2
<b>Sonstiges</b>																				
	134	42,9	110	23,4	156	42,0	103	18,4	263	35,3	143	33,2	443	48,5	106	30,3	101	45,3	1559	35,6

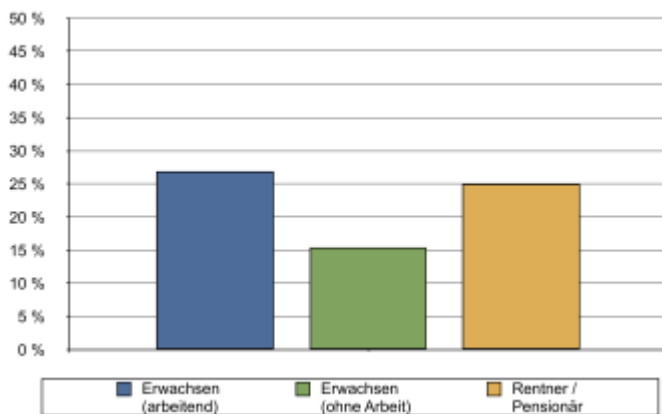
\* Mehrfachnennungen möglich

Im PSP Altona werden am häufigsten Fragen zur Organisation häuslicher und stationärer Pflege gestellt. Auch Themen zur Festlegung von Pflegestufen und allgemeinen Finanzierungsaspekten werden oft nachgefragt. Im PSP Bergedorf werden ebenfalls Fragen zur Organisation häuslicher Pflege sehr oft gestellt, jedoch im Gegensatz zum PSP Altona wird dieses Thema mehr als doppelt so häufig nachgefragt wie Fragen zur Organisation der stationären Pflege. Hinsichtlich der Finanzierungsfragen ist es insbesondere der Bereich der Sozialhilfe, zu dem die Ratsuchenden Fragen haben. Der PSP Eimsbüttel weist ein ähnliches Muster wie der PSP Altona in Bezug auf die nachgefragten Themen auf. Der PSP Harburg fällt etwas aus dem allgemeinen Muster der anderen PSP heraus. Zwar werden auch hier am meisten die Themen „Organisation der häuslichen Pflege“ und Finanzierungsfragen zur Sozialhilfe nachgefragt, jedoch wesentlich häufiger als in den anderen Pflegestützpunkten. Auch zum Thema „Angebote und Maßnahmen der Altenhilfe“ wird sehr oft beraten, während wiederum Fragen zur Organisation der stationären Pflege am seltensten von allen Pflegestützpunkten behandelt werden. Auch im PSP Mitte werden die meisten Fragen zur Organisation der häuslichen Pflege gestellt. Fragen zur Festlegung von Pflegestufen und der Organisation stationärer

Pflege sind die nächsthäufigen Themenbereiche. Im PSP Nord finden wir ebenfalls ein bekanntes Muster, das in ähnlicher Form auch in den Diagrammen der PSP Altona und Eimsbüttel zu finden ist. Im PSP Rahlstedt taucht das allgemeine Muster auch auf, wenn auch nur in stärkerer Ausprägung als in anderen Pflegestützpunkten, wie auch im PSP Wandsbek-Markt.

Im Folgenden werden ausgewählte nachgefragte Themen noch einmal nach soziodemografischen Merkmalen der Ratsuchenden betrachtet. Abbildung 12: stellt dar, wie sich die Fragen zur Organisation stationärer Pflege nach Erwerbsstatus unterscheiden.

**Abbildung 12: Fragen zur Organisation stationärer Pflege nach Erwerbsstatus (n=1956)\***

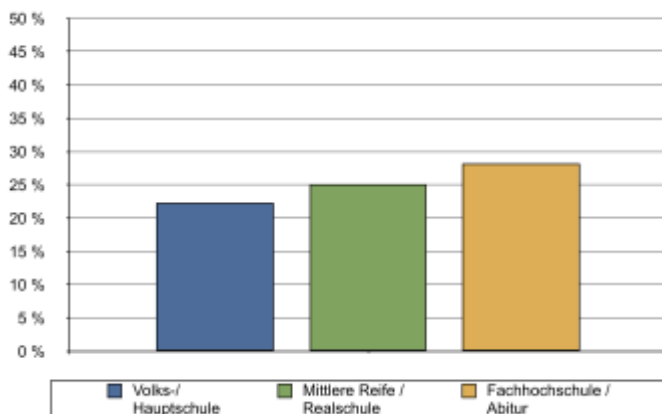


\*  $p < 0.01$

Bei Fragen zur Organisation stationärer Pflege, ein generell häufig angefragtes Thema in den Pflegestützpunkten, sind es vor allem erwerbstätige Erwachsene, die Fragen dazu haben. Die Gruppe der Erwerbslosen ist in diesem Bereich deutlich kleiner, so dass davon auszugehen ist, dass bei Erwerbslosigkeit vorwiegend die Durchführung häuslicher Pflege möglich ist.

Abbildung 13: zeigt, wie sich die Fragen zur Organisation stationärer Pflege nach Schulabschluss unterscheiden.

**Abbildung 13: Fragen zur Organisation stationärer Pflege nach Schulabschluss (n=1401)\***



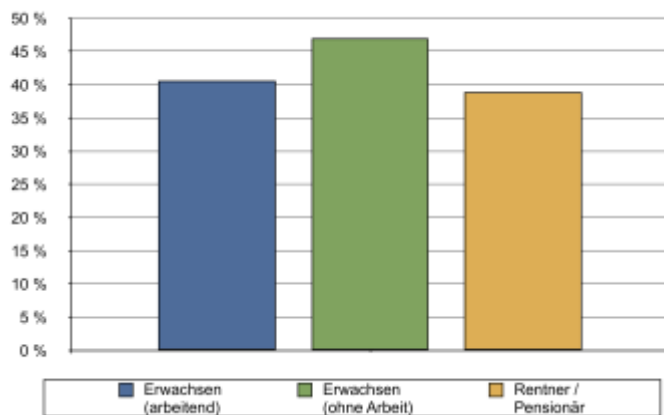
\* nicht signifikant



Bezogen auf den Schulabschluss der ratsuchenden Pflegepersonen und der Nachfrage nach Organisation der stationären Pflege zeigt sich, dass mit steigender Schulbildung die Nachfrage zu diesem Thema steigt. Allerdings ist diese Tendenz nur minimal und statistisch nicht signifikant.

In Abbildung 14: wird die Verteilung der Angaben zu Fragen zur Organisation häuslicher Pflege nach Erwerbsstatus dargestellt.

**Abbildung 14: Fragen zur Organisation häuslicher Pflege nach Erwerbsstatus (n=1956)\***



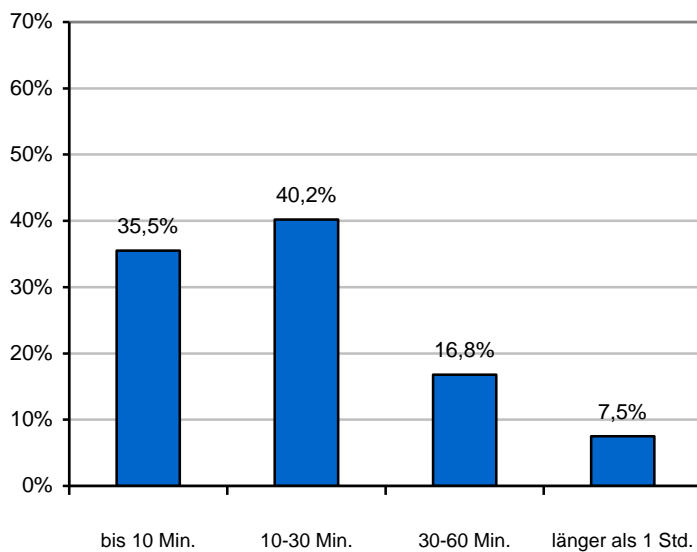
\* nicht signifikant

Während es bei Fragen zur Organisation häuslicher Pflege keine nennenswerten Unterschiede bei Ratsuchenden mit unterschiedlichen Schulabschlüssen gab, so zeigen sich leichte Differenzen je nach Erwerbsstatus der Ratsuchenden. Abbildung 14: zeigt, dass die Ratsuchenden im erwerbsfähigen Alter ohne Arbeit etwas häufiger Fragen zur Organisation häuslicher Pflege haben. Auch hier ist der Unterschied statistisch jedoch nicht bedeutsam.

### 6.1.2.7 Gesprächsergebnisse

In den folgenden Abbildungen und Tabellen werden sowohl die Gesprächsergebnisse der Erstkontakte als auch die geschätzte Dauer dieser Gespräche beschrieben. In Abbildung 15: ist die Verteilung der Dauern der Erstkontaktgespräche dargestellt.

**Abbildung 15: Dauer des Erstkontaktgesprächs (n=4376)**



Ca.  $\frac{3}{4}$  aller Erstkontaktgespräche dauerten bis zu einer halben Stunde. Knapp 17% der Gespräche dauerten bis zu einer Stunde, und 7,5% länger als eine Stunde.

In Tabelle 11: werden die Gesprächsergebnisse der Erstkontaktgespräche dargestellt.

**Tabelle 11: Gesprächsergebnisse der Erstkontakte (n=4376)\***

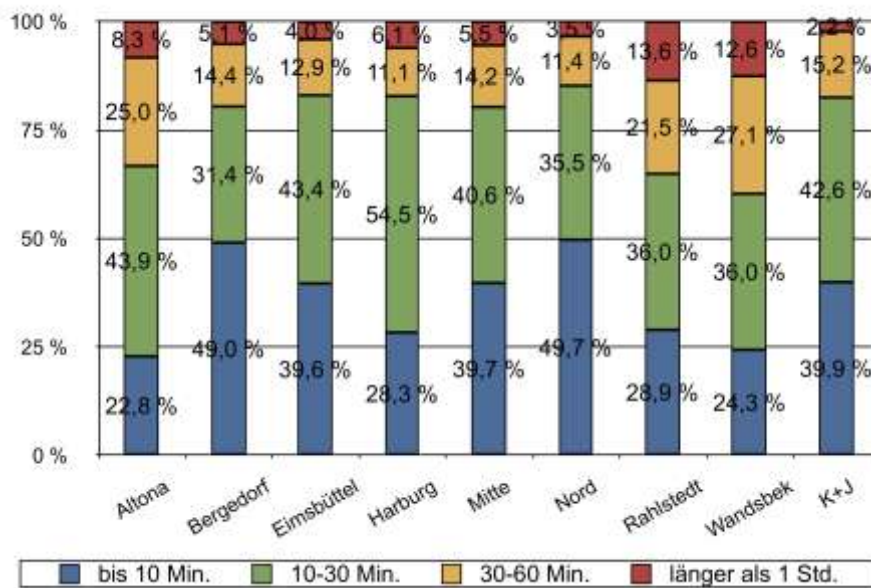
Gesprächsergebnisse	Gesamt	
	n	%
Info gegeben	3380	77,2
Beratung durchgeführt	2171	49,6
Infomaterial übergeben	1254	28,7
An andere / zuständige Stelle verwiesen	834	19,1
Persönliche Daten aufgenommen	738	16,9
Beratungsgespräch vereinbart	511	11,7
Hausbesuch vereinbart	513	11,7
Beschwerdeklärung übernommen	40	0,9

\* Hamburg weit über alle PSP, Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 11: zeigt, dass in über  $\frac{3}{4}$  der Fälle die Ratsuchenden Informationen zu ihren Anliegen erhalten haben. Bei 28,7% aller Erstkontakte wurden diese Informationen nicht nur mündlich erörtert, sondern in Form von Informationsmaterial ausgehändigt. Jeder zweite Erstkontakt ist bereits ein Beratungsfall. Von diesen durchgeführten Beratungen wurde in 37% der Fälle ein weiteres Beratungsgespräch vereinbart. Dies entspricht 188 von den 511 Personen, bei denen das Gesprächsergebnis „Beratungsgespräch vereinbart“ war.

Abbildung 16: gibt einen Überblick über die Dauern der Erstkontaktgespräche nach PSP.

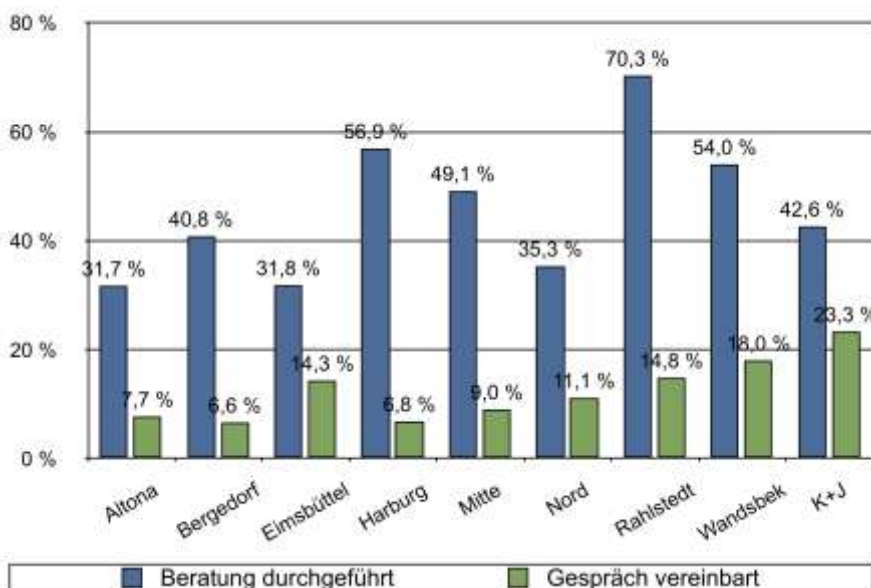
**Abbildung 16: Dauer des Erstkontaktgesprächs nach Pflegestützpunkten (n=4376)**



In den Pflegestützpunkten Altona, Rahlstedt und Wandsbek ist ein deutlich höherer Anteil an Gesprächsdauern von mehr als 30 Minuten oder sogar länger als einer Stunde im Vergleich zu den übrigen PSP. Die Einschätzung, wie lange ein Gespräch tatsächlich dauerte, wird nach Aussagen der PSP-Mitarbeiterinnen jedoch unterschätzt, insbesondere bei telefonischen Gesprächen. Somit ist davon auszugehen, dass ein Teil der Gespräche länger dauert, als in der Erstkontaktstatistik dokumentiert.

In Abbildung 17: wird dargestellt, wie viele Erstkontaktgespräche bereits ein durchgeführtes Beratungsgespräch waren, und wie viel Beratungsgespräche zusätzlich vereinbart wurden. Dies wird nach den einzelnen PSP gegliedert.

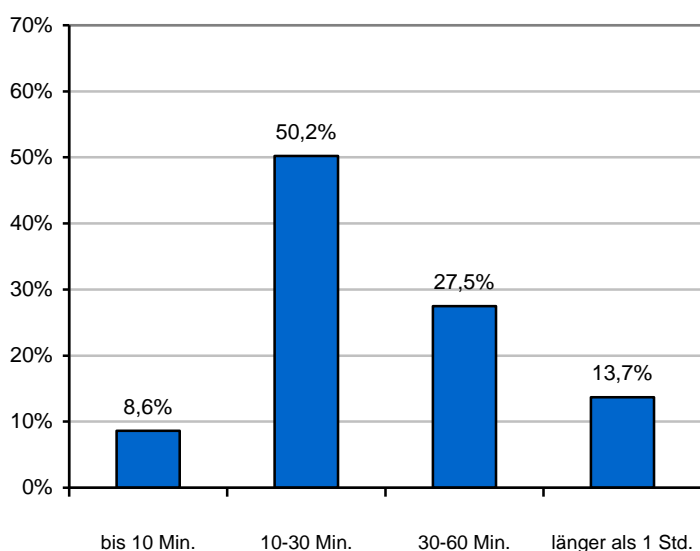
**Abbildung 17: Durchgeführte und vereinbarte Beratungsgespräche nach PSP (n=4376)**



Viele Erstkontakte in einem PSP gehen bereits über einfache Information hinaus und können als durchgeführte Beratungen bezeichnet werden. Dabei gibt es erhebliche Schwankungen zwischen den Pflegestützpunkten, von ca. 30% bis 70%. So geben die PSP Altona, Eimsbüttel und Nord an, bei nur etwa jedem dritten Erstkontakt sei bereits Beratung durchgeführt worden, während es bei Harburg, Mitte und Wandsbek in ca. der Hälfte aller Erstkontakte direkt zu einer Beratung kommt. Im PSP Rahlstedt sind sogar fast  $\frac{3}{4}$  aller Erstkontakte als Beratungsgespräch deklariert. Obwohl der PSP Altona zu den Pflegestützpunkten gehört, die einen erhöhten Anteil an längeren Erstkontaktgesprächen haben, ist der Anteil an konkreten Beratungen bei Erstkontakten vergleichsweise gering. Dies deutet eventuell darauf hin, dass die Definition von „Beratung“ nicht einheitlich und trennscharf vorgenommen wird bzw. werden kann.

In Abbildung 18: wird die Dauer von den Erstkontaktgesprächen dargestellt, bei denen direkt eine Beratung durchgeführt wurde.

**Abbildung 18: Dauer des Erstkontaktgesprächs, wenn Gesprächsergebnis = Beratung durchgeführt (n=2171)**



Sofern es sich beim Erstkontaktgespräch bereits um eine Beratung handelte, unterscheidet sich die Dauer der Gespräche erwartungsgemäß im Vergleich zu den durchschnittlich angegebenen Zeiten für die Gespräche. Abbildung 18: zeigt, dass der Anteil an Gesprächen bis zu dreißig Minuten von 75,7% auf nur noch 58,8% gesunken ist, während der Anteil an Gesprächen bis zu 60 Minuten von 16,8% auf 27,5% ansteigt, und der Anteil an Erstkontaktgesprächen mit einer Dauer von über einer Stunde sich fast verdoppelt auf 13,7%.

#### **6.1.2.8 Verständigungsprobleme aufgrund des Migrationshintergrundes**

Probleme bei der Verständigung mit den Ratsuchenden wegen Migrationshintergrund gab es fast gar nicht. Mit Ausnahme des PSP K+J, wo in 9% der Fälle solche Probleme auftraten, lag die Quote bei den Erwachsenen-PSP bei 0% bis 1,4%. Diese Ergebnisse lassen sich auch dadurch erklären, dass – nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen (siehe Kapitel 6.1.5.1) – ein Großteil an Ratsuchenden mit Migrationshintergrund gar nicht erreicht werden bzw. diese die PSP kaum in Anspruch nehmen.

### **6.1.2.9 Zusammenfassung wichtigster Ergebnisse**

Es sind hauptsächlich Angehörige oder sonstige Bezugspersonen von Hilfe- und Pflegebedürftigen, die sich an die Pflegestützpunkte wenden. Wenig überraschend handelt es sich bei den Ratsuchenden vorwiegend um weibliche Personen. Generell sind es eher die (Schwieger-)Kinder oder sonstige Bekannte oder Verwandte, die Anfragen haben, in selteneren Fällen die (Ehe-)Partner der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Der Erwerbsstatus ist im Hinblick auf die Erreichbarkeit kein Hindernis: Der überwiegende Teil der Ratsuchenden ist erwerbstätig, der kleinere Teil ist ohne Arbeit oder bereits verrentet. Offensichtlich scheinen die Öffnungszeiten der PSP insofern für Arbeitende unproblematisch, da der Großteil der Erstkontakte telefonisch stattfindet. Ein weiterer Grund für die in erster Linie telefonische Kontaktaufnahme ist die zumindest für einige PSP zutreffende schlechte Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Während Erwerbstätigkeit im Hinblick auf den Zugang zum Pflegestützpunkt kaum einen Einfluss hat, scheint das Merkmal Bildungsabschluss durchaus relevant zu sein. Der Zugang zum und die Inanspruchnahme von Pflegestützpunkten korreliert mit dem Bildungsniveau, so dass davon auszugehen ist, dass erwartungsgemäß Personen aus niedrigeren sozialen Schichten schwerer erreicht werden.

Über Informationskanäle wie Zeitung, Fernsehen, Radio oder lokale Wochenblätter haben die meisten Ratsuchenden von den Pflegestützpunkten erfahren. Über Flyer hat immerhin jeder zehnte Ratsuchende vom PSP erfahren. Ein ebenfalls hoher Anteil von über 11% hat durch Mund-zu-Mund-Propaganda von anderen Ratsuchenden vom PSP erfahren. Die Öffentlichkeitsarbeit muss folglich weiterhin ein zentraler und kontinuierlicher Bestandteil der Pflegestützpunktarbeit sein.

Bei der Untersuchung der angefragten Themen zeigt sich, dass von den Ratsuchenden am häufigsten Fragen zur Organisation häuslicher Pflege gestellt werden. Überwiegend lassen sich keine besonderen Merkmale bei Ratsuchenden feststellen, die hierzu Fragen haben, lediglich Erwachsene ohne Arbeit stellen etwas häufiger hierzu Fragen als arbeitende Erwachsene oder Rentner/Pensionäre. Umgekehrt ist bei den Personen, die arbeiten, der Bereich der Organisation stationärer Pflege von höherem Interesse. Finanzierungsfragen (allgemeiner Art, aber auch bezogen auf Kassen- oder Sozialhilfe) werden hingegen eher von Ratsuchenden gestellt, die erwerbstätig sind und / oder eine niedrigere Schulbildung haben.

Die Dauer der Gespräche bei Erstkontakten umfasst bei  $\frac{3}{4}$  aller Fälle nicht mehr als 30 Minuten. In der Hälfte aller Erstkontaktgespräche wird bereits eine Beratung durchgeführt; in weiteren knapp 12% wird sie vereinbart. Damit zeigt sich, dass die PSP überwiegend tiefergehende Beratungen durchführen und nicht bloß Informationen weitergegeben werden.

### **6.1.3 Auswertung Falldokumentationen**

Das Anliegen dieses Kapitels ist es, einen tieferen Einblick in Beratungsfälle mit hoher Komplexität zu geben, der über die Informationen aus der Erstkontaktstatistik hinaus geht. Dazu werden im Folgenden ausgewählte Merkmale der dokumentierten Fälle skizziert und anhand eines Fallbeispiels ein typischer Ablauf einer umfassenderen Begleitung dargestellt. Der Anspruch eines repräsentativen Abbilds der komplexeren Beratungsfälle in den Pflegestützpunkten ist aufgrund der Datenlage aber nicht möglich.

Der Anteil an Falldokumentationen, die durch die Begleitforschung ausgewertet werden dürfen, ist leider deutlich geringer als ursprünglich angenommen. Dies hat verschiedene Gründe. Eines der zentralen Probleme waren fehlende technische Voraussetzungen (siehe Kapitel 5.1.1.2), die die Falldokumentation erheblich beeinflusste. So wurde der

geplante Start der Falldokumentation unter anderem wegen technischer Probleme von Anfang Februar auf Anfang März verschoben. Jedoch konnte der PSP K+J selbst im August noch nicht im elektronischen System dokumentieren, die Mitarbeiterin hat jedoch handschriftlich dokumentiert, damit nichts verloren geht. Grund hierfür war die veraltete Office-Version, die es nicht ermöglichte, das Datenbankprogramm Infopath zu verwenden. Es ist somit schwierig einzuschätzen, was mit den Daten der PSP, neben PSP K+J, geschah, die erst später mit Office 2007 arbeiten konnten.

Für die einheitliche Arbeit mit dem Falldokumentationsbogen war eine Schulung aller PSP-Mitarbeiterinnen angestrebt, die dann auch Ende Januar von der BSG angeboten wurde. Allerdings konnten nicht alle Mitarbeiterinnen teilnehmen und auch nach der Schulung waren noch einige Mitarbeiterinnen unsicher im Umgang mit dem Instrument. Das hatte zur Folge, dass die entsprechenden Daten nicht im Falldokumentationsbogen, sondern in eigenen Systemen, handschriftlich oder in PROSA<sup>8</sup> erfasst worden sind. Für die Forschung ist der Überblick auch dadurch erschwert, dass sehr unterschiedlich mit der Einwilligung durch die Ratsuchenden umgegangen wurde, z.T. wegen Unsicherheit bezogen auf den Datenschutz, z.T. aber auch wegen der befürchteten Störung der Beratungssituation.

Die gegebene Verzerrung der bei den Falldokumentationsbögen kann nicht eingeschätzt werden. Insgesamt ist die Zahl so niedrig (siehe Kapitel 6.1.3), dass eine systematische Auswertung nicht möglich ist.

Eine weitere Schwierigkeit entsteht, wenn der PSP und die Seniorenberatung zusammenarbeiten. Eine Trennung des Falldokumentationsbogens nach den Beratungszentren ist technisch nicht möglich. In diesen Fällen kommt hinzu, dass die Falldokumentationen sehr dünn sind, weil das meiste dann in PROSA eingegeben wurde und in den Falldokumentationsbögen nur auf PROSA verwiesen wurde.

Überdies gab es Unsicherheiten im Hinblick auf den Datenschutz. Für die Datenaufnahme ist eine Einwilligung seitens der Ratsuchenden erforderlich. Unklar war den PSP-Mitarbeiterinnen jedoch, ob diese Einwilligung auch telefonisch möglich und rechtlich in Ordnung sei, beispielsweise bei reinen Telefonkontakten und -beratungen. Aufgrund dieser Bedenken wurden auch nicht alle Fälle dokumentiert, für die normalerweise eine Falldokumentation angelegt würde.

Dadurch bedingt konnten auch längst nicht alle komplexeren Fälle dokumentiert werden und somit nicht mehr in die Auswertung einfließen.

### **6.1.3.1 Ausgewählte Merkmale zur Beschreibung**

Obwohl aufgrund der Datenlage kein repräsentativer Eindruck der komplexeren Fälle in den Pflegestützpunkten möglich ist, soll an dieser Stelle zumindest die vorhandene Datengrundlage beschrieben werden. Diese ist allerdings wegen der geringen Fallzahlen nur begrenzt aussagekräftig.

Tabelle 12: gibt einen Überblick über die erstellten Falldokumentationen.

---

<sup>8</sup> PROSA ist das Dokumentationssystem der Bezirklichen Seniorenberatung. Dies unterscheidet sich technisch und inhaltlich sehr stark von den Dokumentationen, die im PSP eingesetzt werden.

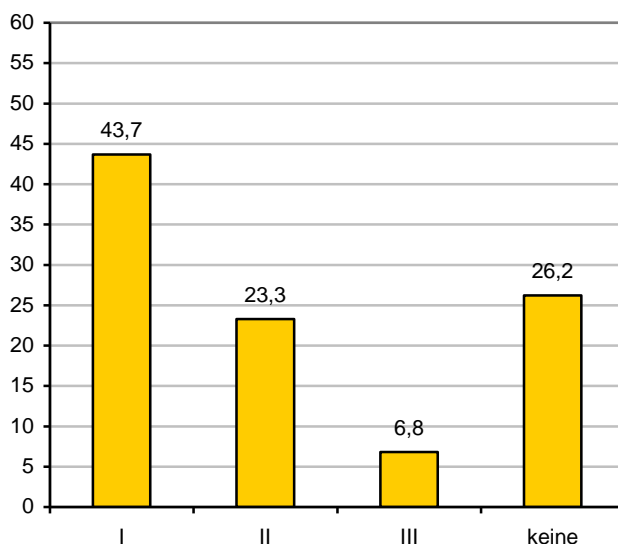
**Tabelle 12: Anzahl der angelegten Falldokumentationen nach Pflegestützpunkten**

PSP	Mit Einwilligung zur wiss. Begleitforschung	Ohne Einwilligung zur wiss. Begleitforschung	Gesamt
Altona	22	5	27
Bergedorf	23	16	39
Eimsbüttel	8	4	12
Harburg	13	200	213
Mitte	56	21	77
Nord	11	7	18
Wandsbek-Markt	24	1	25
Rahlstedt	39	25	64
Ohne Kennung	4	4	8
K+J	13	0	13
<b>Gesamt</b>	<b>213</b>	<b>283</b>	<b>496</b>

Von den insgesamt 496 Falldokumentationen wurde in 213 Fällen von den Ratsuchenden eine Erlaubnis zur Auswertung durch die wissenschaftliche Begleitforschung erteilt. Aus den Fachbesprechungen gab es die Rückmeldung der PSP-Mitarbeiterinnen, dass die tatsächliche Anzahl an Falldokumentationen noch höher läge. Jedoch konnten aus Zeitgründen nicht alle Falldokumentationen in elektronischer Form angelegt oder von Papierform übertragen werden.

Die Verteilung der Einstufung von Pflegestufen bei den Pflegebedürftigen wird in Abbildung 19: dargestellt.

**Abbildung 19: Verteilung der Pflegestufen (in %, n=103)\***

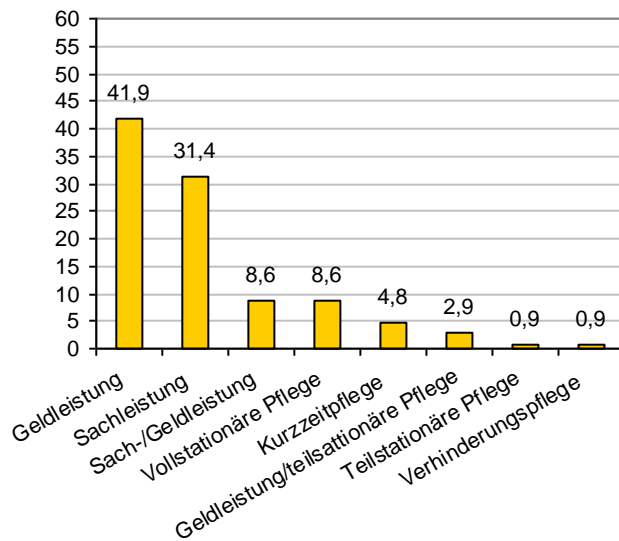


\* fehlend=97

Bei nur etwa der Hälfte der Falldokumentation gab es Angaben zur Pflegestufe (PS). Von dieser Gruppe hatte ca. ¼ keine Pflegestufe, knapp 44% hatten PS 1, wieder ¼ PS 2 und 6,8% waren in PS 3 eingestuft.

Abbildung 20: wiederum zeigt, welche Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen wurden.

**Abbildung 20: Art der Leistung aus der Pflegeversicherung (in %, n=105)\***

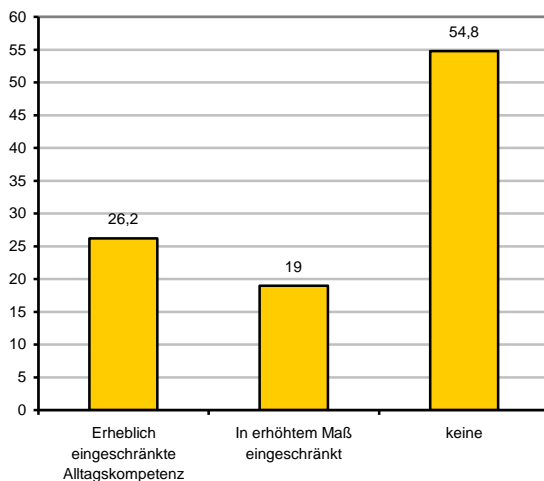


\* fehlend=95

Mit 41,9% bezogen die meisten Pflegebedürftigen reine Geldleistungen. Als zweithäufigstes wurden mit 31,4% Sachleistungen angegeben. 8,6% nehmen eine Kombination aus beidem in Anspruch. An stationären Leistungen aus der Pflegeversicherung werden vollstationäre Pflege von 8,6%, Kurzzeitpflege von 4,8% und teilstationäre Pflege von nur 0,9% in Anspruch genommen.

Abbildung 21: zeigt die Anerkennung nach § 45a SGB XI.

**Abbildung 21: Anerkennung nach § 45a SGB XI (in %, n=42)\***



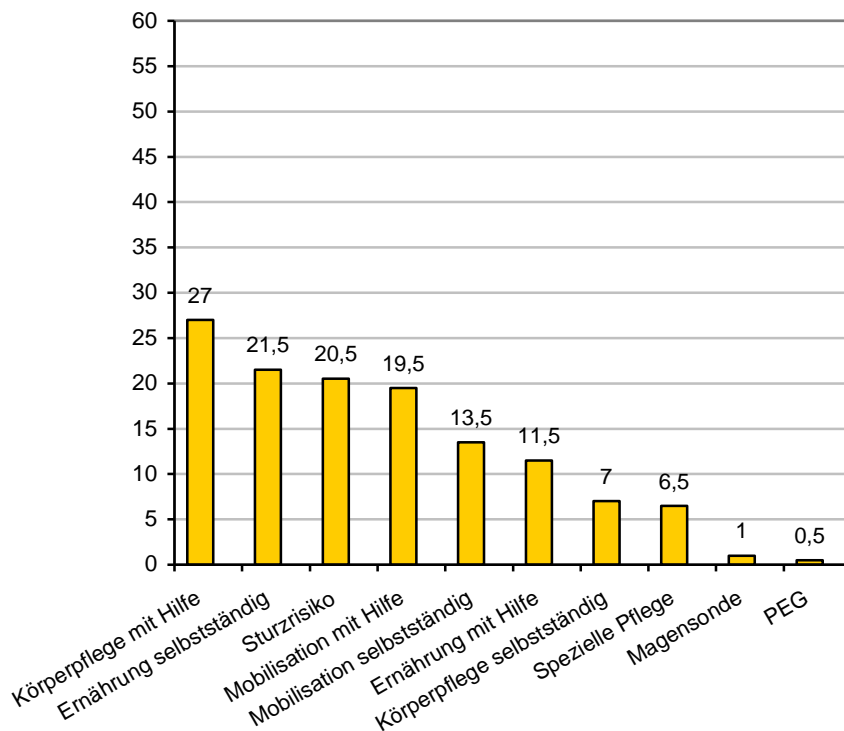
\* fehlend=158

In etwas mehr als einem Viertel der Angaben liegt bei den Pflegebedürftigen eine „erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz“ vor und ein weiteres Fünftel ist „in erhöhtem Maß eingeschränkt“. Knapp mehr als die Hälfte der Befragten wiederum weist in diesem Bereich keine Einschränkungen auf, 19% sind in erhöhtem Maße eingeschränkt.



In Abbildung 22: werden die von den Ratsuchenden angegebenen Pflegebedarfe dargestellt.

**Abbildung 22: Pflegebedarfe (in %, n=200)\***



\* Mehrfachnennungen möglich

Die meisten Pflegebedarfe gab es mit 27% bei der Körperpflege, während hier nur 7% der Pflegebedürftigen selbstständig waren. Mobilisation war bei 19,5% erforderlich, bei 20,5% bestand zudem ein Sturzrisiko. Hilfe bei der Ernährung benötigten 11,5%. Bei 6,5% war eine spezielle Pflege notwendig.

### 6.1.3.2 Fallbeispiel

In diesem Kapitel soll ein typischer Fall von höherer Komplexität beschrieben werden. Es handelt sich dabei um ein exemplarisches Beispiel.

#### Hintergrund

Die kontaktaufnehmende Person war ein Mann im Alter von 74 Jahren. Im Dezember 2009 suchte er den PSP auf. Seine Frau befand sich zu dem Zeitpunkt im Krankenhaus und ist Anfang 2010 verstorben. Er hatte noch keine Pflegestufe, erhielt aber nach SGB XII Hilfen zur Weiterführung des Haushalts. Er möchte mit Hilfe des PSP und seinem Hausarzt einen Antrag auf Schwerbehinderung stellen. Aufgrund seiner Gehbehinderung (bedingt oder verstärkt durch Arthrose und einen Bandscheibenvorfall) und vor allem seiner Depressionen lebte er sozial isoliert. Die meisten Bereiche des täglichen Lebens regelte seine Frau. Er wohnte in einem Mehrfamilienhaus in der 5. Etage, es fehlte in der Wohnung aber an essentiellen Geräten. So besaß er keinen Staubsauger, keine Waschmaschine, keinen Herd. Wegen seiner Depressionen hatte er im Februar ein Gespräch mit seinem Hausarzt geplant. Jedoch war er körperlich noch so fit, die meisten Aktivitäten im Pflegebereich (Waschen, Anziehen...) selbstständig zu erledigen. Bei einigen Haushaltsaufgaben oder Einkäufen erhielt er Hilfe von den Nachbarn. Er war

Mitglied in einem Schrebergartenverein. Die Mitgliedschaft hat er zu April 2010 jedoch gekündigt, da er die anfallenden Aufgaben nicht mehr erledigen konnte.

Es wurde ein Versorgungsplan vom PSP erstellt.

### **Maßnahmen des PSP**

- Antragstellung Schwerbehinderung in Absprache mit dem Hausarzt.
- Im Januar 2010 wurde ein Antrag auf Grundsicherung gestellt und bewilligt.
- Ferne stellte der PSP einen Spendenantrag.
- Dank einer Spende konnten durch die PSP-Mitarbeiterinnen ein Staubsauger, eine Waschmaschine sowie Rollos gekauft werden.
- Weiterhin half der PSP bei anderen finanziellen Regelungen. So wurde Ende April eine Taxipauschale beantragt. Außerdem beantragten die Mitarbeiterinnen des PSP eine GEZ-Befreiung oder den Telefon-Sozialtarif.
- Nach dem Tod der Frau wurde der Mann von einer PSP-Mitarbeiterin zur Beerdigung begleitet, da er sonst keine Hilfe erhalten hätte und nicht teilnehmen könnte. Überdies wurde durch den PSP die Witwen-Rente beantragt sowie die Formalia und Schriftverkehr mit der Hausverwaltung geregelt (Sterbebescheinigung übersenden etc.).
- Der Klient konnte und wollte nicht mehr alleine in seiner Wohnung leben, so dass die Suche nach einem Platz im Betreuten Wohnen angefangen wurde.
- Um die soziale Isolation abzubauen, wurde eine Teilnahme an einem Seniorentreff geplant.

### **Koordination und Monitoring der (geplanten) Maßnahmen**

Im Rahmen der oben beschriebenen Maßnahmen kam es zu zahlreichen Kontakten zwischen PSP-Mitarbeiterinnen und Klient. Überwiegend handelte es sich dabei um Hausbesuche, da Formulare oder Anträge ausgefüllt werden mussten oder aber es wurde sich in der Wohnung des Klienten mit Vertretern bspw. der Rentenversicherung, Hausverwaltung etc. getroffen. Aufgrund der engmaschigen Kontakte waren die PSP-Mitarbeiterinnen auch über den Gesundheitszustand des Klienten informiert und haben unter anderem kurzfristig einen Pflegedienst engagiert, als der Klient über Kreislaufprobleme und Schwindel klagte. Hier gab es dann für einen kurzen Zeitraum kontrollierte Medikamentengabe durch den Pflegedienst.

Viele der geplanten Maßnahmen und gesetzten Ziele erforderten eine Zusammenarbeit mit der Seniorenberatung oder anderen Behördenmitarbeitern, da Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern beantragt wurden. Dadurch gab es immer wieder Kooperationen zwischen Pflegestützpunkten und anderen behördlichen Abteilungen, die offensichtlich gut funktionierten und ein reibungsloses Case-Management ermöglichten.

Insgesamt wurden zum Ende der Erhebungsphase 16 Ziele definiert, von denen sechs als erreicht angegeben wurden. Das Fallmanagement ist noch nicht abgeschlossen, da noch weitere Einzelmaßnahmen zur Erreichung der restlichen Ziele erforderlich sind.

#### **6.1.3.3 Zusammenfassung wichtigste Ergebnisse**

Ein umfassender Einblick in die komplexeren Fälle in den Pflegestützpunkten, vor allem in quantitativer Hinsicht, ist aufgrund der Datenlage nicht möglich. Um dennoch einen Einblick in die Arbeit der Pflegestützpunkte zu erhalten, wurde ein Fallbeispiel eines

komplexeren Falls beschrieben. Dies zeigt sehr deutlich, wie viel Arbeit und Zeit die PSP-Mitarbeiterinnen bei bestimmten Klienten investieren müssen, ohne dass sich diese Arbeit in der Anzahl an Erstkontakten niederschlägt und damit nicht einmal annähernd statistisch erfasst werden kann.

Ein Case-Management erstreckt sich unter Umständen über einen sehr langen Zeitraum. Wie im oben geschilderten Beispiel deutlich wird, können während dieser Zeit zahlreiche Hausbesuche erforderlich sein, die die personellen Ressourcen der PSP stark binden. Das Aufgabenspektrum der PSP-Mitarbeiterinnen, um die geplanten Maßnahmen umzusetzen und gesetzte Ziele zu erreichen, ist dabei sehr vielfältig und erfordert an verschiedenen Stellen die Zusammenarbeit mit anderen (behördlichen) Stellen. Das Fallbeispiel zeigt, dass komplexe Begleitungen optimal durch das Zusammenwirken von Personen mit unterschiedlichen Fachkompetenzen gestaltet werden können und sollten. Gute Kooperationen zwischen Seniorenberatung und Pflegestützpunktmitarbeiterinnen sind hierfür eine wichtige Grundlage.

#### **6.1.4 Dokumentation der Zeitanteile**

Zur Erfassung der Zeitanteile wurden die Tätigkeiten in den PSP in verschiedene Module aufgeteilt (siehe Tabelle 13:). Hier sollten die Mitarbeiterinnen die Anzahl an Minuten, die sie zur Erledigung der jeweiligen Aufgaben benötigten, eintragen.

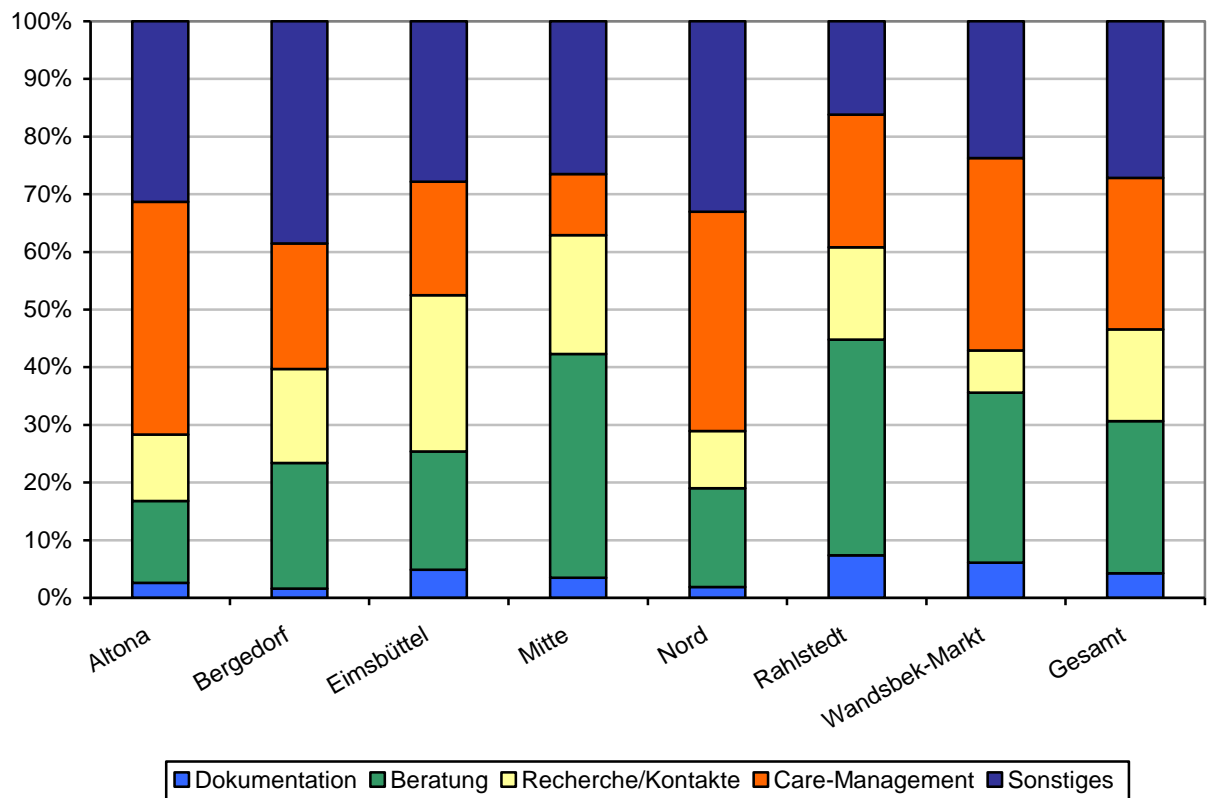
**Tabelle 13: Beschreibung der Modulinhalte**

Modul	Inhalt
1 Dokumentation	Dokumentationen - Ausfüllen der Ersterfassungsbögen - Ausfüllen der Falldokumentationen
2 Beratung	Information, Beratung (persönlicher Kontakt mit Klienten) - Telefonische Information - Persönliche Information im Pflegestützpunkt - Hausbesuch - Fahrtzeiten zu Hausbesuchen - Folgeberatung
3 Recherche/ Kontakte	Weitere Einzelfall bezogene Aktivitäten (ohne persönlichen Klientenkontakt, aber mit möglichen Kontakten zu anderen) - Recherche-Arbeit - Kontaktaufnahmen, Koordinations- und Vernetzungsarbeit - Team interner Austausch
4 Care-Management	Klienten übergreifende Aktivitäten, Vernetzung - Pflegestützpunkt-spezifische Öffentlichkeitsarbeit - eigene Referate, Vorträge - (regelmäßige) Arbeitskreise, Arbeitsgruppen - Fortbildungsveranstaltungen - sonstige Veranstaltungen - Zusammenarbeit/Vernetzung mit Ehrenamtlichen oder Selbsthilfegruppen - Zusammenarbeit/Vernetzung mit anderen PSP - Zusammenarbeit/Vernetzung mit dem PSP Kinder und Jugendliche - Zusammenarbeit/Vernetzung mit anderen Einrichtungen (Pflegeeinrichtungen, Ärzte, Beratungsstellen, Behörden usw.)
5 Sonstiges	Sonstige Tätigkeiten - Büroorganisation - Teambesprechung - Sonstiges und zwar...

Der Rücklauf der Zeiterfassungsbögen (siehe Anhang 1.1.1.4) betrug für die erste Erhebungsphase 78,4%, während in der zweiten Erhebungsphase nur noch 64,9% antworteten. Allerdings waren die in der zweiten Erhebungsphase zurückgesendeten Fragebögen qualitativ deutlich besser ausgefüllt. Wegen der Erfassungsprobleme und der kurzen Zeit zwischen beiden Erhebungszeitpunkten, wurde auf eine getrennte Darstellung verzichtet, um Fehlinterpretationen vorzubeugen. Trotzdem kann man sagen, dass eine leichte Tendenz zu mehr Beratung zulasten von Care Management Aufgaben zu verzeichnen ist.

Für die Auswertung und in der Darstellung der Abbildung 23: wurden die Zeitanteile für die einzelnen Module aufaddiert und die prozentuale Verteilung der Zeitanteile auf die verschiedenen Module für die einzelnen PSP und Gesamthamburg berechnet.

**Abbildung 23: Prozentuale Verteilung der Zeitanteile auf die verschiedenen Module nach PSP (T1 und T2 zusammengefasst)\***



\* Im Pflegestützpunkt Harburg wurden die Bögen unvollständig und zum Teil gar nicht ausgefüllt, weshalb keine Interpretation der Ergebnisse möglich ist und daher keine grafische Darstellung erfolgt.

Für Gesamthamburg zeigt sich, dass der Umfang der Module Beratung, Care Management und Sonstiges etwa gleich groß sind – jedes umfasst gut ein Viertel der gesamten Tätigkeiten. 15% der Zeit entfällt auf Recherche/Kontakte und nur ca. 4% auf die Dokumentation der Erstkontakte und die Falldokumentation.

Der *Beratungsanteil* ist in Mitte und Rahlstedt besonders hoch – mit ca. 40%, in Altona mit ca. 14% am niedrigsten. Für Mitte könnte ein Grund dafür sein, dass der PSP schon als Pilot-PSP gearbeitet hatte, daher schon vieles eingespielt war und der PSP dadurch schon länger bekannt ist. In Rahlstedt könnte der besonders hohe Anteil älterer Menschen eine Rolle spielen.

Für Altona zeigt sich der höchste Anteil beim *Care Management* mit ca. 40%, gefolgt von Nord in fast derselben Größenordnung. Auffallend gering ist der Anteil der dem Care Management zugeordneten Aufgaben in Mitte.

Dass der Bereich *Recherche/Kontakte* in Eimsbüttel mit ca. 35% am Gesamtzeitaufwand im Vergleich zu den anderen PSP sehr hoch ist, könnte mit der kürzesten Laufzeit zusammen hängen.

Bei der Rubrik *Sonstiges* entfällt die meiste Arbeitszeit auf Büroorganisation, gefolgt von Dienstbesprechungen. Als zusätzlich dokumentierte Tätigkeiten sind zu nennen: v.a. die Mitarbeit in Arbeitsgruppen sowie die Teilnahme an Veranstaltungen inkl. Fahrzeiten, aber auch das Selbststudium und die Medienarbeit. Es ist nicht zu erwarten, dass die unter Sonstiges zugeordneten Arbeiten durch die Besonderheiten der Startphase zu begründen sind und deshalb hier in Zukunft eine Reduktion zu erwarten wäre. Wichtig ist viel mehr,

dass die Zuordnung nicht konsistent ist. Ein großer Teil davon könnte auch dem Bereich Care Management zugeordnet werden.

### **6.1.5 Auswertung Mitarbeiterinneninterviews**

Im Zeitraum von Mai bis August 2010 wurden insgesamt 17 Interviews geführt. Eines der Interviews war als Doppel-Interview gewünscht, d.h. es wurden beide PSP-Mitarbeiterinnen gemeinsam interviewt. Die Skepsis vieler Mitarbeiterinnen, offen über die PSP-Arbeit zu sprechen, war spätestens während der Interviews verflogen. Der Eindruck ist, dass sehr offen und ausführlich sowohl über die positiven Aspekte als auch über Kritikpunkte gesprochen wurde.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt. Entsprechend der Leitfadenstruktur sind diese in drei Themenbereiche unterteilt: Einzelfallbezogene Aktivitäten (Kapitel 6.1.5.1), Klienten übergreifende Tätigkeiten (Kapitel 6.1.5.2) sowie übergeordnete Themen (Kapitel 6.1.5.3), zu denen auch die Bewertungen der PSP durch die Befragten gehören.

#### **6.1.5.1 Einzelfallbezogene Tätigkeiten**

##### **Angefragte Themen und Nutzergruppen**

Die Einschätzung der Mitarbeiterinnen im Hinblick auf die Nutzerinnengruppen deckt sich mit den Angaben aus der Erstkontaktstatistik. Vorwiegend sind die ratsuchende Personen Angehörige oder sonstige enge Bezugspersonen, wovon wiederum die meisten die Kinder der betroffenen Hilfe- und Pflegebedürftigen sind.

*„Vorwiegend wenden sich Angehörige an die Beratungsstelle. Anliegen ist natürlich in der Regel eingetretene Pflegesituation oder veränderte Pflegesituation.“*

*„Also es sind, der größte Teil, ich schätze mal zwei Drittel der Ratsuchenden, sind die Angehörigen von Pflegebedürftigen. Also meistens die Kinder oder Schwiegerkinder, die sich an uns wenden. Kleinerer Teil sind Hilfebedürftige oder Ratsuchende selber. ... das sind unter 20 Prozent Ratsuchende.“*

Der Großteil der besprochenen Themen sind Anfragen zu Finanzierungsmöglichkeiten und auch zur Organisation der Pflege. Dabei geht es vor allem um die Möglichkeiten der ambulanten und stationären Versorgung, die vorhandenen Angebote, die Ansprüche auf Leistungen und wie man generell Leistungen erhält.

*„Die Angehörigen erwarten in der Regel Auskünfte zu Versorgungsmöglichkeiten, ganz viel zu Finanzierung. Was oft mitschwingt sind Unzufriedenheit und Beschwerdeinhalte.“*

*„Hauptthemen sind Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung. Also was gibt es, wenn jemand in der Familie pflegebedürftig geworden ist? Was gibt es im ambulanten Bereich, im stationären oder im teilstationären Bereich? Was gibt es vielleicht für Alternativen?“*

*„Ja, meistens geht es ja um die Sicherung der Pflegestufe oder Beantragung der Pflegestufe. Dann natürlich die Finanzierung der häuslichen beziehungsweise stationären Unterbringung und Haushaltshilfen werden immer wieder angefragt.“*

*„Ja, ein Schwerpunkt liegt sicher insgesamt auf Organisation der häuslichen Pflege oder Fragen überhaupt im Rahmen der Altenhilfe und finanzielle Angelegenheiten, also auch Sozialhilfe, rechtliche Fragen.“*

Auffällig bei den Aussagen zu Nutzergruppen und angefragten Themen sind Angaben in vereinzelt Interviews mit Mitarbeiterinnen, die aus der bezirklichen Seniorenberatung kommen. Dies bezieht sich sowohl auf die Einschätzung der Personen, die in den Pflegestützpunkt kommen, als auch auf die Beratungsthemen. Es scheint so, dass sich die Mitarbeiterinnen aus der Seniorenberatung, die weiterhin auch anteilig in der Seniorenberatung tätig sind, Schwierigkeiten haben, eine eindeutige inhaltliche Trennung zwischen Pflegestützpunkt und Seniorenberatung vorzunehmen. Vorwiegend werden auch zu den Sprech- und Arbeitszeiten der Pflegestützpunkt Personen beraten, deren Anliegen eher dem Aufgabenbereich der Seniorenberatung zuzuordnen sind.

*„Wir sind eigentlich immer noch so, wie die klassische Zielgruppe für uns war, über 60-Jährige. Das heißt, die Pflegebedürftigen selbst, Hilfesuchende, die also eine Haushaltshilfe brauchen oder ähnliches, kommen selbst oder es kommen Angehörige, melden sich bei uns telefonisch oder persönlich.“*

*„Das sind in der Regel Fragen, also unsere rechtliche Arbeitsgrundlage ist ja das SGB XII und die Fragen beziehen sich auch darauf. Also das heißt, jemand kommt und sagt, mein Ehepartner muss ins Heim und ich bleibe zu Hause.“*

*„Das hat sich also wirklich überhaupt nicht geändert nach meiner Einschätzung. Das heißt, unsere Klienten sind wirklich die alten geblieben und auch die Fragen, die an uns gestellt werden oder die Leute, mit den Anliegen, die hier an uns herangetragen werden, sind komplett die selben geblieben. Da hat sich wirklich nichts geändert.“*

Die Erreichbarkeit bestimmter Personengruppen wird insbesondere nach Standort des Pflegestützpunktes unterschiedlich beantwortet. Dabei zeigen sich vor allem zwei Dinge: Berufstätige Personen scheinen wenig Probleme zu haben, Kontakt zum Pflegestützpunkt aufzunehmen. Da der Großteil der Anfragen an die Pflegestützpunkte telefonisch erfolgt (siehe Kapitel 6.1.2.3), entstehen bei berufstätigen Ratsuchenden kaum Probleme, Beratungen oder Beratungstermine telefonisch abzuwickeln. Menschen mit Migrationshintergrund werden nach Einschätzung der Befragten sehr unterschiedlich erreicht, wobei die Erreichbarkeit vor allem vom Standort des PSP abhängt.

*„Interessanterweise nicht, also hier in (...) gibt es Stadtteile wie (...) aber auch hier so (...), wo sehr viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, die auch hierher kommen, also die uns wirklich auch finden und wir hier Beratung machen. Also da würde ich nicht sagen, dass wir die besonders oder eben besonders nicht oder weniger erreichen als alle anderen, unterdurchschnittlich. Hab, ich habe nicht den Eindruck.“*

*„Ich denke, die haben wir immer schon erreicht. Auch so dieser Schwerpunkt, Mensch mit Migrationshintergrund, die haben wir zum Teil auch immer schon erreicht.“*

*„Also Migranten melden sich so gut wie gar nicht. Bei Einer hatte ich einen Hausbesuch gemacht, das ging aber über das Gesundheitsamt letztendlich.“*

*„Menschen mit Migrationshintergrund sind eindeutig, sage ich mal, noch sehr selten, finde ich. Kommt mal gelegentlich vor, aber es ist eindeutig, also prozentual deutlich weniger.“*

Darüber hinaus gibt es bestimmte Merkmale, in denen sich die Nutzergruppen von Pflegestützpunkten und Seniorenberatung unterscheiden: Im Pflegestützpunkt finden sich eher Ratsuchende, die *aktiv* nach Informationen suchen und sich von sich aus an den PSP wenden. In der Seniorenberatung hingegen kommt es häufiger vor, dass der Initialkontakt von der Seniorenberatung ausgeht, diese also auf die potenziellen Klienten zugeht.

*„Also was mir auch aufgefallen ist, ist dass die Personen, die sich jetzt hier zum Pflegestützpunkt hingewendet haben, dass das jetzt im Vergleich zu dem Klientel mit dem wir in der Seniorenberatung zu tun haben, wie soll ich das ausdrücken, schon Leute aus gehobeneren Schichten sind. Die die Möglichkeit haben sich zu informieren, die ein Internetzugang haben, die ja da einfach fit sind, wenn es darum geht sich Informationen zu beschaffen. Während wir hier in der Seniorenberatung, wir haben ganz häufig mit Menschen zu tun, die sozial ganz unten angekommen sind und wo wirklich ein sehr großer Handlungsbedarf ist und die sehr bedürftig sind. Solche Menschen habe ich hier, bis jetzt jedenfalls, noch nicht erlebt, die sich an den Pflegestützpunkt gewandt haben.“*

## **Nicht abgedeckte Beratungsbereiche und Versorgungslücken**

Die angefragten Beratungsthemen können größtenteils durch die Mitarbeiterinnen in den Pflegestützpunkten bearbeitet werden, so dass es kaum Beratungsbereiche gibt, bei denen nicht geholfen werden kann. Je nach Thema kann den Ratsuchenden direkt im Gespräch oder aber nach kurzer Recherche geholfen werden.

Positiv dabei ist eine gute Zusammenarbeit mit der Seniorenberatung, die insbesondere in den Pflegestützpunkten hervorgehoben wird, in denen die Mitarbeiterinnen der Seniorenberatung *nicht* gleichzeitig im Pflegestützpunkt mitarbeiten. Vor allem Fragen aus dem Sozialhilfebereich werden in Zusammenarbeit mit der Seniorenberatung bearbeitet.

*„Ich persönlich habe meine Defizite, weiß das, kann das auch gut einschätzen und weiß deshalb, wo ich auch Infos herkrige. Im Stützpunkt selber ist es so, dass wir [Aufzählung der Mitarbeiterqualifikationen]. Aber wir haben hier keinen Mitarbeiter der Seniorenberatung direkt im Team. Wir kooperieren ganz eng, so zu sagen Tür an Tür und müssen uns das Know-how dann dort holen, also in Anspruch nehmen. Klappt auch, also ist ... so, dass es hier im Team selber, im Stützpunkt nicht unmittelbar passieren kann. Wir würden recherchieren. Wir würden Kontakte herstellen. Uns selber schlau machen, den Weg würden wir gehen. Also es gab da bisher keine größeren Probleme. Es gibt natürlich so ganz spezifische Sachen, die auch nur spezielle Beratungseinrichtungen oder, oder spezielle Stellen dann bearbeiten können, aber das ist ja überall so.“*

*„Ja. Alles was SGB XII anbelangt. Da verweisen wir dann natürlich oder übergeben dann an die entsprechenden Abteilungen. Entweder an die Seniorenberatung oder an die Beratungsstelle für Körperbehinderte, wenn das Jüngere sind und da der Bedarf ist. Das können wir nicht.“*

Es gibt, wenn auch seltener angegeben, den Fall, dass die Seniorenberatung bei Pflegeethemen gezielt das Know-How der Kassenmitarbeiterinnen in den Pflegestützpunkten abfragt und eine enge Zusammenarbeit stattfindet. Dies zeigt sich insbesondere in Pflegestützpunkten, in denen eine Integration von Seniorenberatung und Pflegestützpunkt umgesetzt wurde und das Miteinander im Team gut funktioniert.

*„Ich habe mich kündigt gemacht, wo es mir möglich war. Also sozialhilferechtlich und kassenleistungsmäßig. Da bietet sich dann ja der Kontakt zum Sozialamt gut an und zu anderen PSP, wo die Fachberater von der Kasse auch tätig sind, aber dann habe ich auch an andere Stellen verwiesen, wo dann eben um das Ganze zu konkretisieren, damit die Leute dann auch konkretere Informationen bekommen.“*

In seltenen Fällen, bei denen es um sehr spezielle Beratungsbereiche geht, verweisen die Mitarbeiterinnen der Pflegestützpunkte an entsprechend spezialisierte Beratungsstellen, in denen den Ratsuchenden umfassend und fachgerecht geholfen werden kann.



## **Unterscheidung zwischen Information, Beratung und Begleitung**

Die Definition von Information, Beratung und Begleitung ist den Mitarbeiterinnen in den PSP klar, die Antworten aller Beteiligten ähnelten sich inhaltlich sehr stark.

*„Also Information ist wirklich das, was ich kurz und knapp gebe. Gar nicht auf eine spezielle Situation also eine persönliche Situation des Ratsuchenden bezogen sondern allgemeine, eine allgemeine Auskunft. Das würde ich unter Information sehen. (...) Dann, wenn ich dann sozusagen darauf eingehe und ja Lösungsmöglichkeiten anbiete und das auf die persönliche Situation beziehe, dann ist das für mich eine Beratung. Begleitung ja ist immer das, was also mehr, einfach mehr Kontakte, wenn, wenn mehr Kontakte erfolgen. Also eine Begleitung gibt es nie losgelöst von, von einer Beratung.“*

Auch wenn das Verständnis dieser drei Begriffe von den Interviewten theoretisch auseinandergehalten werden kann, ist die alltagspraktische Umsetzung nicht ganz so einfach.

*„Was mir Schwierigkeiten macht, ist der, was ist denn nun ein echtes Case-Management? Ich habe meiner Meinung nach noch nie ein echtes Case-Management hier gehabt. Also. Andere PSP, also andere Mitarbeiter in Pflegestützpunkten sagen sie haben schon ganz viel Case-Management gehabt. Wenn ich das denn mir schildern lasse, was für sie Case-Management ist, dann ist das für mich nur die mittlere Ebene, also wo zwar eine Begleitung stattfindet, wo aber trotzdem eine Begrenzung von vornherein drin ist, weil wenn diese und jene und das auch noch abgearbeitet ist, dann ist irgendwie auch wieder erledigt. Ist für mich noch kein Case-Management. Ich weiß es nicht. Da fällt mir das total schwer die Abgrenzung hinzukriegen.“*

Als wichtig wird diese Unterscheidung, auch wenn sie oft intuitiv getroffen wird, im Hinblick auf die Dokumentation erachtet.

*„Für die Dokumentation ist das wichtig. Beratung - Informationsgespräch und Beratungsgespräche - sind eindeutig eher die Erstkontakte als die Falldokumentation jetzt im umfangreicheren Sinne. Das ist dann die Begleitung ... da würde ich auch sagen, gut, wenn ich jemanden aufsuche, dokumentiere ich das auch anders als wenn jemand hier ist, ganz klar.“*

## **Neutralität der Beratung und Wettbewerb**

Keine der befragten Mitarbeiterinnen gab an, Schwierigkeiten mit einer neutralen Beratung zu haben. Weder fühlten sich die Bezirksangestellten genötigt, im Interesse des Bezirks handeln zu müssen (und z.B. Sozialleistungen möglichst zu vermeiden), noch gaben die Kassenmitarbeiterinnen an, im Interesse der Kasse zu handeln.

Bei den Mitarbeiterinnen der Bezirke spielen, vermutlich aus Gründen der beruflichen Sozialisation durch die Seniorenberatung, vorrangig Leistungen aus dem SGB XII Bereich eine Rolle.

*„Wenn ein Mensch Hilfe braucht, soll er die auch kriegen, also. Es ist schon so, dass wenn jemand sich eine Hilfe wünscht und sagt, ja ich möchte gern, ich weiß nicht was alles gemacht haben und das klingt danach wie, als wenn Frau Meyer aus XYZ eben ihre Wohnung geputzt haben möchte. Dann sage ich, da gibt es Grenzen. Aber wenn da jemand sitzt, Kühlschrankinhalt ist verschimmelt, dann muss da eine Hilfe rein. Und die muss unter Umständen dann auch finanziert werden.“*

Bei Mitarbeiterinnen, die von Kassen finanziert werden, könnte man vermuten, dass hier mehr Schwierigkeiten auftreten, aber auch das ist nicht der Fall. Die PSP-Mitarbeiterinnen sehen sich in erster Linie den Ratsuchenden verpflichtet.

*„Das ist also eigentlich das Einfachste. Das ist überhaupt nicht schwierig, weil wir das, das haben wir völlig ausgeklammert. Wir brauchen für unsere Versicherung auch nichts mehr zu verkaufen. Wir brauchen keine Neukunden zu akquirieren. Das dürfen wir ja auch nicht, aber das sollen wir auch nicht. Also auch der Arbeitgeber will das nicht. Da hat er uns völlig raus gelassen und deshalb können wir völlig neutral sein.“*

*„Also das ist natürlich immer wieder eine Frage, wie können Sie neutral beraten, wenn Sie Ihr Geld von der Kasse kriegen. Es funktioniert. Also da habe ich auch überhaupt keine Angst zu beraten. Wir handeln ja im Interesse der Pflegebedürftigen und das ist auch etwas, weshalb ich hierher gekommen bin. Das ist auch etwas, was der Arbeitgeber weiß. Er hat ja jemanden hier abgestellt und PSP haben eben einen bestimmten Auftrag und der ist losgelöst von der Kassenberatung oder von der Kasse. Ich habe keine Situation gehabt bisher, wo ich hätte kassen-schädlich handeln können also ich bin da noch nie in irgendeinen Konflikt gekommen also. Ich berate hier das, was erforderlich ist im Interesse der Pflegebedürftigen. Ist immer ein bisschen komisch. Es gibt so Situationen, wo man weiß, derjenige ist bei der Kasse versichert, aber trotz allem blende ich das aus und berate ganz normal. Also ist mir bisher gut gelungen und ich habe da auch kein Problem das zu vertreten.“*

## **Probleme bei der Falldokumentation**

In Bezug auf die Falldokumentation herrschen noch viele Unklarheiten und Unzufriedenheiten, obwohl sie gleichzeitig als wichtiges Instrument angesehen wird. Es wurden oft zentrale Beratungsthemen oder -tätigkeiten genannt, bei denen die Befragten nicht wussten, wie dies korrekt in der Falldokumentation erfasst werden soll. Oft werden dann spezifische Informationen im allgemeinen Feld „Anlass der Kontaktaufnahme“ dokumentiert.

*„Da haben wir gerade festgestellt, wir machen eine Menge Hausbesuche. Wie können wir die dokumentieren? Wir können Hausbesuche nur dann dokumentieren, wenn wir einen Fall anlegen aber es ist in jedem Fall erforderlich einen Fall anzulegen, wenn der Hausbesuch gar nicht so besonders spektakulär ist oder wenn es in relativ einfachen Schritten abgearbeitet ist. Das ist das Problem dabei.“*

*„Ich würde mir so eine Kombination wünschen, also wo man vielleicht manche Dinge auch mal tatsächlich kurz ankreuzen kann und nicht immer einen kompletten Satz daraus schreiben muss und wo man aber die Möglichkeit hat, etwas Komplexeres dann in einem Freitext zu formulieren.“*

Oft wird die Falldokumentation als zu aufwändig, zu unübersichtlich oder unpraktisch bewertet. In diesen Fällen wird die Falldokumentation durch eigene Systeme ergänzt oder gar ersetzt, so dass Falldokumentationen unvollständig oder gar nicht angelegt werden.

*„Ja wir arbeiten ja auch viel selbstständig. Wenn wir einen längerwierigen Fall haben, dann legen wir uns ja unsere eigenen Sachen auch noch mit an.“*

*„Wir benutzen jetzt eben nicht oder kaum diesen Bogen jetzt für den Pflegestützpunkt, sondern wir benutzen im Prinzip weiterhin unser Prosysystem, weil wir eben auch immer bewilligende Stelle sind und sonst immer zweifach, dreifach dokumentiert werden müsste.“*

*„Ich finde das Dokusystem wie es jetzt im Moment gehandhabt wird (...), auch gar nicht schlecht. Eigentlich ist es ganz brauchbar. Ich glaube, wir würden es auch gerne anwenden, wenn es eben nicht diese Notwendigkeit der Doppeldokumentation mit Prosa gäbe.“*

*„Die Falldokumentation ist für die Arbeit völlig überflüssig. Wir machen das jetzt, weil wir wissen, dass es ja auch wichtig ist für die wissenschaftliche Begleitung. Das ist aber einfach*

*Schreibarbeit das auszufüllen und ich sehe da keinen Sinn drin. So also jetzt für die praktische Arbeit ist der nicht so, nicht handhabbar.“*

*„Also ganz offen gesagt ist meine Dokumentation, die ich hier [mit Kollegen] eingeführt hatte in der Seniorenberatung, reicht mir aus. (...) Also der Eindruck, den mir dieses neue Dokumentationssystem, das geplante Dokumentationssystem, erweckt oder das, was wir hier jetzt haben, ist für mich doppelte Arbeit, ja. Weil ich nicht glaube, dass ich ohne interne Dokumentationen auskommen werde.“*

Darüber hinaus herrschen immer noch Unklarheiten und Unsicherheiten im Hinblick auf die Datenschutzproblematik. Dies betrifft sowohl die Frage, wie viel, aber auch, ab wann Daten aufgenommen werden dürfen und in welcher Form Einverständniserklärungen zur Datenaufnahme vorliegen müssen (schriftlich vs. mündlich) oder gar erst als solche gelten (so genannte „mutmaßliche Einwilligung“, wenn die ratsuchende Person von sich aus Kontaktdaten preisgibt).

*„Wobei wir uns nicht ganz sicher sind, ob das alles mit dem Datenschutz rechtens ist, wahrscheinlich eher nicht. Also das ist noch so eine Grauzone so. Ich finde es total wichtig von den Informationen her. Ich habe auch schon von anderen PSP gehört, dass die gar nicht so eine Datensammlung machen. Weil ich merke schon, dass es ganz wichtig ist, wenn die Menschen noch mal anrufen, dass man da noch mal nachgucken kann und das ist halt, wie gesagt, noch nicht ganz kosher.“*

### **6.1.5.2 Klientenübergreifende Tätigkeiten**

#### **Öffentlichkeitsarbeit**

Im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit waren die Mitarbeiterinnen der PSP äußerst engagiert. Es wurden systematisch die im Bezirk agierenden Akteure im Beratungs- und Pflegeumfeld kontaktiert. Dabei gab es unterschiedliche Herangehensweisen, angefangen bei telefonischer oder postalischer Kontaktaufnahme über E-Mails bis hin zu persönlichen Kontakten (Besuchen). Es wurden aktiv Veranstaltungen oder bestehende Gruppentreffen (Seniorentreffs, Pflegekonferenzen, Kirchengemeinden etc.) besucht bzw. sich dort einer breiteren (Fach-)Öffentlichkeit bekannt gemacht.

Darüber hinaus gab es auch zahlreiche Maßnahmen, um sich bei der Bevölkerung und der potenziellen Klientel bekannt zu machen. Hier gab es zum Beispiel Aktionen auf Wochenmärkten, kleinere Artikel in Lokalzeitungen und Wochenblättern, Flyer wurden in verschiedenen Einrichtungen (Arztpraxen, Apotheken, Supermärkten...) ausgelegt.

*„Was wir gemacht haben, ist zum Beispiel so ein Mailing, alle in der Pflege Beteiligten im Bezirk angeschrieben, also alle ambulanten Dienste, alle, alle Einrichtungen, also alle Akteure so zu sagen. Haben uns hier im Haus vorgestellt, weil im Haus sitzt die, die Seniorenberatung sowieso, die Körperbehindertenberatung, der sozialpsychiatrische Dienst, die Heimaufsicht und so weiter. Dann haben wir alle Seniorenkreise angeschrieben, haben ohnehin Kontakte gehabt, Krankenhaussozialdienste besucht, unsere kleine (...) Präsentation gemacht, in ganz vielen Seniorenkreisen zusammenhängen, wurden angefragt. Also da haben wir sehr, sehr viel zu tun.“*

In einigen Pflegestützpunkten gibt es aber auch Skepsis bis Ablehnungen im Hinblick auf die Notwendigkeit und Umfang der Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere bei „etablierten“ Mitarbeiterinnen, die schon jahrelang in der Seniorenberatung arbeiten.

*„Also ich fand es oft so ein bisschen wahllos. Und auch so ein Wettstreit unter den Pflegestützpunkten. Das es dann so hieß, ja PSP (...) hat, was weiß ich, schon 3000 Flyer verteilt, die haben kaum noch welche, wir haben noch so viele. Wie machen die das. Wir*

*müssen jetzt auch so viele verteilen. Plötzlich wurden zum Beispiel alle möglichen Einrichtungen als Zielgruppen definiert. Also ich sage da auch immer Pflegestützpunkt richtet sich doch im Prinzip an die älteren Menschen oder an deren Angehörige. Dann kam aber ins Gespräch, dass man sich auch vielleicht vor Kitas hinstellen müsste oder vor Schulen. Und da fand ich manche Ideen relativ wild, so. Also von daher denke ich, ist das nicht so ausgereift und das, im Moment wuchert das so ein bisschen mit der Öffentlichkeitsarbeit.“*

*„Also ich glaube, es müsste eine gezieltere Öffentlichkeitsarbeit sein. Also dieses wahllos irgendwo Flyer verteilen, halte ich für relativ sinnlos. Und ich glaube auch dieses Thema Pflegestützpunkt ist auch etwas oder Pflegebedürftigkeit, mit dem sich Leute gar nicht so gerne beschäftigen. Das ist so ein bisschen dieses wie, es kann sich auch ein Bestatter hinstellen und sagen, ich berate sie mal über Bestattungsvorsorgeverträge.(...) Oder ich verbinde das so ein bisschen mit irgendwie Information über Erektionsstörungen, das, damit beschäftigt man sich, wenn es Thema ist, aber man möchte nicht unbedingt darüber informiert werden. So glaube ich, geht es den meisten, was Pflegebedürftigkeit angeht. Das ist nicht so was, das kann man streuen und alle interessiert es. Von daher ganz gezielt und natürlich Hausärzte informieren und so weiter ja.“*

Auch wenn die Kritik stellenweise überzogen ist, so deutet sie doch auf ein grundlegendes Problem hin, das von fast allen Befragten angesprochen wurde: fehlende oder wenig ausgearbeitete Konzepte für die Öffentlichkeitsarbeit, mangelnde Fachkenntnisse im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und wenig Unterstützung von den Bezirken. Bei letzterem wünschen sich die Befragten mehr finanzielle Mittel, schnellere Freigaben bestehender Mittel oder auch mehr Unterstützung im Bereich Pressearbeit.

*„Aber das Problem ist, wir sind ja alle keine PR-Profis. Wir kommen alle aus irgendeiner sozialen Ecke und haben irgendwie zum Teil auch noch irgendwas studiert. Aber wir haben nie wirklich was mit PR, mit Öffentlichkeitsarbeit, mit Medien, mit irgendwie so was zu tun gehabt. Da müsste im Prinzip das wirklich ein bisschen profimäßiger aufgezogen werden. Das ist es aber nicht, weil da diese vielen unterschiedlichen Verantwortungen alle an einem Tisch sitzen und jeder schiebt sich das irgendwie zu und zum Schluss wird es zu uns geschoben. Wir in unserem Bezirk sollen eben unsere eigene Öffentlichkeitsarbeit machen und das ist nicht professionell. Das kann es eigentlich nicht sein. So versuchen wir viel und ich finde wir machen auch viel und wir haben auch viel gemacht und die anderen Stützpunkte auch. Aber ja wir können ja jetzt auch irgendwie keinen 6 Sterne Menü zaubern, weil wir auch keine Köche sind. Es ist einfach schwierig, dass wir da nicht irgendeinen Profi, wirklich einen richtigen Profi haben und wir da einfach besser auch an die Hand genommen werden (...). Aber es ist eben die Behörde und es sind die Kassen. Es sind öffentliche Gelder. Ist klar, dass wir jetzt nicht mit so dicken Informationsmappen durch die Gegend laufen können, wie Private.“*

Auffällig ist, dass die Öffentlichkeitsarbeit vor allem von den Mitarbeiterinnen vorangetrieben und durchgeführt wird, die neu und ausschließlich im Pflegestützpunkt arbeiten. Mitarbeiterinnen der Seniorenberatung, die nur zum Teil im PSP und auch weiterhin in der Seniorenberatung arbeiten, stellen ihre Arbeitsweise in Bezug auf Öffentlichkeitsarbeit kaum um, sondern überlassen dies den anderen Kollegen im PSP. Teilweise ist dieser Rückzug aus dem Aufgabenbereich Öffentlichkeitsarbeit bedingt durch wenig Interesse, sein Aufgabenbereich zu erweitern, zum Teil aber auch durch die gestiegene Arbeitsbelastung, sowohl in der Seniorberatung als auch im PSP Beratungstätigkeiten durchzuführen.

*„Ich frage das deshalb, weil ich mich ziemlich aus dieser Öffentlichkeitsarbeit rausgehalten habe. Ganz bewusst. Eben auf Grund der Rückstände. Aufgrund dessen, sage ich mal, dass wir von vornherein gesagt haben, dass wir von der Seniorenberatung (...), den Schwerpunkt ganz eindeutig mehr auf die einzelfallbezogene Arbeit legen und den Teil*

*Öffentlichkeitsarbeit und Ehrenamtliches, Einbindung von Ehrenamtlichen und so an die Kollegen des eigentlichen PSP sozusagen abgeben.“*

Einigkeit herrscht auch darüber, dass die bisherige Öffentlichkeitsarbeit noch nicht ausreichend war, sondern das in bestimmten Bereichen noch mehr gemacht werden muss und das generell die Öffentlichkeitsarbeit als permanenter Prozess anzusehen ist, insbesondere in der Anfangs- und Aufbauphase der Pflegestützpunkte, wo sich erst nach langer Zeit nachhaltige Effekte in Bezug auf die Bekanntheit dieser Einrichtung zeigen.

*„Wenn die Stützpunkte eine Zukunft haben sollen oder sogar eventuell noch ausgebaut (...), dann ist Öffentlichkeitsarbeit das A und O. Weil, wenn das nicht bekannt ist bei den Menschen, kommt keiner. Was man machen muss ist, also viele Aktionen haben wir schon gemacht oder sind dabei. Das muss wiederholt werden? Also ich lese heute was im Wochenblatt. Ach ja, na interessiert mich heute nicht und in drei Wochen, da war doch mal was. (...) Wenn das dann immer mal wieder drin steht oder meinetwegen alle vier Wochen mal so ein Artikel (...) Es geht ja nur darum, dass die Leute da eine Vorstellung von kriegen, was hier alles gemacht wird, ne. Oder was wir hier anbieten können.“*

### **Zufriedenheit mit der Fortbildung**

Die Fortbildungssituation für Mitarbeiterinnen, die bei den Kassen angestellt sind, wird von den Befragten als sehr gut beschrieben. Die meisten haben, sind oder werden in naher Zukunft eine umfangreiche Fort- und Ausbildung als Pflegeberater (§7a) erhalten. Ganz anders jedoch sieht die Situation für Mitarbeiterinnen der Bezirke aus. Hier sind offensichtlich aus Kostengründen vorerst keine Fortbildungen geplant, was generell als Defizit bemängelt wird. Viele der Befragten, die aus der Seniorenberatung kommen, behaupten von sich zwar gewisse Grundkenntnisse im Bereich der Pflege Themen zu haben, sehen aber die Notwendigkeit, hier intensiveres Wissen vermittelt zu bekommen, um die Ratsuchenden angemessen beraten zu können.

*„Also ich habe das so mitgekriegt, dass es also für die Pflegestützpunktleute aus der Seniorenberatung keine Fortbildung geben wird, weil es Geld kostet, was nicht da ist. Und die Idee war ja schon gewesen, dass wir uns auch in Bereichen der Pflege fortbilden sollten und das würde ich auch sinnvoll finden.“*

*„Also ich sehe Bedarf an Fortbildungsmaßnahmen, die im Moment nicht umsetzbar sind, weil das Angebot noch nicht klar ist und die Finanzierung noch nicht klar ist. Wir können natürlich im Moment von der Seniorenberatung, sage ich mal, sämtliche Fortbildungsangebote nutzen, die die Stadt Hamburg für ihre Mitarbeiter vorsieht. Das kommt uns aber im Moment, glaube ich, nicht so entgegen, weil es einfach so fachspezifisch da wenig Fortbildungsangebote gibt.“*

*„Der Bedarf ist riesig bei diesen vielen Themen, die wir da abdecken sollen, da gibt es natürlich einen riesigen Bedarf und da wird man häppchenweise wahrscheinlich Vorgehen müssen. Weil die Bezirksämter, die ja diese anderen Fortbildungen finanzieren sollen, denn ja auch sehr beschnitten sind in ihren finanziellen Möglichkeiten für Fortbildungen.“*

Hinsichtlich des Fortbildungsbedarfes gab es widersprüchliche Angaben. Je nachdem, wie die Einstellung der Befragten gegenüber der Institution Pflegestützpunkt ist, gibt es Aussagen, dass kein (pflegestützpunktspezifischer) Fortbildungsbedarf bestünde, weil die Beratungsthemen und Anfragen im Pflegestützpunkt die gleichen seien wie bisher in der Seniorenberatung. Auf die Frage, ob noch zusätzliche Fortbildungen speziell für die Arbeit im Pflegestützpunkt notwendig wären, antwortete eine befragte Person zuerst:

*„Also wir sind ja hier alles Sozialarbeiter. (...) Also wie gesagt, die Personen mit denen ich bisher zu tun hatte, die hatten genau die Anliegen, wie die Personen, die sich direkt an uns und nicht an den Pflegestützpunkt wenden. Also das läuft für mich parallel.“*

Als erneut nachgefragt wurde, ob eine Fortbildung für den Themenbereich des SGB XI gewünscht wurde, hieß es wiederum, dass zu solchen Themen eher von Mitarbeiterinnen der Pflege- und Krankenkassen beraten würde, oder entsprechende Anfragen im PSP von den Mitarbeiterinnen der Kasse übernommen würden.

*„Und ob es für mich notwendig ist, mehr über das SGB XI zu wissen? Also die Leute wenden sich dann in der Regel auch direkt an ihre Pflege- und Krankenkassen. Also damit werden wir gar nicht so konfrontiert.“*

Interviewer: Das heißt also, die Fachkompetenz, sage ich mal, im Bereich SGB XI, abgedeckt durch die Kassenmitarbeiterinnen, das reicht dann hier aus, um sozusagen den Beratungsbedarf dann zu wuppen?

*Ja. Würde ich sagen.“*

### **Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern**

Die Zusammenarbeit mit Leistungsanbietern (wie bspw. ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Ärzte usw.) wird sehr unterschiedlich bewertet. Insgesamt herrschte mit Einführung der Pflegestützpunkte diesen gegenüber eine gewisse Skepsis bis hin zu Ablehnung. Vor allem die ambulanten Pflegedienste, die selbst Beratung im Pflegebereich anbieten und so versuchen, Kunden zu gewinnen, aber auch die Sozialdienste in Krankenhäusern empfanden die Pflegestützpunkte eher als Konkurrenz denn als supplementäres Angebot. Einige Pflegestützpunkte haben jedoch durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und Kontaktaufnahmen zu Leistungsanbietern diese Skepsis abbauen können.

*„Es ist natürlich zu Anfang so gewesen, dass die ambulanten Dienste gedacht haben, wir nehmen denen die Arbeit weg bis wir uns vorgestellt haben und erzählt haben, was wir eigentlich machen und denen noch zuarbeiten können. Und seit der Zeit ist das Verhältnis total gekippt und wenn wir da anrufen, wir haben immer ein offenes Ohr.“*

*„Also der ambulante Pflegedienst, da habe ich die Erfahrung gemacht, dass die skeptisch gegenüber dem Pflegestützpunkt sind. Das hat sich aufgebrochen nachdem ich die meisten besuchte habe, aber es kommt immer auch noch wieder so ein bisschen durch, dass wir ihnen, also dass die das Gefühl haben, wir würden ihnen irgendwie das Feld abgraben, also anstatt uns als wirkliche Ergänzung zu sehen und auch als Unterstützung, weil sie in dem Umfang die Beratung gar nicht leisten können oft zeitlich. Einige haben das kapiert, aber ich hatte noch keinen einzigen Klienten, der uns vom Pflegedienst geschickt worden wäre. Noch keinen Einzigen.“*

Bei anderen Pflegestützpunkten konnte die Skepsis von Seiten der Leistungsanbieter jedoch nicht oder kaum abgebaut werden, so dass hier die Zusammenarbeit sehr unterschiedlich ist.

*„Ja also die Pflegedienste besuchen uns von sich aus. Kommen her, wollen sich mal vorstellen und bringen auch Kugelschreiber mit. Die Sozialdienste, da sind wir ja hingegangen in die Krankenhäuser und haben, haben Termine gemacht, sind da hin. Haben uns vorgestellt und die waren doch sehr, ja eigentlich aggressiv, uns gegenüber. Haben dann also auch gleich gesagt was. Hat es immer gegeben, haben sie immer schon gemacht, was das jetzt soll. So war das eben auch mit den, weiß ich, bezirklichen Seniorenberatern.“*

*„Alles das, was mit Asklepios zu tun hat und wo dann das Entlassungsmanagement privatisiert ist. Da gibt es eher Distanz und ja, weil, weiß jetzt gar nicht, wie ich das ausdrücken soll. Da werden wir eher kritisch betrachtet. Das Gefühl haben wir zumindest, weil man eher die Sorge hat, dass wir da was weg, was wegnehmen können. Das wird nicht als Ergänzung oder als Unterstützung für deren Arbeit gesehen.“*

Generell als schwierig wird der Kontakt zu Ärzten beschrieben, auch wenn diese als so genannte „Gatekeeper“ ideale Mittelpersonen wären, um ihre ratsuchenden Patienten zur ausführlichen Beratung, für die Ärzte kaum Zeit haben, an den Pflegestützpunkt zu verweisen. Bei Ärzten scheinen die Pflegestützpunkte jedoch wenig bekannt zu sein, und auch das Herantreten an die Sprechstundenhilfen scheint daran wenig zu ändern.

*„Also ich denke eher, dass die das überhaupt nicht auf den Zettel haben, dass es diese Stützpunkte gibt. Also wenn man sich nicht da wirklich aufdrängelt, dann haben die das überhaupt nicht auf den Zettel. Das ist so mein Eindruck. Also es gibt so Ärzte, die meinen sie haben eh alles im Griff und wissen es alle besser und sagen ja natürlich zu ihren Klienten, sie kriegen eine Pflegestufe. Das kommt überhaupt nicht hin.“*

Mit stationären Pflegeeinrichtungen wird die Zusammenarbeit überwiegend als sehr gut bewertet. Diese haben offensichtlich keinen Grund, die Pflegestützpunkte als Konkurrenz anzusehen.

### **Zusammenarbeit mit anderen Pflegestützpunkten**

Die Zusammenarbeit der Pflegestützpunkte untereinander wird generell als sehr gut beschrieben. Dabei zeigt sich, dass insbesondere das Know-How der Pflegestützpunkte angefragt wird, die bereits sehr lange arbeiten bzw. deren Mitarbeiterinnen aufgrund ihres beruflichen Werdegangs schon vor Einführung der Pflegestützpunkte viel im Bereich Pflegeberatung gearbeitet haben (Nord oder Mitte).

Es fällt auf, dass gezielt die Mitarbeiterinnen aus Pflegestützpunkten, die über die Pflegekassen angestellt sind und Erfahrungen sowie Qualifikationen im Bereich Pflegeberatung haben, angesprochen werden.

*„Es ist in der Vergangenheit vorgekommen, dass mich Leute angerufen haben aus anderen Stützpunkten und gesagt haben, Mensch du kommst doch von der Kasse XY und wie läuft denn das bei euch so, oder die einfachen Know-how abfragen. Und das finde ich eigentlich ganz gut. Also das macht nun nicht jeder Stützpunkt, aber so PSP A und PSP B, die haben das gemacht und das fand ich so ganz gut. Die haben da keine Berührungängste auch einfach mal zu fragen. Das finde ich ganz gut.“*

Deutlich ist auch, dass die Zusammenarbeit stark von den freundschaftlichen Beziehungen zueinander geprägt ist. Unabhängig von der räumlichen Nähe der Pflegestützpunkte werden gute Kontakte zueinander gepflegt, wenn man gut miteinander auskommt.

In wenigen Ausnahmen gaben die Befragten an, dass ein richtiger Austausch zwischen Kollegen de facto nicht stattfindet, wobei sich diese Aussage nicht generell auf Pflegestützpunkte bezieht, sondern auf diese befragte Mitarbeiterin.

*„Gibt es gar nicht, würde ich sagen. Es gibt nur die Teilnahme an den regelmäßigen Fachbesprechungen. Ja, gar nicht, kein Austausch. Also nicht dass ich wüsste.“*

## Vernetzungsarbeit der Pflegestützpunkte

Die Pflegestützpunkte sind mittlerweile sehr gut in regionale Pflegenetzwerke eingebunden. Zu vielen Einrichtungen besteht ein lockerer Kontakt, der z.B. durch regelmäßige Telefonate im Rahmen der Fallarbeit oder Recherchearbeit immer wieder aktualisiert wird. Darüber hinaus nehmen die Mitarbeiterinnen der Pflegestützpunkte regelmäßig an Treffen wie bspw. Pflege- oder Gesundheitskonferenzen teil, oder sie werden zu Veranstaltungen eingeladen – dies sowohl passiv als Zuhörer, aber es gibt auch immer wieder Anfragen für Vorträge und Interesse an der Einrichtung Pflegestützpunkt. Die Mitarbeiterinnen binden sich in vorhandene Aktivitäten ein, agieren aber nicht selbst als Knotenpunkte für die Vernetzung.

## Kooperation mit Ehrenamt, Freiwilligen- und Selbsthilfegruppen

Die Einbindung von ehrenamtlichen Gruppierungen befindet sich noch sehr am Anfang bzw. ist noch gar nicht konkret angegangen. Eine Schwierigkeit dabei ist unter anderem der organisatorische Aufwand bzw. das zähe Vorankommen, da der Aufbau dieser Kooperationsstrukturen über mehrere Instanzen oder Hierarchieebenen hinweg entschieden werden muss.

*„Das ist ja eine ganz zähe Geschichte und das haben wir uns so einfach vorgestellt und es ist ja schier unmöglich. Wir arbeiten daran, wir waren auch schon relativ früh bei Verantwortlichen oder bei Akteuren hier im Selbsthilfesystem oder im Ehrenamtlersystem. Und haben versucht, da selber was auf die Beine zu stellen. Hat sich dann als eigentlich teilweise unmöglich herausgestellt. Wir arbeiten weiter daran. Das Ding ist einfach, wir müssen über die Behörde gehen und das hat sich als nicht so einfach herausgestellt.“*

Als weiteres Problem stellt sich die Personallage dar. So haben die PSP-Mitarbeiterinnen gerade in der Aufbauphase der Pflegestützpunkte sehr viel zu tun, so dass die Einbindung Ehrenamtlicher nur rudimentär erfolgt, bspw. in Form von Bereitstellung von Räumen zur Nutzung diverser ehrenamtlicher Aktionen. Eine konkrete Zusammenarbeit stellt dies aber noch nicht dar. Die Situation, wie sie sich zurzeit darstellt, wird daher von den meisten Mitarbeiterinnen auch als unbefriedigend empfunden.

*„Also so eine enge Zusammenarbeit nicht. Wir werden schon von einzelnen Gruppen angefragt, nach dem Motto, kommt doch mal bitte vorbei und informiert, was ihr eigentlich so macht, weil sie gehört haben, es gibt jetzt hier einen Pflegestützpunkt. Das ist schon ein bisschen mehr geworden. Das ist aber keine wirkliche Zusammenarbeit, sondern ist eben einfach nur eine Information, dass man mal fragt, was macht ihr eigentlich. Weitere Zusammenarbeit mit wirklich Ehrenamtlichen gibt es so nicht. Ich finde auch diese Bezeichnung ‚Einbindung Ehrenamt‘ und dann zu sagen, es kommen die Pflegeberater für Migranten hierher, das ist für mich kein wirkliches Ehrenamt, das ist eine andere Beratungsstelle, die dann hier eine Sprechstunde abhält. Ist nicht schlecht. Wird nicht angenommen, aber ist erstmal als Angebot nicht schlecht. Aber wirklich Einbindung Ehrenamt finde ich es nicht. Können wir auch nicht wirklich leisten, wenn man sich überlegt, dass wir hier Ehrenamtliche einbinden, vielleicht einen eigenen Besuchsdienst aufbauen oder solche Geschichten. Das können wir dann mit unserem Stundenumfang nicht leisten.“*

Ganz allgemein fehlt es an der Ausarbeitung von Konzepten, wie das Ehrenamt konkret eingebunden werden soll. Aber auch strukturelle Probleme wie fehlende oder unzureichende Räumlichkeiten erschweren die Umsetzung der Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Gruppen. Über vernünftige Räumlichkeiten zu verfügen, scheint ein wichtiger Aspekt für die PSP-Mitarbeiterinnen zu sein.

*„Also die werden nachgefragt, wenn sie gebraucht werden in dem Moment, wo sich aus dem Fall heraus irgendwie ein Bedarf ergibt. Ansonsten können wir nicht viel anbieten, wir haben*



*ja keine Möglichkeiten hier oder es ist alles noch im Aufbau begriffen, sage ich mal. Es hat sich da noch nicht viel getan. In welchem Rahmen jetzt hier Ehrenamtliche hier mit eingebunden werden sollen und können, das ist schon aufgrund der Räumlichkeiten bisschen schwierig.“*

### **6.1.5.3 Übergeordnete Themen**

#### **Balance zwischen einzelfallbezogenen und klientenübergreifenden Tätigkeiten**

Im Regelbetrieb der Pflegestützpunkte können Fallarbeit und Vernetzungs- oder Öffentlichkeitsarbeit bei den meisten noch gut vereinbart werden, da für alle Aufgaben, die ein Pflegestützpunkt zu erledigen hat, ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Eng wird es jedoch, wenn Mitarbeiterinnen krank oder zu Fortbildungen sind. Da derzeit die Mitarbeiterinnen, die über die Kassen angestellt sind, ihre Fortbildungen zur §7a-Beratung absolvieren, entstehen entsprechend viele Engpässe in den meisten Pflegestützpunkten.

*„Es ist eigentlich bisher schon genug Zeit, manchmal wird es einfach eng. Wir sind dann personell so dünn besetzt, dass wir da gucken müssen. Priorität hat immer die direkte Beratung, das Andere wird dann hinten angeschoben. Das ist ganz einfach so.“*

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Interviews im Zeitraum von Mai bis August geführt wurden, und aufgrund der kontinuierlich steigenden Anfragen an die Pflegestützpunkte die Zeit für die Dokumentationsarbeit und auch Vernetzungs-, Struktur- und Öffentlichkeitsarbeit zunehmend knapper wird (siehe auch Kapitel 6.1.2.1 und 6.1.4) und die personellen Ressourcen diesbezüglich künftig nicht mehr zur Bewältigung der Aufgaben ausreichen könnten.

#### **Aufteilung der Beratungsinhalte**

Die Anfragen von Ratsuchenden werden in aller Regel nicht im Vorfeld nach Beratungsinhalten unter den Mitarbeiterinnen aufgeteilt, sondern jeder berät zu allen Themen. Erst, wenn es um spezifisches Wissen geht, werden andere Kollegen hinzugezogen oder aber der Ratsuchende an die Kollegen weiterverwiesen. Dabei profitieren alle Pflegestützpunktmitarbeiterinnen nach eigenen Aussagen von den verschiedenen Qualifikationen und Wissensgebieten der Kollegen, so dass, wenn möglich, bestimmte Beratungsinhalte auch von zwei Beratern bearbeitet werden, um voneinander zu lernen und eigene Fachwissenslücken zu schließen.

*„Also dadurch, dass wir aus unterschiedlichen Töpfen kommen, hat jeder seine Spezialität und so wird eigentlich dann auch bei Anfragen, wenn es einfach zu spezifisch wird, bei den Kollegen einfach um Rat gefragt. Aber ansonsten, denke ich mal, können alle generell erstmal eine Beratungsanfrage annehmen und auch beraten. Und wir regeln das so, dass wenn spezifisches Wissen erforderlich ist, wir das innerhalb des Teams dann auch austauschen und regeln und ein Feedback dann geben.“*

Je nach personeller Besetzung lässt es sich auch nicht vermeiden, dass zu Themen beraten wird, die nicht unbedingt zum eigenen Fachgebiet gehören. Dies erfordert dann ggf. erhöhten Rechercheaufwand, führt aber nicht dazu, dass Ratsuchende unaufgeklärt zurückgelassen werden müssen.

*„Also zunächst mal beraten alle zu den gleichen Themen, weil, das geht auch gar nicht anders. Also wir sind zum Teil wirklich durch die, sagte ich ja schon, durch die Fort- oder Weiterbildung und Urlaub und so, so minimal besetzt, dass jeder erstmal jedem Anruf auch oder jeder, jede persönliche Beratung auch erstmal auch aufnehmen und durchführen muss.“*

## **Aufteilung der Zuständigkeiten im PSP und Zusammenarbeit im Team**

In den meisten Pflegestützpunkten, unabhängig von der Zusammensetzung oder davon, ob die Seniorenberatung zum Teil in den Pflegestützpunkt integriert<sup>9</sup> ist, gibt es eine kollegiale Aufteilung der Zuständigkeiten. Sowohl Beratungstätigkeiten als auch Aufgaben im Bereich Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit werden gleichermaßen von den Mitarbeiterinnen übernommen. In bestimmten Fällen und in Abstimmung mit den Kolleginnen und Kollegen übernehmen die Mitarbeiterinnen aus der Seniorenberatung weniger Klientinnen übergreifende Tätigkeiten, da sie aufgrund des erhöhten Fallaufkommens nicht mehr ausreichend Zeit für diese Arbeiten haben. Obwohl das „Herausziehen“ aus diesen Tätigkeiten nicht beabsichtigt sondern unumgänglich ist, herrscht bei den übrigen Kollegen durch die schiefseitige Verteilung der Aufgabenbereiche ein gewisser Unmut.

*„Ich habe den Eindruck, da war Unmut. (...) Und ich bin auch nicht ganz sicher, ob das auch immer noch so in Ordnung ist, weil es anders angedacht war und auch anders mitgeteilt, also transportiert worden ist. So, aber es ist für mich zeitlich überhaupt nicht möglich, das anders zu handhaben und auch kräftemäßig nicht. (...) Aber ich glaube schon, dass es auch immer noch mal im Hinterkopf auch noch mal so Thema ist irgendwie. (...) Aber ich glaube auch, dass sich da [Mitarbeiter] auch arrangiert hat. Aber ich glaube schon, dass in der Anfangszeit auch mehr Unterstützung von uns gewünscht wurde.“*

Von den oben beschriebenen generellen Aussagen zur Aufteilung der Beratungsinhalte und den Zuständigkeiten im PSP gibt es aber auch zwei abweichende Extreme: Zum einen ein Fall, wo die Beratung weiterhin nahezu vollständig von den im PSP tätigen Seniorenberatern durchgeführt wird, während die Mitarbeiterinnen der Kassen den Bereich Öffentlichkeitsarbeit zugeteilt bekommen haben. Hier zeigt sich eine systematische „Verteidigung“ gewachsener (Seniorenberatungs-)Strukturen, die intern (d.h. zwischen den Mitarbeiterinnen des Bezirks und der Kasse) auch zu Konflikten führte.

*„Es ist ein bisschen Arbeitsteilung. Also so diese Einzelfallarbeit, denke ich, machen weiterhin mehr wir in der Seniorenberatung. Hängt auch einfach damit zusammen, dass ja die Nachfragen so sind, dass es eigentlich darum geht, dass es Themen sind, die wir beraten müssen, weil es nicht nur darum geht allgemein Informationen über Pflegebedürftigkeit zu bekommen und was es vielleicht irgendwie gibt. Wobei auch da sind wir, sage ich jetzt einfach mal so, fitter hier im Stadtteil, weil wir einfach länger hier schon arbeiten. (...) Und von daher haben wir die Tätigkeiten so ein bisschen aufgeteilt, dass so Übergreifendes auch Öffentlichkeitsarbeit dann eher von den Pflegeberatern gemacht werden sollte. Einfach weil hier auch das Problem auftauchte, dass auch die und vor allem deren Leitung festgestellt hat, die sind überhaupt nicht ausgelastet, die haben ihre ein, zwei Anrufe am Tag und das kann es nicht sein. Und dann haben wir gesagt, okay, dann sollen sie doch mehr die Öffentlichkeitsarbeit machen, Werbung für den Pflegestützpunkt, damit sie was zu tun haben. Das haben sie dann auch gemacht, wobei das jetzt auch schon wieder zurückgeschraubt wurde, weil sie es jetzt ein bisschen ungleichmäßig verteilt fühlen. Das kann ich zwar nicht ganz nachvollziehen, aber ist dann so, dass es jetzt auch wieder gleichmäßig auf die Öffentlichkeitsarbeit verteilt werden sollte, es war nur am Anfang, so dass die dann mehr gemacht haben.“*

Im anderen Fall wurde es so beschrieben, dass die Pflegestützpunktarbeit, die sowohl Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeiten als auch Beratungstätigkeiten beinhaltet, fast ausschließlich von den Mitarbeiterinnen der Kasse durchgeführt wurde, während die Arbeit der Seniorenberatung völlig intransparent blieb. In welchem Umfang sich die

---

<sup>9</sup> Von „Integration der Seniorenberatung in den Pflegestützpunkt“ wird gesprochen, wenn Mitarbeiter der Seniorenberatung mit einem bestimmten Stellenanteil auch im Pflegestützpunkt arbeiten.

Bezirksmitarbeiterinnen am Pflegestützpunkt beteiligt haben und inwiefern Beratungsfälle dort auch in der Erstkontaktstatistik erfasst wurden, kann nicht abgeschätzt werden.

*„Die Mitarbeiter, die aus dem Bezirk kommen, beraten ja nicht bei uns im Pflegestützpunkt. Bei uns ist es so, wie gesagt, da wo der Anruf aufläuft, der fängt auch an den Fall zu bearbeiten. Wenn es aber irgendwie ganz spezielle Sachen sind, die so Kassen spezifisch sind, irgendwie so komplizierte Berechnungen und irgendwas, dann gebe ich das ab. Dann bitte ich irgendwie meine Kollegen, dass die das übernehmen oder dass die da irgendwie sich zwischendurch mal einschalten und das irgendwie machen. Ansonsten ist es ja bei uns einfach schwierig mit der Seniorenberatung und deswegen teilen wir es im Prinzip nicht auf sondern wir sagen dann halt, wenn das jetzt irgendwie ein Fall ist, der eben nach SGB XII riecht oder wo eben was gemacht werden muss, dann geben wir denen das. Aber wir kriegen dann auch keine Rückmeldung. Entweder fragen wir mal nach oder eben nicht.“*

Je nach „Organisationskultur“ verläuft die Zusammenarbeit im Team entsprechend gut oder schlecht. Funktionierende Teams können Konflikte in Teamsitzungen oder auch außerhalb festgelegter Termine klären und damit in einer Weise umgehen, dass es das Miteinander voranbringt. In anderen Teams sind die Konflikte so stark und konnten (oder wollten) auch nicht gelöst werden, so dass hier keine konstruktive Zusammenarbeit möglich ist.

*„Also es ist schon so, also es gab schon Vorbehalte, also von mir persönlich und von Kollegen auch. (...) Es entstanden hier zwischenzeitlich auch immer mal wieder Kommunikationsstörungen, wenn ich das mal so nennen darf. (lacht) Nee, so ein richtiges Miteinander, und ich würde jetzt mal behaupten von beiden Seiten kein Interesse noch extra über die Fälle zu reden. Kein großes Interesse aneinander, so.“*

### **Strukturelle Probleme zwischen Bezirklicher Seniorenberatung (BeSe) und PSP**

In den vorigen Abschnitten wurden bereits Probleme zwischen Mitarbeiterinnen der Kassen und der Bezirke bzw. in der Zusammenarbeit von Seniorenberatung und Pflegestützpunkt erörtert. An dieser Stelle sollen die auftretenden Schwierigkeiten noch mal verdichtet beschrieben werden. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob diese möglicherweise strukturell bedingt sind und in Verbindung mit bestimmten Konzepten der Implementierung von Pflegestützpunkten stehen.

Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Seniorenberatungs- und Pflegestützpunktmitarbeiterinnen treten nicht generell auf. Sie lassen sich auch nicht ausschließlich auf Konstellationen beziehen, in denen die Seniorenberatung im Pflegestützpunkt integriert ist oder eine strikte Trennung zwischen ihnen besteht. Es lassen sich jedoch drei „Kooperationstypen“ beschreiben:

- 1) Die Zusammenarbeit funktioniert gut, es gibt keine (strukturellen) Probleme.
- 2) Die Zusammenarbeit funktioniert einigermaßen gut, es gab oder gibt noch leichte Vorbehalte gegenüber der Einrichtung „Pflegestützpunkt“, die jedoch weitestgehend geklärt werden konnten.
- 3) Die Zusammenarbeit funktioniert gar nicht, das Miteinander im Team ist kaum gegeben und das Konzept Pflegestützpunkt wird ignoriert oder es wird bewusst in eine andere Richtung gearbeitet.

Wenn auch nicht generell, so lässt sich zumindest tendenziell sagen, dass die Probleme wahrscheinlicher sind, wenn:

- die Seniorenberatung in den PSP integriert ist

- eine Vollzeitstelle nicht nur durch eine oder zwei, sondern mehrere (Bezirks-) Mitarbeiterinnen ausgefüllt wird.

### **Typ 1: Gut funktionierende Zusammenarbeit**

Der vermutlich ideale Fall ist eine strikte Trennung der Mitarbeiterinnen von Seniorenberatung und dem Pflegestützpunkt, wobei dann eine gute Zusammenarbeit dieser beiden Einrichtungen gegeben sein sollte. Es gibt mehrere Pflegestützpunkte, die personell strikt getrennt von der Seniorenberatung sind (bzw. wo die aus der Seniorenberatung entsandten Mitarbeiterinnen ausschließlich im Pflegestützpunkt arbeiten). Diese berichten von einer gut funktionierenden Team übergreifenden und auch Team internen Zusammenarbeit.

*„Also es ist in der Regel eigentlich so, dass wir zuarbeiten und so sehen wir das auch. Also die schwierigen Fälle, wie Verwahrlosungsfälle und gerade da, wo es dann nachher, was ist das, Hilfe im Haushalt, geht, und solche zusätzlichen Leistungen. Das kann nur über die Seniorenberatung laufen. Das ist uns klar. Und wir schätzen das eben auch wahnsinnig, dass wir die haben. Gerade weil wir so viel lernen können durch die große Erfahrung, die die haben.“*

*„Dass wir wirklich die Fälle, die bei uns reinkommen bearbeiten und die Seniorenberatung nach wie vor die Fälle, die bei denen auflaufen, bearbeiten. Es gibt aber eine Arbeitsgruppe, die wir gebildet haben, also zwei Kollegen aus dem Stützpunkt, zwei Kollegen aus der Seniorenberatung. Wo wir ja versucht haben erstmal Gemeinsamkeiten und auch Abgrenzungen wirklich zu finden und zu definieren und wo wir vermehrt gucken, dass wir in bestimmten Fallkonstellationen zusammenarbeiten und das klappt auch sehr gut. Sowie also in unserer Beratung das SGB XII und auch Bewilligung von Leistungen im Vordergrund steht, dann arbeiten wir immer mit der Seniorenberatung zusammen. Wenn aus Sicht der Seniorenberatung wirklich eine reine Pflegeberatung notwendig ist, dann werden sozusagen Fälle an uns dann weitergegeben. Es ist schon häufig vorgekommen, dass wir Hausbesuche gemeinsam durchgeführt haben.“*

### **Typ 2: Gut funktionierende Zusammenarbeit, mit Einschränkungen**

Die Implementierung der Pflegestützpunkte war für viele Mitarbeiterinnen der Bezirke sehr intransparent. Der Pflegestützpunkt als Beratungsstelle, die sich auch um die Belange älterer Menschen kümmert, wurde insbesondere von Mitarbeiterinnen der Seniorenberatungen mit Skepsis betrachtet. Gute Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren, aber auch vor allem Information durch die Vorgesetzten zur Implementierung der PSP und möglichen Veränderungen können hier weiterhelfen, Bedenken und Ängste abzubauen und somit Blockadehaltungen zu vermeiden.

*„Ja die Ängste, es herrschten dann überall große Existenzängste und die sind, denke ich, jetzt auch immer noch nicht vom Tisch. Aber es ist halt eine Frage, wie wir damit umgehen. Also wir sind ja nicht diejenigen oder vielleicht die, die Suppe auslöffeln, aber nicht die, die sie eingebrockt haben. Und ich denke mal, wenn man das ein bisschen mit Abstand betrachtet, dann geht das auch. Also man muss da bisschen realistisch rangehen und vielleicht auch offen einfach miteinander sprechen, das tun vielleicht viele nicht.“*

### **Typ 3: Problematische Zusammenarbeit, offener Widerstand**

Auffällig ist, dass der problematischste Typus struktureller Probleme im Pflegestützpunkt nur in den Konstellationen vorzufinden ist, in denen a) die Seniorenberatung im PSP integriert ist und dies in der Form, dass b) mehrere Mitarbeiterinnen der Seniorenberatung die ihnen zugeteilte Vollzeitstelle im Pflegestützpunkt teilen, so dass nicht eine Person

vollständig oder zwei Personen zum Teil, sondern mehr oder weniger das ganze Seniorenberatungsteam im Pflegestützpunkt anteilig arbeiten soll.

Der Widerstand seitens der bezirklichen Mitarbeiterinnen lässt sich in zwei „Strategien“ einteilen. Zum einen die Methode, die Kollegen aus den Kassen weitestgehend bei den Beratungstätigkeiten außen vor zu lassen, so dass die Ratsuchenden weiterhin die Seniorenberatung aufsuchen, auch wenn sie eigentlich den Pflegestützpunkt aufsuchen. Dies macht sich auch bemerkbar durch Vermeidungsstrategien im kollegialen Umgang, so dass kein Miteinander im Team möglich scheint.

*„Wenn also auf der einen Seite, als wir hier anfangen, haben wir gehört, ja so nach dem Motto, was das soll (...) und wir konnten ja nichts dafür. Wir sind hier einfach abgeordnet worden hierher. Die Kollegen waren, zum Beispiel, auch die Einzigen, die nicht bei diesem Vorbereitungstreffen waren. Von allen Stützpunkten waren Leute, weil es gab diese zweitägigen Vorbereitungstreffen. Die Kollegen waren die Einzigen, die nicht da waren. Es war von jedem Stützpunkt jemand da. Also auch von jeder Seniorenberatung jemand da und da war schon irgendwie so, das war mir erst gar nicht, das habe ich erst später gemerkt. Dieses Desinteresse, diese Front war schon sehr groß. Ich muss natürlich sehen, dass ich es nicht persönlich nehme. Aber es ist nicht immer leicht und mich ärgert dann einfach die Aussage, wenn es heißt: ‚Ja, das haben wir schon immer gemacht‘. Wenn ich dann sehe oder mitkriege für welche Fortbildungen sich alles angemeldet wird. Das ist ja ein Widerspruch in sich so.“*

*„Man ist sich einfach irgendwie nicht so grün. Man kommt nicht miteinander wirklich gut klar. Es sind dann so schon Umgangsformen. Man grüßt sich nicht. Also man weiß gar nicht, ist derjenige jetzt da oder nicht. Der, der morgens kommt, geht nicht mehr rum und sagt ‚Guten Morgen‘, sondern man sitzt hier im Nachbarbüro und weiß gar nicht, ist jetzt eigentlich der von der Pflegekasse da oder nicht. Das finde ich sehr sonderbar, wie da miteinander umgegangen wird. Wurde auch schon mal in Dienstbesprechungen angesprochen, hat sich aber nicht wirklich verbessert. Das ist, glaube ich, aber mehr nur so ein Zeichen, weil, ich glaube es ist wirklich ein strukturelles Problem, das ich der Meinung bin, es ist unsinnig für Hamburg zu sagen, man macht PSP, wo man Pflegekassenmitarbeiter rein nimmt. Es gibt die Seniorenberatung, die hat gute Arbeit geleistet. Man hätte sie umbenennen können PSP, wie gesagt, sagen auch für Jüngere sind sie zuständig.“*

Zum anderen gibt es die Strategie, den Pflegestützpunkt vollkommen zu ignorieren und weiterhin so zu arbeiten, als ob der PSP nicht vorhanden wäre. Beratungsfälle, die im Pflegestützpunkt auflaufen, werden von den Kassenmitarbeiterinnen ganz normal bearbeitet. Die Bezirksmitarbeiter, die eigentlich im Pflegestützpunkt arbeiten sollten, treten konsequent als Seniorenberatung auf. Es ist in diesen Fällen auch unklar, inwieweit Ratsuchende, die gezielt den Pflegestützpunkt aufsuchen wollen oder dort anrufen, überhaupt in der Statistik der Pflegestützpunkte (Erstkontakte) geführt werden.

*„Aber das ist, in der freien Wirtschaft würde es das nicht geben, so wie es das hier gibt. Also da hätte schon längst mal jemand richtig auf den Tisch gehauen und gesagt, so funktioniert es nicht. Ihr müsst eine Stelle hier mit einbringen. Ihr tut es de facto nicht und irgendwas muss passieren. Es passiert aber nichts, weil die hier alle irgendwie immer so ein bisschen das Köpfchen streicheln.“*

*„Ist eben, dass wir dann über Outlook eine Einladung einstellen. Also jetzt kommen die und die und jetzt kommen die und die und wir wollen zu dem und dem Treffen. Dann gibt es über Outlook ja die Funktion Teilnehmer einzuladen. Dann kriegen wir entweder gar keine Rückmeldung oder gar keine Rückmeldung. Dann haben wir jetzt noch mal das angesprochen und dann haben wir gehört, dass die Seniorenberatung sich beschwert hat, dass wir die Termine schon festgelegt haben. Dass sie gar keine Möglichkeiten hatten da irgendwie einen anderen Terminvorschlag zu machen. Was man ja einfach mal sagen könnte: ‚Ich habe keine Zeit‘, ‚Ich hätte Interesse‘, ‚Können wir das noch mal verschieben?‘*

*Dass wir ja auch nicht rein schreiben bis wann man sich zurückmelden soll. Also es ist Kindergarten. Man kann einfach sagen, ich kann nicht oder ich kann oder kann man irgendwie noch mal einen anderen Termin raus finden. Seit einem Jahr geht es immer nur um solche Sachen. Dass wir uns hier anmotzen lassen, teilweise, von der einen Kollegin, dass wir uns mit Pflegediensten treffen und außerdem warum wir überhaupt Pflegedienste weiter empfehlen. Das sollen wir immer nur die machen lassen, weil die kennen ihre Pflegedienste.“*

## **Zufriedenheit mit und Bewertung des PSP-Konzepts**

Das Konzept der strikten Trennung von Seniorenberatung und Pflegestützpunkt wird von den entsprechenden Pflegestützpunkten, in denen dieses so umgesetzt wird, als sehr positiv bewertet.<sup>10</sup> Gerade vor dem Hintergrund, dass kein Berater das gesamte Themenspektrum abdecken kann, wird der Pflegestützpunkt als zusätzliche Beratungsstelle neben der Seniorenberatung als unbedingt wichtig und sinnvoll erachtet.

*„Die Kooperation, also das Getrenntsein, zwei, sozusagen zwei Beratungsstellen zu haben, funktioniert bei uns ganz gut. Ich würde natürlich wünschen, dass ich auch Know-how habe, dass ich nicht immer nachfragen muss und dass ich ganz schnell und direkt auch Infos geben kann. Das wird in keinem Stützpunkt funktionieren, weil niemand einen Sozialarbeiter- oder diesen ganzen, den Teil hat und die Pflegefachlichkeit hat.“*

Wichtig dabei ist aber eine funktionierende Zusammenarbeit mit der Seniorenberatung, denn Sozialarbeiter und Pflegefachkräfte sind im Hinblick auf ihr Know-How aufeinander angewiesen. Überdies ist es gerade in der Anfangsphase, wenn neue Strukturen aufgebaut werden, hilfreich, wenn Mitarbeiterinnen der Pflegestützpunkte sich von der Seniorenberatung helfen lassen können.

*„Also es ist, bei uns ist es ja wirklich so, dass wir sehr eng zusammenarbeiten und ich denke, das wäre auch für alle anderen Stützpunkte wirklich wichtig, dass da eine engere Verzahnung stattfindet zwischen der Seniorenberatung und der Pflegestützpunkte, weil man da echt auch stark aufeinander angewiesen ist, finde ich. Also gerade in der Anfangszeit sind wir, waren wir, finde ich, sind wir immer noch sehr stark auf unsere Seniorenberatung angewiesen.“*

Auch in Pflegestützpunkten, in denen die Seniorenberatung im PSP integriert ist und die Team interne Zusammenarbeit gut funktioniert, wird eine Trennung von Seniorenberatung und Pflegestützpunkt präferiert, weil die Zuständigkeiten dadurch klarer geregelt sind und die ungleich verteilten Arbeitsbereiche (Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit versus Beratungstätigkeiten) aufgrund der Doppelbelastung der Seniorenberater abgemildert wird.

*„Ich halte eine Trennung für sinnvoll, ganz klar. Also ganz eindeutig, es ist für uns mehr Arbeit. Es ist für uns deutlich mehr Arbeit von der Seniorenberatung als für diejenigen, die im PSP, also kassenfinanziert sind, mit dieser Doppelbelastung, dadurch, dass wir unsere Aufgabengebiete genauso wie vorher haben, das heißt es ist zusätzliche Arbeit. Wie ich schon sagte, die kaum zu bewältigen ist neben Parallelen ohne deutliche Abstriche zu machen, was die Arbeit im PSP anbelangt.“*

Die Integration der Seniorenberatung erweist sich dann als problematisch, wenn mehrere Mitarbeiterinnen der Seniorenberatung mit nur geringem Stundenanteil im Pflegestützpunkt arbeiten. Unter diesen Bedingungen scheint es schwer zu sein, die Arbeitsbereiche klar zu trennen und zu entscheiden, wann man die Rolle der

---

<sup>10</sup> Diese entsprechen den Typen 1 und 2 aus dem vorigen Abschnitt.

Seniorenberaterin und wann die der Pflegestützpunktmitarbeiterin auszufüllen hat. Als Konsequenz findet keine Identifikation mit der Einrichtung „Pflegestützpunkt“ statt und es werden alte Gewohnheiten und Strukturen beibehalten. Dies wird auch durch die ablehnende Haltung deutlich, dass gerade der Vorteil der Pflegestützpunkte – nämlich das zusätzliche Know-How im Bereich der Pflegeberatung (SGB XI) – als Nachteil ausgewiesen und die Inhalte und Konzeption der Pflegestützpunkte als „Seniorenberatung unter neuem Namen“ bezeichnet wird.

*„Also da denke ich, hat sich die Beratungsqualität deutlich verschlechtert, aber es wird eben hier von Vorgesetzten nicht gesehen, das wollen sie nicht hören. Und auch den Mangel, den es gibt, an, ja an Qualifikation der Pflegeberater. Die haben sicher ihre Qualifikation SGB XI in der Pflegekasse wunderbar, aber es ist glaube ich nicht das, was im PSP gebraucht wird. Meine Meinung ist, PSP ist im Grunde das, was Seniorenberatung gemacht hat, erweitert auch auf jüngere Pflegebedürftige sicherlich. Es wäre sinnvoll gewesen Seniorenberatung auszubauen, zu sagen da zwei, drei qualifizierte Mitarbeiter dazu, ihr seid jetzt auch für Jüngere zuständig damit zu dem Gesundheitsamt Körperbehindertenfürsorge vielleicht ein bisschen was wegnehmen, aber zu sagen eine Stelle, die das macht so qualifiziert wie bisher in einer Hand, aber nicht diese Konstruktion mit Pflegeberater in der Kasse, die wirklich eine ganz andere Sichtweise haben und ganz andere Qualifikationen haben.“*

Noch besser wäre das Konzept Pflegestützpunkt laut den Befragten, wenn nicht nur eine personelle, sondern auch deutliche räumliche Trennung stattfinden würde.

*„Ja die komplette Abtrennung. Also hier ist es schon mal nicht schlecht. Es könnte aus einer Sicht aber auch noch deutlicher werden. Also wenn ich jetzt zum Beispiel in die anderen Stadtteile gucke, die angesiedelt sind an die Behörde direkt, finde ich es eher unglücklich, weil ich denke, das ist für viele Menschen doch ein bitterer Beigeschmack ist oder so eine Behörde aufsuchen zu müssen.“*

#### **6.1.5.4 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse**

Ein zentrales Ergebnis der Auswertung der Mitarbeiterinneninterviews ist die herausgearbeitete Typologie von Pflegestützpunkten, in der sich drei unterschiedliche Typen herauskristallisiert haben. Bei vielen der abgefragten Themen lässt sich das Antwortverhalten und die Einschätzung der Mitarbeiterinnen zu diesen Fragen klar nach den drei Typen unterscheiden. Das bedeutet auch, dass verschiedene Aspekte, die entweder zum Kernbereich der Pflegestützpunktarbeit gehören oder aber wichtige Grundlagen für die Effizienz und den Erfolg der Pflegestützpunkte darstellen (Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit, Zusammenarbeit Seniorenberatung und Pflegestützpunkt...), unterschiedlich engagiert umgesetzt oder im ungünstigsten Fall sogar torpediert werden.

In einem gut funktionierenden Team (Typ 1) wird z.B. die Öffentlichkeitsarbeit generell als wichtiger Arbeitsbereich der PSP angesehen und die Aufgabenverteilung erfolgt kollegial, alle beteiligen sich daran. Typ 2, das gut funktionierende Team mit leichten Einschränkungen, was die Möglichkeiten des Engagements einiger Kollegen betrifft, erachtet die Öffentlichkeitsarbeit auch als wichtig, übernommen wird diese aber nur von einem Teil des Teams. Bei Typ 3 wiederum wird diese Aufgabe von den Mitarbeiterinnen der Seniorenberatung gar nicht wahrgenommen. Das führt einerseits dazu, dass die Mitarbeiterinnen aus den Kassen die Öffentlichkeitsarbeit dauerhaft übernehmen müssen, was entweder zu Lasten der Beratungskapazitäten oder aber der Öffentlichkeitsarbeit geht. Andererseits ist die Identifikation mit dem Pflegestützpunkt sehr gering bis gar nicht vorhanden, wodurch es zu erheblichen Schwierigkeiten im Aufbau des PSP kommt, insbesondere in der Anfangsphase. Dies lässt sich nicht nur exemplarisch am Beispiel der Öffentlichkeitsarbeit darstellen. Auch im Bereich die klientenbezogenen Aktivitäten, sei es

die direkte Beratung oder fallbezogene Recherche-Arbeiten, kann ein Pflegestützpunkt keine optimale Leistung erbringen, wenn die Fachkompetenzen nicht gebündelt zur umfassenden Beratung der Klienten genutzt werden kann. Kooperative Strukturen wie sie in Typ 1 und 2 vorkommen, nutzen die vorhandenen Qualifikationen wesentlich effizienter aus, was eher zu einer qualitativ besseren Beratung führen kann. In den gut funktionierenden Teams, die durch Typ 1 und 2 beschrieben werden, waren die Mitarbeiterinnen – unabhängig davon, ob sie von Kassen- oder Bezirksseite kommen – der Auffassung, dass kein Berater das gesamte Fachgebiet überschauen kann und die Zusammenarbeit zwischen Pflegeberatern und Sozialarbeitern eine unbedingt notwendige und sinnvolle Sache ist. Hier werden die unterschiedlichen Kompetenzen zielführend genutzt und Kollegen in die Beratung mit einbezogen, wenn das eigene Wissen nicht mehr ausreicht. Die Mitarbeiterinnen, die Typ 3 zugeordnet werden können, sehen wiederum keinen Bedarf an zusätzlichem Fachwissen und verweisen darauf, dass sich die Beratungsinhalte durch Einführung der PSP nicht geändert haben. Oder es kommt zu widersprüchlichen Aussagen, dass einerseits die Klientel die gleiche geblieben ist und Fachexpertise im Bereich Pflegeberatung nicht notwendig sei, andererseits jedoch darauf hingewiesen wird, dass Anfragen aus dem SGB XI Bereich durch die Kassenkollegen bearbeitet würden.

Neben den strukturellen Problemen, die je nach Konzeption der Pflegestützpunkte (Typ 1 bis 3) unterschiedlich stark ausgeprägt sind, gibt es zwei weitere wichtige Ergebnisse, die übergeordnet und unabhängig von der Mitarbeiterinnenzusammensetzung sind.

Zum einen sei der Bereich der Dokumentation anzumerken, hier vor allem die Falldokumentation. Es hat sich gezeigt, dass die Falldokumentation überwiegend als unpraktisch angesehen wird – dies zeigt sich auch anhand der Datenlage zur Auswertung der Falldokumentation (siehe Kapitel 6.1.3).

- Sie bedeutet Mehrarbeit wegen Doppeldokumentation, da parallel auch in PROSA Daten erfasst werden müssen.
- Sie ist unzureichend, weil verschiedene Anliegen der Ratsuchenden keinem entsprechenden Abschnitt in der Falldokumentation zugeordnet werden können.
- Sie ist unpraktisch, weil Freitext erforderlich ist, wo Ankreuzoptionen sinnvoller wären und umgekehrt fehlt den Mitarbeiterinnen die Möglichkeit, eine Beratung schlichtweg nur als Fließtext zu dokumentieren.

Als Konsequenz wird die Falldokumentation nur halbherzig oder gar nicht ausgefüllt und auf eigene Dokumentationssysteme zurückgegriffen bzw. alte bestehende System wie PROSA werden fortgeführt und ausschließlich genutzt. Letzteres ist vor allem dann problematisch, wenn im Team gemeinsamer Zugriff auf (elektronische) Akten notwendig wird, jedoch nur ein Teil des Teams tatsächlich auf die Daten zugreifen kann. Die Mitarbeiterinnen der Kassen haben aus Datenschutzgründen bspw. keinen Einblick in PROSA-Dokumente.

Zum anderen sei noch mal der Bereich Öffentlichkeitsarbeit genannt. Einerseits lässt sich aus den Ergebnissen der Auswertung der Erstkontaktstatistik ablesen, dass ein Großteil der Ratsuchenden über solche Wege von den Pflegestützpunkten erfahren, die sich durch Öffentlichkeitsarbeit massiv beeinflussen lassen (siehe Kapitel 6.1.2.3). Andererseits berichten die Mitarbeiterinnen von erfolgreichen Methoden der Öffentlichkeitsarbeit und unterstreichen damit deren Wirksamkeit. Allerdings gibt es hier noch deutlichen Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die Unterstützung der Mitarbeiterinnen. Dies betrifft nicht nur die Verfügbarkeit ausreichender Materialien, sondern auch die unkomplizierte und unbürokratische Unterstützung durch die übergeordneten Stellen und Vorgesetzten.



So könnten bspw. Pressestellen der Bezirke gezielt mit unterstützen, wenn es um Berichte über Pflegestützpunkte in lokalen Zeitungen geht o.ä.

### **6.1.6 Zusammenfassung Ergebnisse Teilstudie 1**

Die Pflegestützpunkte existieren zum Zeitpunkt der Berichtsabgabe bis zu max. 1 ½ Jahren und befinden sich damit immer noch in der Anfangs- und Aufbauphase. Dies lässt sich zu allererst an den Fallzahlen erkennen, gestützt durch die Aussagen der Mitarbeiterinnen. Die Anzahl an Erstkontakten steigt über fast alle PSP kontinuierlich an (mit Ausnahme von Harburg). Der PSP Altona hat zwar eine schwierige Startphase gehabt, in der nur wenig Ratsuchende den Pflegestützpunkt aufsuchten. In den letzten Monaten jedoch ist die Anzahl an Erstkontakten stärker angestiegen. Dieser Trend setzt sich laut Aussagen der Mitarbeiterinnen auch weiterhin, also nach Erhebungszeitraum, deutlich fort. Die Pflegestützpunkte Mitte und Rahlstedt wiederum weisen bereits in der Aufbauphase eine hohe Anzahl an Erstkontakten auf. Dieser Beratungsbedarf kann, vor allem unter Berücksichtigung von krankheits-, urlaubs- oder fortbildungsbedingten Abwesenheiten von Kollegen, kaum bewältigt werden. Andere wichtige Aufgaben der Pflegestützpunkte im Bereich des Care-Managements können dadurch nicht mehr angemessen bearbeitet werden. Die neuen Pflegestützpunkte in Eimsbüttel und Wandsbek-Markt haben einen guten Einstieg im Hinblick auf die Zahl der Ratsuchenden. In der Gesamtschau kann ein (wenn, je nach PSP, zum Teil auch nur leichter) Trend zu stetig steigenden Erstkontakten konstatiert werden.

Der größte Anteil an Ratsuchenden sind Angehörige oder sonstige Bezugspersonen von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Bei den Ratsuchenden handelt es sich vorwiegend um weibliche Personen. Der überwiegende Teil der Ratsuchenden ist erwerbstätig, der kleinere Teil ist ohne Arbeit oder bereits verrentet. Da der Großteil der Erstkontakte telefonisch stattfindet, sind Arbeitszeiten kein Hindernis zur Kontaktaufnahme mit den PSP. Der Zugang zum und die Inanspruchnahme von Pflegestützpunkten korreliert mit dem Bildungsniveau, so dass davon auszugehen ist, dass Personen aus niedrigeren sozialen Schichten schwerer erreicht werden.

Nicht nur, aber vor allem in der Aufbauphase war die Öffentlichkeitsarbeit sehr wichtig, um Pflegestützpunkte bekannt zu machen. Alle Pflegestützpunkte haben vielfältige Aktivitäten durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass weniger die überregionalen, sondern lokale Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit positive Effekte erzeugten und zur Bekanntheit der PSP beitrugen. Die Öffentlichkeitsarbeit muss folglich weiterhin ein zentraler und kontinuierlicher Bestandteil der Pflegestützpunktarbeit sein.

Am meisten werden Fragen zur Organisation häuslicher Pflege oder Finanzierungsfragen gestellt. Dabei zeigt sich, dass die Pflegestützpunkte bereits bei den Erstkontakten überwiegend tiefergehende Beratungen durchführen und nicht bloß Informationen weitergeben. Typische, komplexere Fälle, die von PSP-Mitarbeiterinnen begleitet werden, erstrecken sich unter Umständen über einen sehr langen Zeitraum. Dabei können zahlreiche Hausbesuche erforderlich sein, die die personellen Ressourcen der PSP stark binden.

Das Aufgabenspektrum zur Fallbearbeitung ist sehr vielfältig und erfordert an verschiedenen Stellen ein optimales Zusammenwirken von Personen mit unterschiedlichen Fachkompetenzen. Gute Kooperationen zwischen Seniorenberatung und Pflegestützpunktmitarbeiterinnen sind hierfür eine wichtige Grundlage. Wie sich gezeigt hat, hängt die Qualität der Zusammenarbeit zwischen PSP und Seniorenberatung, und damit auch die Qualität der Pflegestützpunktarbeit insgesamt, stark von der konzeptionellen Umsetzung ab. In Hamburg lassen sich die PSP in drei unterschiedliche Typen einteilen:

- Gut funktionierende Zusammenarbeit
- Gut funktionierende Zusammenarbeit, mit leichten Einschränkungen
- Problematische Zusammenarbeit, offener Widerstand

In Pflegestützpunkten, in denen die Zusammenarbeit problematisch ist, kommt es zu erheblichen Schwierigkeiten im Aufbau des PSP. Gut funktionierende kooperative Strukturen nutzen die vorhandenen Qualifikationen der verschiedenen Mitarbeiterinnen wesentlich effizienter aus, was eher zu einer qualitativ besseren Beratung führt.

Die Mitarbeiterinneninterviews geben Hinweise darauf, dass die Anfangsphase noch nicht überwunden war. So wird die Falldokumentation als nicht ausgereift bezeichnet, die Öffentlichkeitsarbeit ist ausbaufähig, die notwendigen Fortbildungen der Mitarbeiterinnen sind noch nicht abgeschlossen oder aber die Kooperationsstrukturen und Vernetzungsarbeit sind noch nicht sehr weit fortgeschritten.

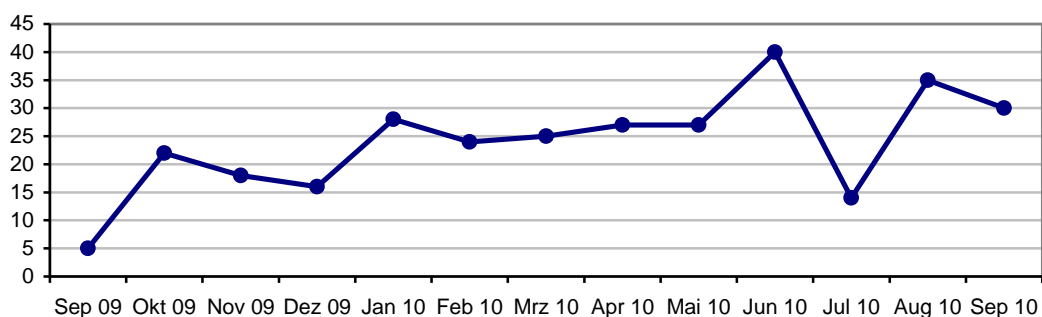
## 6.2 Ergebnisse der Teilstudie 3

Im Folgenden werden die Ergebnisse der TS 3 vorgestellt. Einige der zentralen Ergebnisse aus den Auswertungen der Erstkontakte werden nur in Textform bzw. die Ergebnisse ohne zusätzliche Tabellen oder Abbildungen präsentiert, da diese bereits zum großen Teil in Kapitel 6.1.2 im Zusammenhang mit der Auswertung der acht PSP für Erwachsene dargestellt wurden.

### 6.2.1 Erstkontakte

Seit Eröffnung des PSP K+J am 19.8.2009 wurden vom PSP 311 Erstkontakte dokumentiert. In Abbildung 24: wird die Anzahl an Erstkontakten pro Monat seit Eröffnung des PSP K+J bis zum Ende der Datenerhebung (September 2010) dargestellt.

**Abbildung 24: Entwicklungszahl der Ratsuchenden im PSP K+J\***



\* seit Eröffnung bis September 2010

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Erhebungszeit der Begleitforschung von Februar bis September 2010 (n=223).

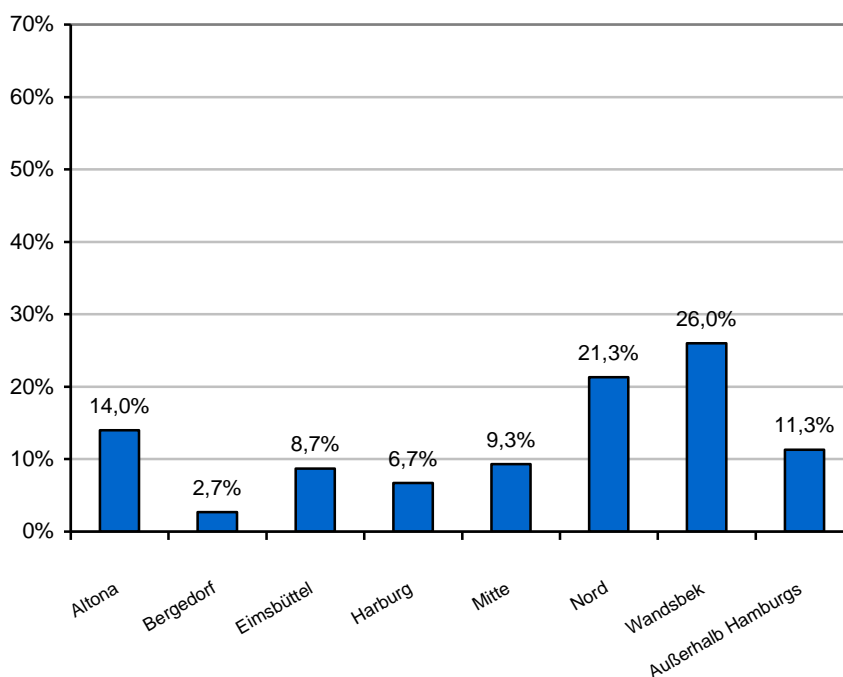
Als Zielgruppe für den PSP K+J sind Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahren definiert. Im Folgenden werden die Pflegepersonen und sonstigen Bezugspersonen zusammengefasst als Kontaktpersonen bezeichnet. Initiator des Erstkontaktes waren zu 87% die Kontaktpersonen selbst. Dabei handelt es sich zu 83% um Frauen und zu 17% um Männer. Alle sind im erwerbstätigen Alter, davon 62% ohne Arbeit und 34% erwerbstätig. 13% der Erstkontakte wurde durch den PSP selbst aufgenommen, d.h. der PSP hat durch Hinweise oder Weitervermittlung von dem Beratungsbedarf erfahren. Bei den Erstkontakten handelte es sich vorwiegend um die Pflegeperson oder sonstige

Bezugspersonen (45%), Beratungsstellen (23%) und staatliche Stellen (9%). In 83% der Fälle erfolgte die Kontaktaufnahme per Telefon und in 10% persönlich. 22% der hier als Erstkontakte erfassten Personen hatten zuvor bereits Kontakt zum PSP K+J. Auch im PSP K+J gab es Widerstände, den Schulabschluss zu erfassen, so dass nur für knapp die Hälfte der Ratsuchenden Angaben vorliegen: Mittlere Reife / Realschule 38%, Fachhochschule / Abitur 33%, Volks- und Hauptschule 29%.

Im Vergleich zu den allgemeinen PSP ist eine Besonderheit beim Zugang zum PSP K+J festzustellen. Während insgesamt Zeitung/Fernseher am häufigsten genannt wurden, konnte diese spezifische Zielgruppe eher über die Behörde/Amt (26%) und Flyer (25%) erreicht werden, aber auch Internet (11%), Mund-zu-Mund-Propaganda (9%), Beratungsstelle (8%), Krankenkasse (7%) spielten noch eine Rolle.

Die Abbildung 25: zeigt die Verteilung der Anfragen auf die Bezirke.

**Abbildung 25: Anzahl an Erstkontakten im PSP K+J nach Bezirken (n=150)\***

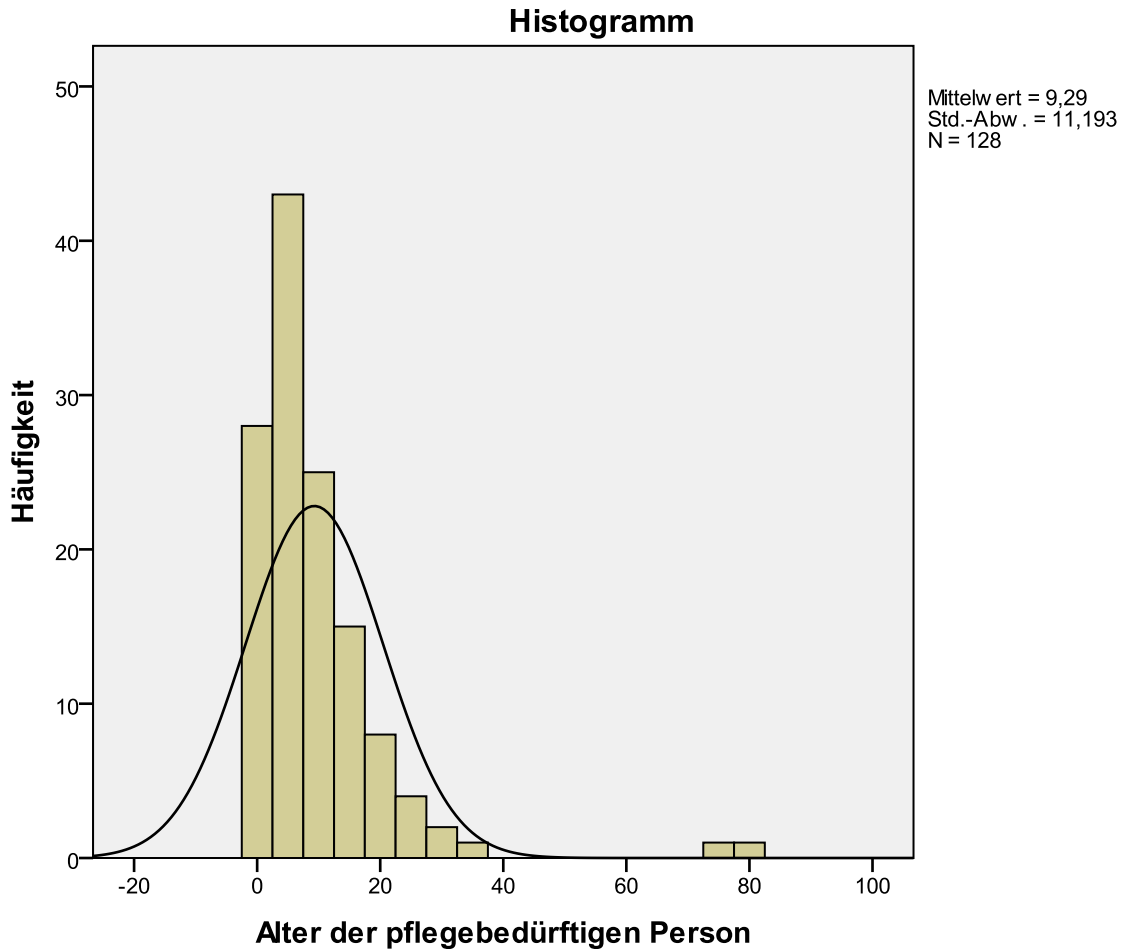


\* fehlend = 73

Die meisten Anfragen kommen aus dem Bezirk Wandsbek. An zweiter Stelle befindet sich der Bezirk Nord, in dem auch der PSP K+J verortet ist. Am wenigsten Anfragen kommen aus dem Bezirk Bergedorf. Mehr als jede 10. Anfrage kam aus dem Hamburger Umland.

In Abbildung 26: ist die Altersverteilung der hilfe- und pflegebedürftigen Kinder dargestellt.

**Abbildung 26: Verteilung Alter**



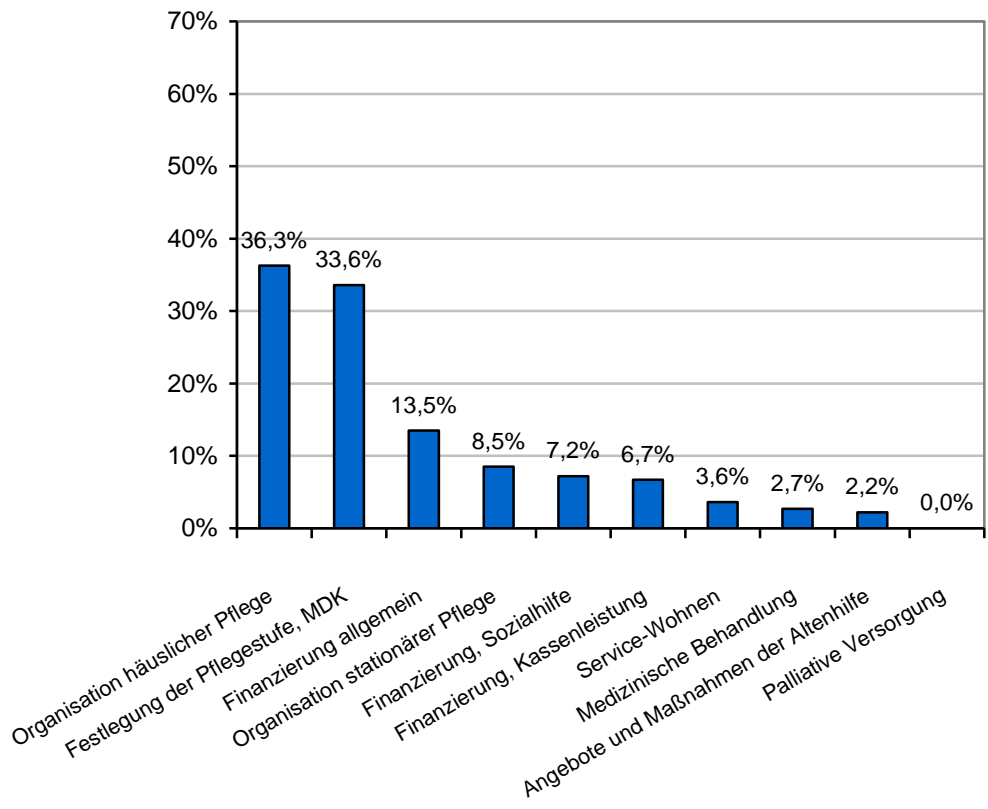
Die meisten Kinder und Jugendlichen sind im Alter von 0 bis 18 Jahre, entsprechen altersmäßig somit der Zielgruppe des PSP K+J. Jedoch sind die Übergänge zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die älter als 18 Jahre sind, so fließend und die Belange und Bedarfe ähneln der „jüngeren“ Klientel so stark, dass auch Hilfe- und Pflegebedürftige bis 25 Jahre zur Klientel des PSP K+J zugerechnet werden.

Bei den Ausreißern – Personen, die ca. 80 Jahre alt waren – handelt es sich nicht um fehlerhafte Eingaben. Es gab einige Anfragen von älteren Hilfebedürftigen, die bspw. Fragen zur Rheuma-Liga hatten. Diese Anfragen wurden im PSP K+J bearbeitet, an die zuständige Stelle weiterverwiesen und der Erstkontakt korrekt dokumentiert.

### **6.2.2 Angefragte Themen**

Die Abbildung 27: zeigt die Verteilung der Beratungsthemen nach Häufigkeiten.

**Abbildung 27: Angefragte Themen im PSP K+J (n=223)**



Häufigste nachgefragte Themen sind: Organisation der häuslichen Pflege (36%), Festlegung der Pflegestufe (34%), Finanzierung allgemein (14%), Organisation stationärer Pflege (9%), Finanzierung, Sozialhilfe (7%), Finanzierung Kassenleistungen (7%). Beschwerden spielen im PSP K+J keine Rolle. Anfragen zur Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger waren nur bei 4% der Ratsuchenden ein Thema. Probleme aufgrund eines Migrationshintergrundes wurden bei 9% der Kontaktpersonen beschrieben.

Die Zeitdauer des Erstkontaktes war bei den meisten laut Statistik unter 30 Minuten; bis 10 Minuten 40%, 10-30 Minuten 43%, 30-60 Minuten 15%, länger als 1 Stunde 2% (siehe Abbildung 28:).

**Abbildung 28: Dauer der Erstkontaktgespräche (n=223)**

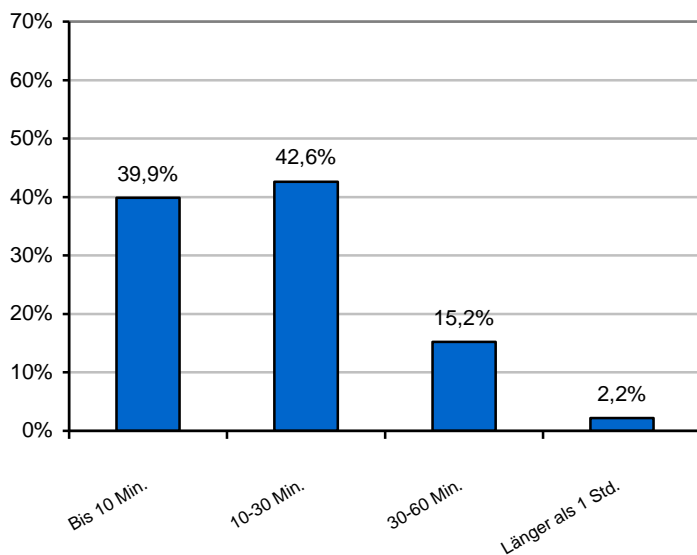
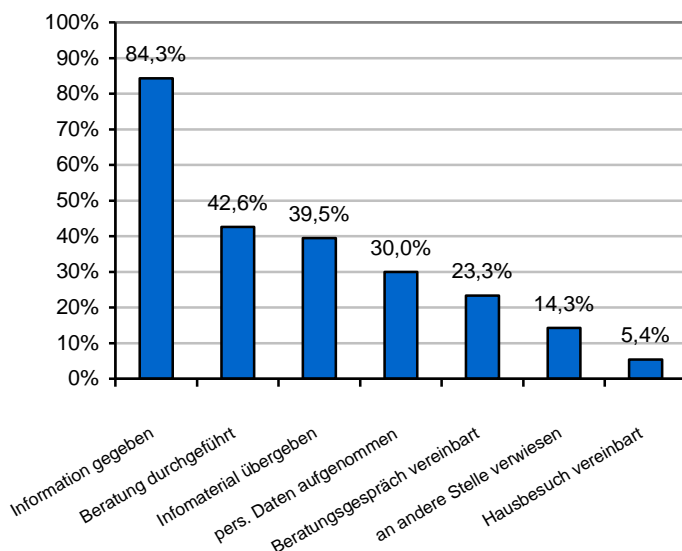


Abbildung 29: zeigt die Verteilung der Ergebnisse der Erstkontaktgespräche im PSP K+J.

**Abbildung 29: Gesprächsergebnisse der Erstkontaktgespräche\***



\* Mehrfachnennungen möglich

Als Gesprächsergebnis wurde genannt: Information gegeben 84%, Beratung durchgeführt 43%, Informationsmaterial übergeben 40%, Persönliche Daten aufgenommen 30%, Beratungsgespräch vereinbart 23%, an andere Stelle verwiesen 14%, Hausbesuch vereinbart 5%.

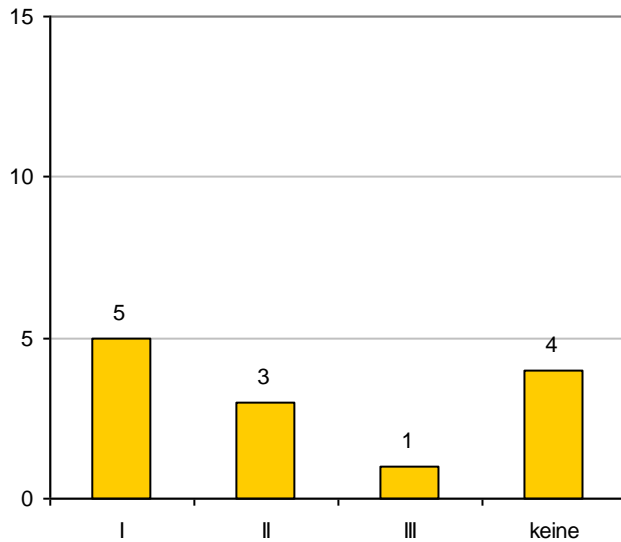
### 6.2.3 Falldokumentation und Zeiterfassung

Der Anteil an Falldokumentationen, die durch die Begleitforschung ausgewertet werden konnten, ist leider deutlich geringer als ursprünglich geplant. Insgesamt haben wir 13 Falldokumentationsbögen vom PSP K+J erhalten. Die Gründe dafür sind bereits in den Kapiteln 5.1.1.2 und 6.1.3 näher beleuchtet. Anzumerken ist, dass der PSP K+J selbst im August noch handschriftlich dokumentieren und diese Daten dann zum Abschluss der

Erhebungsphase in die elektronische Falldokumentation übertragen musste. Daher konnte zeitbedingt keine umfassendere Datengrundlage geliefert werden. Geschätzt wurde von den PSP-Mitarbeiterinnen, dass mindestens 50 Falldokumentationen verfügbar gewesen wären.

Von den 13 erfassten Kindern sind 6 Jungen und 7 Mädchen. Aufgrund dieser geringen Fallzahlen werden in den folgenden Abbildungen nur die absoluten Zahlen aber keine Prozentwerte verwendet. Abbildung 30: zeigt die Verteilung der Pflegestufen bei diesen 13 Kindern.

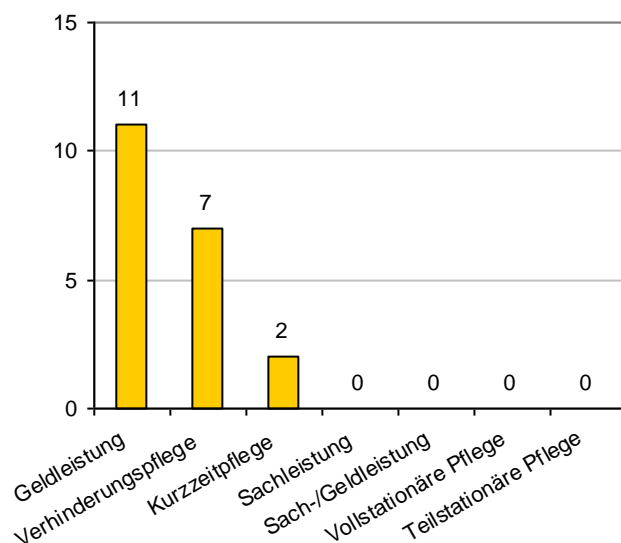
**Abbildung 30: Verteilung der Pflegestufen**



Die Mehrheit der Kinder war gar nicht bis leicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Dies liegt an den speziellen Einstufungskriterien für Kinder. Nur eines war in Pflegestufe III eingestuft.

In der nächsten Abbildung 31: wird die Art der Leistungen, die die Kinder aus der Pflegeversicherung bezogen, dargestellt.

**Abbildung 31: Art der Leistung aus der Pflegeversicherung\***

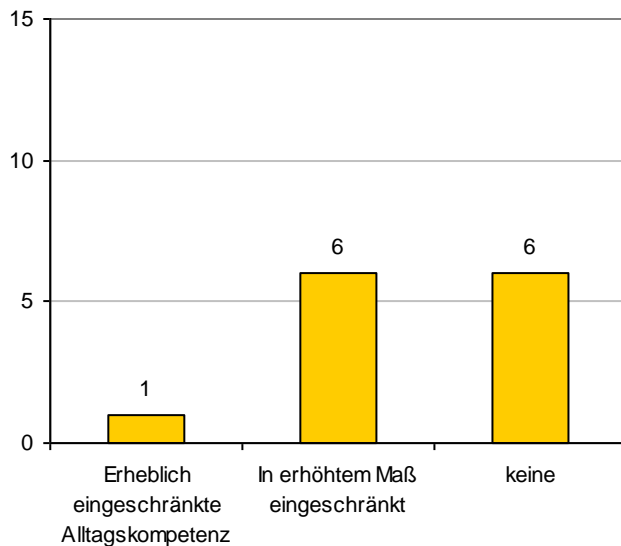


\* Mehrfachnennungen möglich

Am häufigsten wurden Geldleistungen oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Sach- oder Kombileistungen wurden gar nicht in Anspruch genommen, genauso wie voll- oder teilstationäre Pflege.

Abbildung 32: stellt die Anerkennung nach § 45a SGB XI dar.

### Abbildung 32: Anerkennung nach § 45a SGB XI



Jeweils sechs Kinder haben keine Anerkennung nach § 45a SGB XI oder sind in erhöhtem Maße eingeschränkt. Erhebliche Einschränkungen wurden nur bei einem Kind festgestellt. Acht Kinder erhielten Unterstützung aus der Eingliederungshilfe nach § 53. Zwei der 13 Kinder erhielten Leistungen gemäß SGB VIII (SPFH). Eine Schwerbehinderung lag bei elf Kindern vor.

#### 6.2.4 Ergebnisse Interview Falldokumentation

Wegen der technischen Probleme bei der Falldokumentation und der dadurch bedingten Verzögerungen wurde ergänzend zur statistischen Erhebung und Auswertung im PSP K+J ein zusätzliches Interview mit den dort tätigen Mitarbeiterinnen geführt. Die elektronische Falldokumentation wurde dort erst am 25.08.2010 freigeschaltet. Neben dieser Barriere mangelte es den Mitarbeiterinnen auch bisher an einer Einarbeitung in das System in Form einer speziellen Schulung. Das Ausfüllen der Falldokumentation ist bisher noch nicht in die Handlungsabläufe der Mitarbeiterinnen integriert, es wurden handschriftliche Notizen nach telefonischen und persönlichen Beratungsgesprächen angefertigt und komplexe Fälle wurden dann im Anschluss in das System übertragen. Hier handelt es sich eindeutig um eine Doppeldokumentation, die viele Zeitressourcen beansprucht. Insgesamt erhielt die Forschergruppe als Ergebnis des dort geführten Interviews zu den Problemen bei der Dokumentation 13 Dokumentationsbögen mit Fällen mittlerer und hoher Komplexität vom PSP K+J. Eine systematische Auswertung der Falldokumentationen konnte im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit nicht realisiert werden.

Deshalb wurde zur Veranschaulichung der Beratungstätigkeit einer dieser 13 Fälle in einem weiteren Interview (siehe Fallszenario Kap. 6.2.5) exemplarisch für die Beratungsvielfalt im PSP K&J detailliert beschrieben.



## **Beratungsdauer**

Die statistisch ausgewertete Dauer von telefonischen Beratungen (im Durchschnitt 10 Minuten) wird von den PSP Mitarbeiterinnen in Frage gestellt. Vermutlich liegt die tatsächliche Beratungsdauer höher. Die Mitarbeiterinnen geben an, dass sie durchschnittlich 30-60 Minuten für Beratungsgespräche benötigen. Für Fall bezogene Recherchen und Kontaktaufnahmen benötigen sie ca. 1-4 Stunden pro Ratsuchendem, sowie ca. 1 Stunde täglich für Dokumentationen.

## **Zeiterfassung**

Die wesentlichen Module, die viel Zeit in Anspruch nehmen, sind:

- Öffentlichkeitsarbeit
- Informelle Vernetzung
- Interne Besprechungen im PSP
- Teamsitzungen (3 Ebenen: PSP K+J, Beratungszentrum und übergreifende Sitzungen)

Die internen zum Teil sehr zeitaufwändigen Besprechungen finden regulär einmal die Woche und zusätzlich nach Bedarf statt. Diese werden benötigt, um Fallbesprechungen und inhaltliche Fragen zu diskutieren.

## **Problem Datenschutz**

Ein großes Problem in der Dokumentation sei durch den Datenschutz bedingt. Falldokumentationen werden von den Mitarbeiterinnen erst dokumentiert, wenn die Klienten ihr Einverständnis dazu gegeben haben. Häufig rufen die Klienten aber nur an und möchten schnell ihre Fragen beantwortet bekommen. Da ist es eher nicht praktikabel zuerst über den Datenschutz aufzuklären und Einverständnisse einzuholen. Ein weiteres Problem stellt die Komplexität der Datenschutzerklärung dar. Das Datenschutzblatt wird als zu lang und teilweise missverständlich für die Klienten eingeschätzt. Die Klienten möchten oftmals nur ihre mündliche Zustimmung zur Datenaufnahme geben und verstehen das Procedere mit der Datenschutzerklärung nicht.

## **6.2.5 Fallszenario Pflegestützpunkt Kinder & Jugendliche**

### **Sozialanamnese**

Hamburger Familie mit Migrationshintergrund, beide Eltern sind Migranten und sprechen gut deutsch. In der Familie leben Vater, Mutter, der schwerst-pflegebedürftige weibliche Säugling und sein ca. 3jähriger Bruder. Dieser geht 5 Stunden am Tag in die Kita. Der Vater ist ganztätig berufstätig, die Familie erhält zusätzliche Leistungen vom Sozialamt, da der Vater wenig verdient und die Mutter durch die 24-Stundenpflege nicht berufstätig sein kann. Die Familie lebt in einer Zwei-Zimmer Wohnung und erhält Wohngeld. Es gibt Verwandte in Deutschland, diese wohnen aber nicht in der unmittelbaren Umgebung der Familie. Die Mutter ist Hauptpflegeperson, sie kann auf Grund der Pflegeübernahme z.B. nur für dringende Arztbesuche die Wohnung verlassen.

Direkter Kontakt zum Pflegestützpunkt (PSP) besteht nur über die Mutter. Beim Erstkontakt zum PSP war das Kind ein Säugling im Alter von 4 Monaten. Es hat eine schwere Zerebralparese, mit sehr vielen Zusatzstörungen. Das Kind hat eine Ernährungssonde sowie eine Sauerstoffsonde. Es benötigt intensivste Pflege, Betreuung

und medizinische Versorgung rund um die Uhr. Die Lebenserwartung des Kindes ist ungewiss.

### **Erstkontakt**

Vor dem Erstkontakt mit der Mutter wurden die Mitarbeiterinnen vom PSP für Kinder und Jugendliche von dem Projekt „Däumling“ angerufen - ein Nachsorgeprojekt vom Krankenhaus. Durch Versendung der PSP Flyer an den Krankenhaussozialdienst ist es zur Vermittlung des Falles gekommen. Im Anruf wurde geklärt, dass der PSP auch Familien mit Säuglingen betreut, berät und dass der Erstkontakt bereits im Krankenhaus beginnen kann.

Nach der Anfrage durch das Projekt „Däumling“ hat sich die Mutter des pflegebedürftigen Kindes telefonisch an die Mitarbeiterinnen des PSP gewandt. Zum Zeitpunkt des Anrufs war sie mit dem Säugling noch in der Klinik, aber die Entlassung aus dem Krankenhaus war bereits geplant. Die Mutter hatte anfangs Angst ihren Namen zu nennen, hat dann aber im weiteren Verlauf des Erstgesprächs der Dokumentation ihrer Stammdaten zugestimmt.

### **Aufsuchende Beratung**

Im Telefonat wurde ein Beratungsgespräch bei der Familie Zuhause verabredet. Der Fall erforderte einen Hausbesuch, weil die Mutter mit dem Säugling auf Grund der Schwere der Erkrankung nicht reisen kann. Das Kind ist z.B. hochgradig infekтанfällig.

Kurz vor dem vereinbarten Hausbesuch hat die Mutter erneut angerufen, da sich das Kind wieder in stationärer Behandlung befand. Deshalb fand der erste Beratungsbesuch in der Kinderklinik statt. Die Mitarbeiterinnen entschieden, auf Grund der Komplexität des Falles, dass ein gemeinsamer Besuch der Ärztin und der Pflegekraft erforderlich ist.

### **Beratungsbedarf der Mutter**

Wie kann es mit der Erkrankung des Kindes weitergehen, und welche Möglichkeiten bietet die Pflegeversicherung? Der Mutter war nicht klar, dass sie einen Anspruch auf Leistungen hat ("Steht mir das überhaupt zu? Ich bin doch Ausländerin."), obwohl sie seit vielen Jahren in Deutschland kranken- und pflegeversichert ist. Die Kinder sind im Rahmen der Familienversicherung mit versichert. Der Mutter wurde daraufhin erklärt, dass sie selbstverständlich Anspruch auf Leistungen aus dem deutschen Sozialsystem hat. Ihr wurden die Pflegeversicherung, deren Leistungen und das Begutachtungsverfahren durch den MDK erläutert. Bei der Beantragung einer Pflegestufe benötigte die Mutter Hilfe und erhielt diese. Der Mutter wurde das Pfl egetagebuch erklärt, damit sie dieses bis zum Begutachtungsbesuch des MDK führen kann.

Des Weiteren wurde das Kind von den Mitarbeiterinnen des PSP medizinisch und pflegerisch beurteilt. Der Vorteil, dass die Ärztin und Pflegefachkraft gemeinsam zum Beratungsgespräch gefahren sind, zeigte sich z.B. auch beim Abklären, ob andere Hilfen als aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können und ob der Fall auf Grund der schweren Behinderung eine Weiterleitung an das Beratungszentrum Sehen- Hören-Bewegen-Sprechen erfordert.

Der aufsuchende Beratungsbesuch hatte eine Dauer von ca. 2 Stunden, da die Mutter sehr viele weitere Fragen an die Mitarbeiterinnen richtete:

- 1) Möglichkeit eines Umzuges in die Nähe der Kinderklinik und zu nahen Angehörigen.

- 2) Fragen zur Sondennahrung, die sehr teuer ist: Hat die Familie einen Anspruch auf Mehrbedarf beim Sozialamt?
- 3) Fragen zum halbjährlichen Beratungseinsatz: Wer kann diesen Einsatz übernehmen?
- 4) Entlastungsmöglichkeiten zur Betreuung des Geschwisterkindes. Da die Mutter das erkrankte Kind rund um die Uhr pflegt, war die Mutter in Sorge, dass das Geschwisterkind nicht zu seinem Recht kommt.

Im Beratungsgespräch wurden der Mutter Adressen von Hamburger Wohnungsbau-Genossenschaften und -vermietern ausgehändigt. Außerdem erhielt sie eine Liste mit spezialisierten ambulanten Pflegediensten für Kinder- und Jugendliche, die den gesetzlich vorgeschriebenen Beratungseinsatz halbjährlich in der Familie durchführen können. Auch wurde über das Thema Verhinderungspflege und familienentlastende Dienste informiert.

Nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen des PSP war es insgesamt ein erfolgreicher Einsatz. Es konnte Vertrauen aufgebaut werden, so dass die Mutter sich bei weiteren Problemen ohne Scheu wieder an den PSP wendete.

Einige Wochen nach dem Beratungsbesuch rief die Mutter erneut im PSP an und berichtete, dass sie die Einstufung in Pflegestufe 1 genehmigt bekommen hat. Bei der Einstufung ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen gegenüber dem eines gleichaltrigen gesunden Kindes. In diesem Fall gibt es einen sehr hohen Bedarf an Grund- und Behandlungspflege, den die Mutter alleine übernimmt. Die Mutter hat sich über die Einstufung gefreut, vor allem hat sie diese als Anerkennung ihrer Leistung betrachtet. Auf Grund des Alters des Kindes erhielt die Familie keine Zusatzbetreuungsleistungen nach § 45b bewilligt. Im Telefonat war die Mutter unsicher, wofür sie das Geld aus der Pflegeversicherung verwenden darf. Außerdem hatte sie Fragen zur Ernährung des Säuglings. Daraufhin wurde ein erneuter Beratungstermin in der Familie vereinbart.

Nach dem Hausbesuch hat die Mutter einen Antrag auf Mehrbedarf für Sondennahrung gestellt. Dieser Antrag geht an das Beratungszentrum, der Gutachter im öffentlichen Gesundheitsdienst muss dann diesen Mehrbedarf bescheinigen.

Des Weiteren wurde der Familie bescheinigt, dass das Geschwisterkind einen Kita-Platz mit längerer Betreuung benötigt. Beide Anträge wurden vom Beratungszentrum befürwortet. Der Familie konnte über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus geholfen werden, und die Anbindung des PSP an das Beratungszentrum hat sich dabei als sehr vorteilhaft erwiesen.

## **Begleitung**

2 Wochen nach dem Hausbesuch rief die Mutter erneut im PSP an und berichtete, dass mit dem Kind soweit alles gut ist. Aber ihr Vater sei auch schwerbehindert und deshalb wurden zahlreiche Fragen aus dem Erwachsenen-Behindertenbereich an die PSP-Mitarbeiterinnen herangetragen. Es wurden z.B. Fragen zur Rentenversicherung und Fragen zum Eigentum gestellt. Die Mutter hat über die Zeit so viel Vertrauen entwickelt, dass sie sich auch mit diesen nicht das Kind betreffenden Fragen an den PSP wenden mochte. Von der Ärztin des Beratungszentrums wurden mehrere Optionen erläutert, so dass die Familie die Möglichkeit hatte, über diese nachzudenken und ihre individuelle Entscheidung zu treffen.

Der nächste Kontakt zum PSP wurde während eines weiteren Krankenhausaufenthaltes des Kindes durch die Mutter aufgenommen. Während des Krankenhausaufenthaltes wurde die nasale Ernährungssonde gegen eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) gewechselt. Dadurch wurde eine andere Nahrung erforderlich, diese ist besonders

teuer und wird nicht von jeder Kasse übernommen. Die Mutter hatte Fragen zur Finanzierung der Sondenkost. Es wurde erneut ein Antrag auf Mehrbedarf gestellt, den das Beratungszentrum bearbeitete.

In einem weiteren kurzen Telefonat berichtete die Mutter, dass die Familie ein ebenerdiges Wohnungsangebot an einem gewünschten Ort erhalten hat, worüber sie sehr erfreut waren.

Seit dem Erstkontakt vor ca. 6 Monaten hat die Mutter immer wieder Beratungsbedarfe und wendet sich an die Mitarbeiterinnen im PSP. Die Mitarbeiterinnen denken, dass sie in Zukunft einen regelmäßigen Kontakt zur Familie haben werden – z.B. bei Änderung der Pflegestufe, Wohnraumanpassungsmaßnahmen, in akuten Krisen, Verhinderungspflege etc.. Es ist eine Falldokumentation angelegt worden, die viel Zeit erforderte (2 Hausbesuche, mehrere Telefonate, interne Besprechungen, Dokumentation). Die Mutter wurde an das Sozialamt vermittelt, weitere Beratungsinstitutionen wurden nicht in den Fall involviert.

Bisher ist die Beratung gut verlaufen und die Pflegesituation ist soweit stabil.

### **Besondere Forschungsfrage beim PSP K+J:**

Frühförderung war kein Thema im vorgestellten Fall, da der behandelnde Kinderarzt für die Festlegung von Therapien verantwortlich ist und entsprechende Maßnahmen einleitet.

## **6.2.6 Mitarbeiterinneninterview**

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den Mitarbeiterinnen des PSP K+J beschrieben.

### **6.2.6.1 Einzelfallbezogene Tätigkeiten**

#### **Angefragte Themen und Nutzergruppen**

Die Einschätzung der PSP-Mitarbeiterinnen im Hinblick auf die Nutzergruppen deckt sich mit den Auswertungen der Erstkontaktstatistik (siehe Kap. 6.2.1). Zu Beginn der Arbeit im PSP K+J haben sich vor allem Anbieter (z.B. Kliniken) und Beratungsinstitutionen mit Fragen an den PSP gewandt. Nach intensiver und gezielter Öffentlichkeitsarbeit und durch Weitervermittlung sowie Empfehlungen kooperierender Institutionen sind aktuell vorwiegend Eltern oder sonstige enge Bezugspersonen die Ratsuchenden im PSP K+J, aber auch weiterhin kooperierende Beratungsstellen.

Der Großteil der Anfragen im PSP K+J bezieht sich auf die Themenbereiche: Festlegung der Pflegestufe, Finanzierungsmöglichkeiten und auch Organisation der häuslichen Pflege. Dass keine Anfrage zum Thema Frühförderung an den PSP gestellt wurde, zeigt dass die Ratsuchenden das Spezifische dieses Beratungsangebotes erkennen und sich an entsprechende Stellen wenden.

Die Nutzerinnen des PSP K+J kommen aus allen Hamburger Bezirken, auch werden telefonische Anfragen von Ratsuchenden aus dem Hamburger Randgebiet an die Mitarbeiterinnen herangetragen. Der Großteil der Nutzerinnen wohnt aber im unmittelbaren Umfeld des PSP.

Der PSP K+J hat keine typischen Fälle, die Fälle sind alle sehr unterschiedlich und haben durchweg einen hohen Betreuungsbedarf mit vielfältigen Grunderkrankungen und Behinderungen (wie z.B. Autismus, Cerebralpareesen, Herzfehler etc.).

Die Beratungsfälle – vorwiegend bezogen auf Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren

- werden als schwierig und umfassend beschrieben: z. B. Eltern mit Kindern, die von Geburt an oder durch einen Unfall bzw. eine schwere Erkrankung schwerstbehindert sind sowie Kinder deren Lebenserwartung ungewiss ist.

*„Das sind immer Kinder mit schweren Verläufen, immer mit schwierigen Diagnosen, alleinerziehende Eltern, Perspektivlosigkeit...“*

Familien mit Migrationshintergrund werden nach Einschätzung der Befragten sehr unterschiedlich erreicht, vor allem wegen der Sprachbarrieren. Der prozentuale Anteil an Migrantinnen in der Beratung liegt bei ca. 10%. Ziel der PSP-Mitarbeiterinnen ist es, in Zukunft noch mehr Familien mit Migrationshintergrund zu erreichen.

### **Nicht abgedeckte Beratungsbereiche und Versorgungslücken**

Die angefragten Beratungsthemen können größtenteils durch die Mitarbeiterinnen des PSP bearbeitet werden, so dass es kaum Beratungsbereiche gibt, bei denen nicht geholfen werden kann. Je nach Anfrage kann den Ratsuchenden direkt im Gespräch oder aber nach kurzer Recherche geholfen werden.

In seltenen Fällen, in denen es um sehr spezielle Beratungsbereiche geht, verweisen die Mitarbeiterinnen an entsprechend spezialisierte Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen, in denen den Ratsuchenden umfassend und fachgerecht geholfen werden kann. In der Versorgungsstruktur für die Zielgruppe des PSP K+J werden vor allem fehlende Ferienangebote für behinderte Kinder vermisst. Des Weiteren fehlt es an Plätzen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Die Eltern bekommen von der Pflegeversicherung Leistungen angeboten, können diese aber oft auf Grund fehlender Plätze nicht wahrnehmen. Auch fehlt es im System an Entlastungsmöglichkeiten für Eltern nach § 45b (Zusätzliche Betreuungsleistungen). Bei plötzlich eintretenden Ereignissen in der Familie mit komplexem Handlungsbedarf, z.B. wenn die Hauptpflegeperson eines behinderten Kindes selbst schwer erkrankt, stößt man an Systemgrenzen. Es gibt zu wenige spezifische Pflegeheime, die die Versorgung behinderter Kinder professionell übernehmen können. Für wenige Tage wäre als Übergangslösung eine Krankenhauseinweisung möglich. Aber eine angemessene kurzfristige akute Unterbringung oder Betreuung eines schwerbehinderten Kindes, weil die Eltern ausfallen, ist ein Problem und wird als Versorgungslücke bezeichnet.

### **Neutralität der Beratung und Wettbewerb**

Keiner der befragten Mitarbeiterinnen des PSP K+J gab an, Interessenskonflikte oder Schwierigkeiten mit einer neutralen Beratung zu haben. Sie haben keine Vorgaben, weder von den Kassen noch von anderen Behörden. Dass die Pflegeberaterin nicht bei einer Krankenkasse angestellt ist, wird in dieser Hinsicht als ein Vorteil gesehen.

*„Als Gutachterin oder auch Beraterin ist man sich natürlich schon auch darüber bewusst, was man induziert, wenn man eine bestimmte Beratung macht. Wenn man also sagt, gehen Sie hin und beantragen Sie eine Pflegestufe, weiß man, dass man ja auch Kosten induziert.“*

In den Beratungsgesprächen mit den Klienten werden größtenteils, soweit dies möglich ist, immer mindestens zwei Optionen bzw. Alternativen aufgezeigt, so dass die Ratsuchenden ihre persönliche Entscheidung treffen können.

### **Dokumentation**

Die Dokumentation im PSP K+J wird nach anfänglichen Schwierigkeiten (keine Schulung der Mitarbeiterinnen, verspäteter technischer Support, technische Tücken) als ein

wichtiges Instrument angesehen. In Bezug auf die Dokumentation der Beratungsfälle inklusive der Erstellung eines Versorgungs- und Hilfeplans herrschen noch viele Unklarheiten und Unzufriedenheiten, wie z.B. in Hinblick auf die Datenschutzproblematik. Dies betrifft sowohl die Frage, wie viele Daten aber auch, ab wann Daten aufgenommen werden dürfen. Des Weiteren wurde es notwendig den Dokumentationsbogen auf die Klientel (hilfe- und pflegebedürftige Kinder) des PSP K+J anzupassen. Dieser Ersterfassungsbogen ist aber in der Handhabung, vor allem auf Grund der Länge, noch verbesserungsfähig. Die Frage nach dem Schulabschluss ist bei einem Erstkontakt äußerst schwierig. Es gibt Widerstände danach zu fragen.

*„Ich bin wirklich dankbar, dass sich Eltern auch wirklich trauen und hierher kommen. Überhaupt, die schlechte Erfahrung mit dem Sozialamt gemacht haben, Hartz IV Empfänger und so weiter und noch ein behindertes Kind und wenn ich dann auch noch frage, was haben Sie für einen Schulabschluss“.*

In den Interviews wird darüber berichtet, dass im SharePoint spezifische Daten für den PSP K+J fehlen bzw. noch nicht ausreichend verfügbar sind. Im Gegensatz zu den anderen acht PSP werden für den PSP K+J keine Inhalte und Angebote von den Mitarbeiterinnen des SharePoints in die Datenbank eingepflegt, so dass auf diese nur bedingt zurückgegriffen werden kann und daher viel Eigeninitiative in Form von Recherchen erforderlich ist.

#### **6.2.6.2 Klientenübergreifende Tätigkeiten**

##### **Öffentlichkeitsarbeit**

Die Öffentlichkeitsarbeit haben die Mitarbeiterinnen des PSP K+J mit viel Engagement betrieben. Es wurden systematisch die in den Bezirken agierenden Akteure im Beratungs- und Pflegeumfeld kontaktiert. Dabei gab es unterschiedliche Herangehensweisen, angefangen von telefonischer oder postalischer Kontaktaufnahme über E-Mails oder Briefaktionen bis hin zu persönlichen Kontakten. Es wurden aktiv Veranstaltungen oder Messen besucht bzw. sich dort einer breiteren (Fach-) Öffentlichkeit bekannt gemacht. Auf Grund der besonderen Stellung und Klientel des PSP K+J wurde es notwendig, Materialien und Aktionen anzupassen. Das Bezirksamt Nord hat z.B. unbürokratisch spezielle „Kinderplakate“ zur Verfügung gestellt, da die ältere Dame auf der PSP Plakataktion für die Zielgruppe des PSP K+J nicht angemessen ist.

Darüber hinaus gab es auch zahlreiche Maßnahmen, um sich bei der Bevölkerung und der potenziellen Klientel bekannt zu machen. Hier gab es zum Beispiel kleinere Artikel in Lokalzeitungen und die gezielte Versendung von Flyern an potenzielle Kooperationspartner. Einmalig gestalteten die Mitarbeiterinnen des PSP K+J einen Artikel in der Kinderzeitung „Soziales Engagement in Hamburg, die Hummel“ zur Bekanntmachung des PSP und ihren Angeboten. Es wurde des Weiteren das einjährige Jubiläum gefeiert, bei dem der PSP sich mit ersten Arbeitsergebnissen vorstellte und der Austausch und die weitere Vernetzung mit den (potenziellen) Kooperationspartnern gefördert wurde.

Die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden von den Hamburger Einrichtungen sehr gut angenommen, dies hat auch zur Vermittlung von Beratungsfällen geführt.

*„Wenn man Kekse verkaufen will, dann muss man auch Reklame machen und das ist mit einem Pflegestützpunkt genau so“*

Einigkeit herrscht auch darüber, dass die bisherige Öffentlichkeitsarbeit noch nicht ausreichend ist, sondern dass in bestimmten Bereichen noch mehr unternommen werden muss und dass generell die Öffentlichkeitsarbeit als ein permanenter Prozess anzusehen ist. Regelmäßige Plakataktionen und gezielte Versendungen / Verteilungen von Flyern werden als Lösungsstrategie betrachtet.

*„Die Plakate und die Flyer, da müssten wir im Grunde so jemanden haben, der regelmäßig überall immer die Flyer verteilt. Das macht die Evangelische Stiftung Alsterdorf. Die haben einen Behindertenarbeitsplatz eingerichtet und die grasen regelmäßig alle Stellen ab, wo sie ihre Flyer verteilen. So was müssten wir auch haben. Aber da haben wir keinen, der das machen kann“.*

Als ein grundlegendes Problem werden fehlende oder wenig ausgearbeitete Konzepte für die Öffentlichkeitsarbeit und eingeschränkte Fachkenntnisse im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit genannt. Es fehlt neben den Konzepten auch an monetären Mitteln zur Öffentlichkeitsarbeit.

## **Fortbildung**

Die Fortbildungssituation wird als unbefriedigend beschrieben. Derzeit werden Fortbildungsinhalte in gemeinsamen Teambesprechungen erörtert. Das Konzept „*learning by doing*“ ist vorherrschend, dies erfordert viel Flexibilität und Zeit der Mitarbeiterinnen.

Als dringend erforderlich wird eine Fortbildung für den Themenbereich des SGB XI und hier im Besonderen nach § 7a Pflegeberatung angesehen. Des Weiteren wird ein Angebot für Supervision als wünschenswert benannt. Die Schwere der Fälle belastet die Mitarbeiterinnen emotional, es fehlt hier an professionellen Gesprächen zur Entlastung. Der im eigenen Team statt findende Austausch ist zwar entlastend, reicht aber nicht aus.

## **Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern**

Die Zusammenarbeit mit Leistungsanbietern (wie bspw. ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Einrichtungen der Eingliederungshilfe usw.) wird sehr unterschiedlich bewertet. Zu vielen Einrichtungen besteht ein lockerer Kontakt, der z.B. durch regelmäßige Telefonate im Rahmen der Fallarbeit oder Recherchearbeit immer wieder aktualisiert wird. Darüber hinaus nehmen die Mitarbeiterinnen des PSP regelmäßig an Treffen wie bspw. Gesundheitskonferenzen teil, oder sie werden zu Veranstaltungen eingeladen – dies sowohl passiv als Zuhörer, aber auch aktiv im Rahmen von Vorträgen.

Viele Organisationen sind bereits seit Jahren mit dem Beratungszentrum vernetzt, an diese Kontakte können die Mitarbeiterinnen des PSP K+J gut anknüpfen. Zum Beispiel wurden die Jugendpsychiatrischen Dienste (JPDs) über die Arbeit des PSP informiert. Die PSP-Mitarbeiterinnen haben sich im vierteljährlichen Treffen der JPDs persönlich vorgestellt. Der Kontakt und die Zusammenarbeit mit dem JPD im Gesundheitshaus sind sehr gut, zu den anderen JPD eher gering. Dies wird auf eventuelle Konkurrenzen zurückgeführt.

Wünschenswert wäre die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, z. B. als so genannte „*Zeitschenker*“. Es wird ein hoher Bedarf bei Kindern mit Behinderung oder mit schweren Erkrankungen beschrieben, die solche Angebote brauchen. Auch äußern viele Eltern den Wunsch nach Unterstützung durch ehrenamtliche Helfer in der Familie oder den Austausch mit betroffenen Eltern in Selbsthilfegruppen.

*„Also die Eltern wünschen sich eben auch dann Eltern, die ein Kind mit der gleichen Erkrankung haben“.*

Mit stationären Pflegeeinrichtungen wird die Zusammenarbeit als sehr unterschiedlich beschrieben, auch Konkurrenzen spielen eine Rolle, da die Träger auch Pflegeberatungen anbieten.

### **Zusammenarbeit mit anderen Pflegestützpunkten**

Die Zusammenarbeit zwischen dem PSP für Kinder und Jugendliche und den acht PSP für Erwachsene wird als verbesserungswürdig betrachtet, vor allem in Hinblick auf die Weitervermittlung von Klienten. Die Zusammenarbeit ist stark von freundschaftlichen Beziehungen zueinander geprägt. Die Mitarbeiterinnen berichten, dass sie kaum Kontakte zu anderen PSP haben, außer bei den von der BSG organisierten Fachgesprächen. Dies bestätigen auch die Mitarbeiterinnen der PSP für Erwachsene, sie berichten über sehr wenige Berührungspunkte in der Zusammenarbeit.

### **6.2.6.3 Übergeordnete Themen**

#### **Balance zwischen einzelfallbezogenen und Klientenübergreifenden Tätigkeiten**

Im Regelbetrieb der Pflegestützpunkte können Fallarbeit, Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit bereits jetzt nur durch Mehrarbeit insbesondere der Pflegeberaterin bewältigt werden. Besondere Engpässe entstehen wenn Mitarbeiterinnen erkranken oder in den Urlaub gehen. Die Kolleginnen vertreten sich so weit als möglich gegenseitig, das stößt aber schnell an zeitliche und fachliche Grenzen. Denn auch hier mangelt es an spezifischen Fortbildungen und Einarbeitungen.

*„Die Ressourcen sind knapp, gar keine Frage“*

#### **Aufteilung der Beratungsinhalte**

Die Anfragen von Ratsuchenden werden in aller Regel nicht im Vorfeld nach Beratungsinhalten unter den Mitarbeiterinnen aufgeteilt, sondern jeder berät zu allen Themen. Erst, wenn es um spezifisches Wissen geht, werden andere Kolleginnen hinzugezogen oder der Ratsuchende an die Kolleginnen weiterverwiesen. Dabei profitieren alle PSP-Mitarbeiterinnen von den verschiedenen Qualifikationen und beruflichen Erfahrungen. Bei Bedarf werden bestimmte Fälle auch von zwei Beraterinnen bearbeitet (siehe auch Fallszenario Kap. 6.2.5), um voneinander zu lernen und eigene Wissenslücken zu schließen, aber auch weil unterschiedliche Perspektiven gebraucht werden.

Die Angebote Information, Beratung und Begleitung gehen im PSP K+J fließend ineinander über. Es fängt mit einer Information an, bei weiteren Fragen, die sich im Erstkontaktgespräch ergeben, wird es eine Beratung. Bei darüber hinausgehenden Kontakten wird es zu einer Begleitung der Ratsuchenden. Die Mitarbeiterinnen schätzen den Beratungsanteil auf 90% ihrer Tätigkeiten ein. Die Beratungstätigkeit wird als aufwändig beschrieben. Die Abgrenzung zwischen Beratung und Begleitung scheint nicht eindeutig definiert zu sein.

*„Man muss ja immer überlegen, wie viel Zeit, wenn man jetzt einen Hausbesuch macht, also vorher telefoniert, den Hausbesuch macht, noch was nacharbeitet, muss man damit rechnen, dass man sechs Stunden bis acht Stunden an einem solchen Fall sitzt. Also man kann so als Erfahrungswert sagen, dass man für einen Fall mit persönlicher Beratung durchschnittlich drei Stunden braucht. Manche mehr und manche weniger.“*

Hausbesuche sind noch eher eine Ausnahme im Beratungsalltag. Es gibt Familien die



einen Hausbesuch wünschen und teilweise ist es auch notwendig, weil die Familien gar nicht in den PSP kommen können (siehe auch Fallszenario Kap. 6.2.5). Es ist zu erwarten, dass sich fast alle Erstkontakte, bei denen ein wirklicher Beratungsbedarf sichtbar wird, zu einer längerfristigen Begleitung mit unterschiedlicher Dichte entwickeln.

### **Aufteilung der Zuständigkeiten im PSP und Zusammenarbeit im Team**

Im PSP K&J gibt es eine kollegiale Aufteilung der Zuständigkeiten, obgleich der Hauptanteil bei der zusätzlichen Pflegekraft liegt, die als Einzige eine Vollzeitstelle im PSP bekleidet. Sowohl Beratungstätigkeiten als auch Aufgaben im Bereich Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit werden gleichermaßen von den Mitarbeiterinnen übernommen. Das Konzept des PSP K+J ist den Kolleginnen im Beratungszentrum bekannt, in Fach- und Dienstbesprechungen nehmen alle Mitarbeiterinnen regelmäßig gemeinsam teil. Auch wenden sich die Kolleginnen mit Fragen an die jeweilige Expertin. Im PSP Team werden regelmäßig und darüber hinaus bei Bedarf Teamsitzungen und Fallkonferenzen durchgeführt. Die interne Kommunikation wird als sehr positiv und gewinnbringend beschrieben.

*„Wir lernen an jedem Fall, wir machen vieles zu Zweit und immer dann, wenn es um Eingliederungshilfe oder um so andere Sachen geht“*

### **Zufriedenheit mit und Bewertung des PSP-Konzepts**

Die Mitarbeiterinnen des PSP K+J sind sich ihres `Alleinstellungsmerkmals´ in der Landschaft der PSP in Deutschland ausdrücklich bewusst und betrachten ihr Angebot als eine positive Herausforderung und ein erforderliches zusätzliches Angebot im Versorgungssystem.

Zusammenfassend wünschen sich die PSP-Mitarbeiterinnen mehr Unterstützung und spezifische Fortbildungsangebote aus der `Kinderszene´. Die Mitarbeiterinnen im PSP K+J berichten darüber hinaus, dass sie keine Arbeitsplatzbeschreibung erhalten haben.

Ein großes Problem stellen die Öffnungszeiten des PSP K+J aus Sicht der Mitarbeiterinnen dar. Die fest vorgeschriebenen Öffnungszeiten sind häufig nicht zielgruppengerecht für Eltern mit Kindern.

Die Mitarbeiterinnen wünschen sich mehr Flexibilität in der Handhabung der Öffnungszeiten, z.B. könnte es am Mittwoch auch Sprechzeiten geben.

*„Ja also das müsste man ja ein bisschen anders handhaben können. Vor allen Dingen donnerstags nachmittags von 14 bis 18 Uhr ist persönliche Sprechzeit. Das heißt, die Leute können ohne Voranmeldung kommen. Wenn wir uns vorstellen, fünf Eltern würden kommen und bräuchten anderthalb Stunden Gespräch. Das ist nicht zu wuppen.“*

Als zukünftiges Szenario können sich die Befragten, vorausgesetzt die Personaldecke erlaubt dies, sehr gut vorstellen eine externe mobile Sprechstunde alle 14 Tage oder ein Mal im Monat in Bezirken mit einem hohen Anteil von hilfe- und pflegebedürftigen Kindern anzubieten. Dies könnte man z.B. an Eltern-Kind-Zentren im Stadtteil anbieten.

### **Besondere Forschungsfrage:**

Die für den PSP K+J spezifische Forschungsfrage lautet: *„Werden durch die zusätzliche Kraft im Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen Leistungen erbracht, für die Krankenkassen bereits im Rahmen der Finanzierung der Frühförderung nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 30 SGB IX aufkommen?“*

Die rechtliche Verankerung von „Früherkennung und Frühförderung“ erfolgt in § 30 SGB IX, der dem Unterabschnitt „medizinische Rehabilitation“ zugeordnet ist. Die pädagogischen Leistungen des BSHG sind in „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55f SGB IX) aufgeführt. Diese beiden Leistungen müssen nach dem Gesetzgeber als Komplexleistung erbracht werden (§§ 30 Abs.1 und 56 SGB IX).

§ 30 (1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung [...] werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56) erbracht.

§ 30 (2) Sie umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen

§ 4 (1) und ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung des Kindes sowie Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ...“

In der Komplexleistung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt und sie bildet die Grundlage für Leistungsvereinbarungen vor Ort. Die Komplexleistung wird erbracht durch „fachübergreifend arbeitende Dienste und Einrichtungen“ (§ 30 Abs.1 Satz 1 SGB IX) wie Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) und „Interdisziplinäre Frühförderstellen“ (IFF), wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene seelische Behinderung zu einem frühest möglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern“ (§ 30 Abs. 2 „SGB IX). Beide, IFF und SPZ, müssen die notwendigen personellen, fachlichen, räumlichen und sachlichen Anforderungen einschließlich eines gemeinsamen Konzeptes erfüllen. Die Komplexleistung stellt eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit der Familie und allen anderen an der Frühförderung beteiligten Fachkräften und Systemen dar, auch um Doppelbetreuungen zu vermeiden. „Ohne den Nachweis einer kooperativen Zusammenarbeit kann demnach dem gesetzlichen Anspruch nicht mehr genüge getan werden.“ (Weiß et al. 2004, S. 73).

In Hamburg haben die Sozialpädiatrischen Zentren eine starke Stellung und eine hohe Versorgungsdichte mit medizinisch-therapeutischen Leistungen und einer noch nicht voll entwickelten heilpädagogisch ausgerichteten mobilen Frühförderung. Die Frühförderung von behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Kindern ab drei Jahren erfolgt dann in integrativen Tageseinrichtungen. Aufgrund der Landesrahmenempfehlung werden interdisziplinäre Stellen mit drei Fachkräften unterschiedlicher Disziplinen besetzt. Für die Einbindung nicht festangestellter Fachkräfte in die Frühförderteams sind verschiedene Modelle der Kooperation vorgesehen, die allerdings verbindlich und vertraglich geregelt werden müssen. Der Zugang erfolgt über Vertragsarzt/-ärztin bzw. Arzt/Ärztin des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die spezifische Forschungsfrage wurde in allen Mitarbeiterinneninterviews mit einem klaren „Nein“ beantwortet. In der gängigen Praxis können Eltern von behinderten Kindern oder von Kindern die von Behinderung bedroht sind im Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen über die Möglichkeiten der Frühförderangebote beraten werden. Grundsätzlich ist aber der behandelnde Kinderarzt für die Festlegung von Therapien verantwortlich und leitet Maßnahmen der Frühförderung ein. Die zusätzliche Kraft im PSP K+J ist ausgebildete Pflegefachkraft und ist per Gesetz nicht autorisiert Therapien anzuordnen. Laut den gesetzlichen Grundlagen muss die beratende Person eine beruflich qualifizierte, in der Frühförderung erfahrene Fachkraft sein (aus der Pädiatrie, Psychologie oder Pädagogik). In unklaren Situationen muss die niederschwellige Hinzuziehung einer Fachkraft jeweils anderer Disziplinen möglich sein. Dieser Fall ist im PSP K+J bisher nicht aufgetreten.

Auch gab es in der bisherigen einjährigen Beratungspraxis im PSP K+J keine Anfrage bezüglich der Frühförderung.

### **6.2.7 Expertinneninterviews mit (potenziellen) Kooperationspartnern**

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den drei Interviews mit (potenziellen) Kooperationspartnern beschrieben: Leben mit Behinderung (LmB), Werner Otto Institut (WOI) sowie der Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus e.V. (ASBH). Alle drei bieten auch Beratung an, zum Teil sehr spezifisch, aber durchaus auch zu Pflgethemen.

LmB ist der Zusammenschluss von mehr als 1.500 Familien mit einem behinderten Angehörigen. Der Elternverein hat eine Tochtergesellschaft: Leben mit Behinderung Hamburg Sozialeinrichtungen gGmbH. Diese Gesellschaft steht behinderten Menschen und ihren Familien zur Seite: Mit Wohnraum, Arbeit, Assistenz und Beratung. Der LmB ist durch Regionalbüros (West, Ost, Süd und Nord) in Hamburg organisiert. Von Montags bis Freitags verfügt LmB über ein Beratungstelefon das in der Zeit von 09.00 bis 13.00 Uhr geschaltet ist.

Das WOI ist Teil der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Es besteht aus einer Ambulanz / Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) und einer Eltern-Kind-Klinik. Das Arbeitskonzept des Werner Otto Instituts ist multidisziplinär und familienorientiert. Im sozialpädiatrischen Team arbeiten spezialisierte Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie anderer Fachrichtungen, Diplompsychologen und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Motopädie/Psychomotorik, Heilpädagogik, Musiktherapie) eng zusammen. Es werden spezielle Sprechstunden für Körper- und Mehrfachbehinderte wie z.B. eine orthopädische Sprechstunde und eine Sprechstunde für unterstützte Kommunikationshilfen usw. angeboten. Das WOI bietet darüber hinaus auch eine Sozialberatung für betroffene Familien an. In dieser Beratung werden auch Themenbereiche der Pflegeversicherung erörtert. Darüber hinaus sind die Mitarbeiterinnen des WOI häufiger als Gutachterinnen gefragt, z.B. für Sozialgerichtsgutachten, in denen es auch um Fragen der Pflegestufenbeurteilung geht. Das Einzugsgebiet des WOI ist überregional, vor allem die Randgebiete in Schleswig Holstein und Niedersachsen zählen zum Klientel des WOI (ca. 15% kommen aus Schleswig Holstein und ca. 10% aus Niedersachsen).

Die ASBH ist eine Elterninitiative, um die Lebensperspektiven von Kindern mit Spina bifida und/oder Hydrocephalus zu verbessern. Es ist ein zentrales Anliegen der ASBH, betroffenen Menschen neben Informationen, Fachveranstaltungen, Beratung und Publikationen die Möglichkeit zum persönlichen Austausch zu geben. Deshalb bietet die ASBH ein bundesweites Netzwerk an regionalen Selbsthilfegruppen, Ansprechpartnerinnen und Landesverbänden. Zur ASBH Regionalgruppe Hamburg gehören etwa 250 Familien aus Hamburg und Umgebung, die oft über Jahre begleitet und beraten werden. Beratungsschwerpunkte sind Fragen zum Thema Behinderung und Bewältigung in den betroffenen Familien, Interessenvertretung, Beratung z.B. Schwangerenberatung, Freizeitgruppen etc. Das Angebot der ASBH ist krankheitsspezifisch.

### **Angebote und Vernetzungsaktivitäten der (potenziellen) Kooperationspartner**

Die Befragten berichten über Kooperationen und Tätigkeiten in einigen Arbeitskreisen und Verbänden. Besonders genannt seien hier:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren
- Hamburger Arbeitskreis für das Hörscreening Neugeborener (H.A.H.N)

- Verein zur Nachsorge nach Schädel-Hirn-Traumen in Kindes- und Jugendalter (Rübchen e.V.)
- Gesellschaft zur Förderung der seelischen Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH)
- Ärztekreis für Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus Hamburg (ASBH)
- Arbeitskreis zusammen mit Physiotherapeutinnen aus Körperbehinderten- Schulen und Kindergärten die schwerpunktmäßig körperbehinderte Kinder betreuen.
- Schwerbehinderten- oder Schwerhörigenschulen usw.
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
- Barrierefrei Leben e. V. Verein für Hilfsmittelberatung, Wohnraumanpassung und barrierefreie Bauberatung Hamburg
- INTENSIVkinder zuhause e.V
- Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE)

Es gibt aber darüber hinaus nur wenige Ansätze von Vernetzungen in der Hamburger Beratungsszene sowohl im Kinder- und Jugendbereich, als auch im Erwachsenenbereich. Das wird als ein großer Mangel beschrieben. Die Beratungslandschaft in Hamburg wird als ein „*groteskes Nebeneinander von völlig überversorgten Bezirken und auch tatsächlich immer noch unterversorgten Regionen*“ beschrieben. Als ein Aufbau von Doppelstrukturen wird das Beratungsangebot >Compass< der privaten Krankenversicherungen betrachtet.

In der Beratung von Familien mit behinderten Kindern sind WOI, ASBH und LmB untereinander bekannt und gut vernetzt. Die Weitervermittlungspraxis wird als sehr positiv kooperativ und problemlos beschrieben. Es finden fallbezogene Verknüpfungen und Fachgespräche statt.

### **Nutzerinnengruppen**

Der Migrationsanteil an Familien in der Beratung wird als gering bis sehr gering eingeschätzt, auch wenn das WOI von einem Anteil von 25% Migrationsanteil, je nach Krankheitsbild, in der Beratung berichtet. Der Zugang zu dieser Zielgruppe wird insgesamt als schwierig beschrieben. In der Sprachabteilung ist der Anteil deutlich höher. Auch der Anteil an bildungsfernen Familien wird als größer beschrieben

Die Befragten gehen davon aus, dass die Eltern, die erreicht werden können, nur einen kleinen Teil von Eltern der Zielgruppe ausmachen.

### **Neutralität der Beratung und Wettbewerb**

Die Befragten legen großen Wert auf eine anbieterunabhängige Beratung, um vor allem die Familien sinnvoll zu beraten, z.B. zu Hilfsmitteln. Für den Bereich Pflege und Hilfsmittel wünschen sich die Befragten andere Strukturen, in denen die Angebote systematisch geprüft werden. Es braucht „Hilfsmittelversorgungseinrichtungen“ die kompetent und unabhängig sind.

### **Kooperationsbemühungen mit dem PSP K+J**

Die drei Befragten Einrichtungen sind alle gut informiert über und interessiert an der Arbeit des PSP K+J. Vor allem wird eine gute Kooperation mit dem Beratungszentrum benannt.

Die Mitarbeiterinnen des Beratungszentrums und der drei Einrichtungen WOI, LmB und ASBH kennen sich und vermitteln Familien und Kinder untereinander.

*„Ansonsten gibt's natürlich auch den Weg, dass Kinder direkt ins Beratungszentrum den Weg finden, dort betreut werden und wenn die dort sind, ist es auch völlig in Ordnung. Dann würden wir auch nicht auf die Idee kommen noch etwas zusätzlich anzubieten sondern wenn für uns klar ist, die sind jetzt dort in Eppendorf angebunden, dann ist es auch für uns sozusagen das Signal, da jetzt nicht weiter irgend welche Aktivitäten zu unternehmen weil die es ja kompetent machen.“*

Eine gegenseitige Vermittlungspraxis mit dem PSP K+J ist noch nicht häufig der Fall, aber es wurden von allen Befragten Flyer des PSP K+J ausgelegt bzw. ausgegeben. Alle Befragten sind sich einig, dass der PSP K+J eine wichtige ergänzende Beratungseinrichtung für Hamburg ist. Eine spezifische Beratung zu Pflegehilfen oder Hilfen im Alltag werden als notwendig beschrieben. Im Rahmen von Vorträgen des PSP K+J und anderen Veranstaltungen fand auf professioneller Ebene bereits Austausch untereinander statt. Konkurrenzen untereinander werden nicht beschrieben.

### **PSP K+J und zukünftige Herausforderungen**

Als zukünftiges Szenario können sich die Befragten sehr gut vorstellen, dass der PSP K+J eine externe mobile Sprechstunde in Bezirken mit einem hohen Anteil von hilfe- und pflegebedürftigen Kindern anbietet. Der Standort des PSP K+J in Eppendorf wird hinterfragt, und es werden vor allem Beratungsbedarfe in Stadtteilen wie Wilhelmsburg und Steilshoop gesehen. Die befragten Institutionen sehen es als Chance und Ergänzung im Beratungssektor an, dass der PSP K+J vor allem aufsuchende, niedrigschwellige Beratungen und Begleitungen betroffener Familien anbietet. Die meisten Beratungseinrichtungen halten eine Komm-Struktur vor, sie können deshalb keine aufsuchende Beratung anbieten. Das ausschließliche Angebot von Telefonberatung wird als problematisch betrachtet, vor allem deckt es sich aber nicht mit dem Bild der Experten und ist vom Bedarf der betroffenen Familien weit entfernt.

*„Wer sagt, er definiert seine Arbeit über die Vielzahl von Telefonkontakten ist gut und schön, aber das ist es nicht, was die Familien tatsächlich brauchen.“*

Für alle Einrichtungen ist die „*Beratung aus einer Hand*“ ein Konzept, das weiter verfolgt werden sollte. Als ein neues, zukünftiges Aufgabenfeld für den PSP K+J wurde von den Befragten die Pflegepflichtberatung von Pflegegeldbeziehern definiert. Der PSP K+J könnte in diesem Rahmen Kooperationen mit Pflegediensten eingehen und die Pflegepflichtberatung mit einem anderen Charakter anbieten, nämlich mit einer umfangreichen häuslichen Pflegeberatung. Der PSP K+J wird als Ergänzung gesehen. Für viele Familien ist es wichtig, eine personelle Kontinuität in der Beratung zu haben, so dass alle empfehlen, Wechsel oder Verweis zu andern Beratungsstellen nur dann vorzunehmen, wenn dadurch ein spezifisches Fachwissen erreicht wird.

### **6.2.8 Zusammenfassung Ergebnisse Teilstudie 3**

Anhand der Ergebnisse lässt sich ablesen, dass sich der Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche in der Anfangs- und Aufbauphase befinden. Zum einen lässt sich dies an den Fallzahlen erkennen. Zum anderen geben auch die Ergebnisse der Mitarbeiter- und Experteninterviews Hinweise darauf. So wird die Falldokumentation als nicht ausgereift bezeichnet, die Öffentlichkeitsarbeit ist ausbaufähig und erfordert Kontinuität, notwendige Fortbildungen der Mitarbeiterinnen stehen noch aus, oder aber die Kooperationsstrukturen und die Vernetzungsarbeit sind noch nicht sehr weit fortgeschritten. Ein großes Problem

stellen die Öffnungszeiten des PSP K+J aus Sicht der Mitarbeiterinnen dar. Die fest vorgeschriebenen Öffnungszeiten sind häufig nicht zielgruppengerecht für Eltern mit Kindern.

Das Angebot des PSP K+J ist ein Novum in der Landschaft der PSP in Deutschland, dadurch gibt es keine Vergleichsmöglichkeiten. Das `Alleinstellungsmerkmal´ bringt Herausforderungen aber auch Chancen mit sich.

Der größte Anteil an Ratsuchenden sind Angehörige oder sonstige Bezugspersonen von Hilfe- und Pflegebedürftigen Kindern. Bei den Ratsuchenden handelt es sich vorwiegend um weibliche Personen, im Allgemeinen Mütter.

Die Bekanntheit des PSP K+J lässt sich sehr gut durch regional begrenzte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Medien, aber vor allem durch Briefaktionen, Flyer oder Mund-zu-Mund-Propaganda voranbringen.

Am meisten werden Fragen zur Organisation häuslicher Pflege oder Finanzierungsfragen an den PSP K+J herangetragen. Es zeigt sich, dass der PSP K+J überwiegend komplexere Beratungen durchführt und nicht nur Informationen weitergibt. Typische, komplexere Fälle, die von den PSP Mitarbeiterinnen begleitet werden, erstrecken sich häufig über einen längeren Zeitraum. Dabei können zahlreiche Hausbesuche erforderlich sein, die die personellen und zeitlichen Ressourcen des PSP K+J stark binden. Das Aufgabenspektrum zur Fallbearbeitung ist sehr vielfältig und erfordert an verschiedenen Stellen ein optimales Zusammenwirken von Personen mit unterschiedlichen Fachkompetenzen. Gute Kooperationen zwischen dem PSP K+J und anderen Beratungseinrichtungen sind hierfür eine wichtige Grundlage.

## **6.3 Ergebnisse der Teilstudie 2**

### **6.3.1 Ergebnisse der Vorstudien zur Fragebogenentwicklung**

Im Folgenden werden zunächst kurz die Ergebnisse der in Kapitel 5.3.1 dargestellten Schritte zur Entwicklung der Fragebögen dargestellt.

#### **Aufbau der Fragebögen**

Dem Forscherteam war es wichtig, einen verständlichen und handhabbaren Fragebogen, mit eindeutig anleitenden Instruktionen zu entwickeln. Da die befragten Personen den Fragebogen ohne Mitwirkung eines Interviewers ausfüllen mussten, war es wichtig den Fragebogen transparent und verständlich zu gestalten.

In der Teilstudie 2 wurden für jede Befragungswelle zwei Fragebögen entwickelt. Einer richtet sich an Pflegebedürftige und der andere an Hilfebedürftige (siehe Anhang 1.1.2.3 - 1.1.2.6). Die Fragebögen sind in Schriftgröße 14 (barrierefrei) verfasst. Da bestimmte Fragen in den Fragebögen nicht von allen Befragungspersonen zu beantworten waren, wurde mit Filtern gearbeitet. Durch diese erhielt die befragte Person Anweisungen bestimmte Fragen zu überspringen und die Befragung an einer späteren, durch den Filter festgelegten Stelle des Fragebogens weiterzuführen.

Zur Motivation und Information wurde ein Begleit- bzw. Instruktionstext verfasst. Er hatte zum Ziel die Motivation der Befragten zum Ausfüllen des Fragebogens anzuheben, den Kontext der Untersuchung transparent zu machen und Kenntnisse für das richtige Ausfüllen des Erhebungsinstrumentes zu vermitteln.

Auf eine Einverständniserklärung konnte verzichtet werden, da durch die Rücksendung des Fragebogens ein Einverständnis vorausgesetzt wurde.

Der Fragebogen in Welle 1 umfasst drei Abschnitte:

- Abschnitt A: Fragen zu den PSP (Präferenzen bzgl. der Nutzung und Erwartungen bzgl. Verfügbarkeit, Leistungen, Infrastruktur, Themen der Beratung)
- Abschnitt B: Demographische Angaben zum potenziellen Nutzer
- Abschnitt C: Demographische Angaben zum Angehörigen

Der 8-seitige Fragebogen enthält insgesamt 19 Fragen, mit offenen und geschlossenen Items. Auf der letzten Seite des Fragebogens werden die Befragten gebeten ihre Kontaktdaten zu notieren, damit diese nach Möglichkeit in der 2. Befragungswelle direkt von den Mitarbeiterinnen der Universität Hamburg angeschrieben werden konnten. Es wurde, aus Datenschutzgründen explizit darauf hingewiesen, dass diese Angabe freiwillig ist.

Der Fragebogen in Welle 2 ist analog aufgebaut, wie der Fragebogen der 1. Welle. Er umfasst ebenfalls drei Abschnitte:

- Abschnitt A: Fragen zu den Pflegestützpunkten (PSP-Nutzung:, Präferenzen bzgl. der Nutzung, Erwartungen bzgl. Verfügbarkeit, Leistungen, Infrastruktur, gewählte Zugangswege, Intensität der Nutzung, Themen der Beratung, Zufriedenheit mit dem PSP-Angebot, Fehlende Angebote und Leistungen im PSP)
- Abschnitt B: Demographische Angaben zum potenziellen Nutzer
- Abschnitt C: Demographische Angaben zum Angehörigen

Der 11-seitige Fragebogen in Welle 2 enthält insgesamt 20 Fragen, mit offenen und geschlossenen Items.

Bei der Fragebogenentwicklung wurden in der methodologischen Fachliteratur (Diekmann 2007; Bortz & Döring 2006; Porst 2000) beschriebene Grundsätze berücksichtigt, wie z.B. die von Porst (2000) formulierten „Regeln für eine gelungene Fragebogenkonstruktion“.

## **Gruppendiskussionen mit Betroffenen**

Die Teilnehmerinnen mit Migrationshintergrund (n=6) der ersten Gruppendiskussion waren im Durchschnitt 63 Jahre alt (57-66 Jahre). Alle sechs Frauen waren chronisch krank (v.a. Diabetes, Hypertonus und Asthma) und benötigten hauswirtschaftliche sowie pflegerische Hilfen. Eine Teilnehmerin pflegte ihren Ehemann mit Hilfe der Familie und einem Pflegedienst zu Hause. Familiäre Unterstützung berichteten drei der Befragten, eine Teilnehmerin lebte alleine und wünschte sich mehr Unterstützung. Zur Frage, ob ihnen die Leistungen der Pflegeversicherung bekannt sind, berichteten fünf der Befragten, dass sie kein Wissen über die Pflegeversicherung hätten und sich somit auch bisher nicht über deren Leistungen informiert hatten. Eine Teilnehmerin hat die Pflegestufe 2, die mit Hilfe des Hausarztes beantragt worden war.

Keine der Teilnehmerinnen kannten die PSP und wussten somit auch nicht über welches Angebot diese verfügen. Bisher waren die Befragten in Pflegefragen von ihrem Hausarzt und der Leiterin des Seniorentreffs unterstützt worden. Nach einer kurzen Darstellung zu Aufgaben und Zielen von PSP wurden die Wünsche der Teilnehmerinnen an PSP erfragt. Auf Grund von Sprachbarrieren äußerten die Seniorinnen als Voraussetzung für einen Besuch im PSP, dass dieser im Rahmen einer Beratung einen Dolmetscher zur Verfügung stellen kann. Alle sechs Befragten würden den PSP in Anspruch nehmen, fünf Seniorinnen wünschen eine zugehende Beratung.

Die Teilnehmerinnen der zweiten Gruppendiskussion (n=5) waren im Durchschnitt 78 Jahre alt (68-89 Jahre). Alle fünf Seniorinnen waren chronisch krank (v.a. Arthrose und Krebs) und konnten größtenteils ihren Haushalt noch selber führen. Über familiäre

Unterstützung durch ihre Kinder berichten alle fünf Seniorinnen. Zur Frage, ob ihnen die Leistungen der Pflegeversicherung bekannt sind, berichteten die Befragten, dass sie wenig Wissen über die Pflegeversicherung haben und sich auch bisher nicht über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert haben. Keine der Teilnehmerinnen hatte zum Befragungszeitpunkt eine Pflegestufe.

Wie bei der ersten Gruppendiskussion waren auch hier die PSP nicht bekannt, daher wurden auch hier die Aufgaben und Ziele von PSP kurz dargestellt. Anschließend wurde nach Themen gefragt, die von besonderer Bedeutung für die Befragten wären. Genannt wurden Unterstützung in der Pflege, Pflegestufen, Hilfsmittelberatung, Haushaltshilfe, barrierefreie Wohnraumanpassung, Schwerbehindertenausweis sowie Befreiungsmöglichkeiten z.B. von Rundfunkgebühren. Alle fünf Befragten gaben an den PSP in Anspruch nehmen zu wollen, drei der fünf Seniorinnen wünschen eine zugehende Beratung zu Hause „von Angesicht zu Angesicht“. Besonders wichtig war es den Befragten, dass das Angebot der PSP kostenfrei ist.

### **Expertinneninterviews**

In den vier Experteninterviews gab es konstruktive Rückmeldungen zu den Fragebögen. Dies waren vor allem Hinweise zu sprachlichen Ausdifferenzierungen der Fragen und Antwortkategorien, mit dem Ziel der verständlicheren Darstellung. Zum Beispiel wurde der ursprünglich gewählte Begriff „professioneller Dienst“ durch „Pflegedienst“ ausgetauscht. Die Schriftgröße wurde als positiv und barrierefrei bewertet, lediglich die Länge der Fragebögen wurde kritisch betrachtet. Die Formulierungen der Fragen bzgl. Beratungsthemen wurden nach den Rückmeldungen der Expertinnen sprachlich und inhaltlich umformuliert.

Der Informationsflyer zu den PSP wurde in den Interviews ebenfalls kritisch kommentiert. Die Schriftgröße wurde bemängelt. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass der Flyer zu viel Text enthalte und somit überfrachtet sei. Weitere Ergebnisse der Expertinneninterviews werden hier nicht berichtet. Diese sind jedoch in die Entwicklung der Fragebögen eingeflossen.

### **Pre-Tests**

Auf Basis der Ergebnisse aus der Literatur, den Betroffeneninterviews und den Expertinneninterviews wurden erste Versionen der Fragebögen (t0 und t1) entwickelt und in fünf aufeinander folgenden Pre-Tests bzgl. inhaltlicher Angemessenheit, Verständlichkeit sowie Zumutbarkeit überprüft.

Am ersten Pre-Test nahmen acht Seniorinnen (demographische Daten wurden hier nicht erfasst) sowie die Seniorentreffleiterin teil. Die Teilnehmerinnen haben zum großen Teil den vorab ausgeteilten Fragebogen nicht ausgefüllt, jedoch gelesen und dann ihre Gedanken im Gruppengespräch mitgeteilt. Die Dauer des Gesprächs betrug ca. 50 Minuten.

Die Teilnehmerinnen haben keine Einwände gegen die Anleitung des Fragebogens geäußert. Zum Fragebogen wurden aber etliche Rückmeldungen formuliert. Fast alle Befragten äußerten ihren Unmut über die Frage nach der Schulbildung. Des Weiteren wurde die Länge des Fragebogens trotz barrierefreier Schriftgröße bemängelt. Insgesamt wurde der Fragebogen gut verstanden.

Unklar war den Teilnehmerinnen, dass die Beratung im PSP kostenfrei ist, des Weiteren wurde nach der Unabhängigkeit der Beratung im PSP gefragt.



Am zweiten Pre-Test nahmen 13 Personen teil. Neun hilfepflegebedürftige Menschen und vier Angehörige (7 Männer und 5 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 76 Jahren. Alle Befragten waren deutschsprachig. Die Teilnehmerinnen hatten kaum Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens. Für das Ausfüllen des Fragebogens sind ca. 20 Minuten benötigt worden. Positiv im Befragungsbogen wurde die große Schrift („Mensch, dass ist das erste mal wieder seit langer Zeit, dass ich etwas ohne Brille lesen konnte“), die Übersichtlichkeit sowie die Verständlichkeit („einfache Sprache“) der Fragen als sehr positiv von den Teilnehmerinnen hervorgehoben.

Eine Durchsicht der Fragebögen hat gezeigt, dass fünf Fehler beim Ausfüllen gemacht worden sind. Davon sind drei Fehler aufgrund einer übersehenen Sprungstelle („Filter“) und bei zwei Fragen wurden mehrere Antworten gegeben, obwohl nur eine als erlaubt vorgesehen war.

Als besonders informativ fanden die Teilnehmerinnen des Pre-Test die Ausführlichkeit sowie Verständlichkeit der Frage 5 im Fragebogen 1 (Beratungsthemen). Auf weniger Zustimmung stieß die Frage nach dem höchsten Schulabschluss des Pflegebedürftigen. Zum einen hatten einige Schwierigkeiten in der Beantwortung dahingehend, ob auch im Ausland erworbene Abschlüsse mit einzubeziehen sind, andere empfanden diese Frage als zu intim. Eine Person bemerkte, dass er nur einen Volksschulabschluss hat, aber es doch in seinem Leben zum Meisterabschluss gebracht hat. Er fühlte sich durch die Frage nach seiner Bildung nicht richtig erfasst.

Insgesamt wurde der Fragebogen gut verstanden. Beratungsthemen, die von besonderem Interesse waren sind: Fahrdienste, Kranken- und Pflegeversicherung sowie das Thema Alzheimer und Demenz. Alle 13 Befragten planten einen PSP zu kontaktieren und sieben Teilnehmerinnen wünschten sich eine Beratung im PSP.

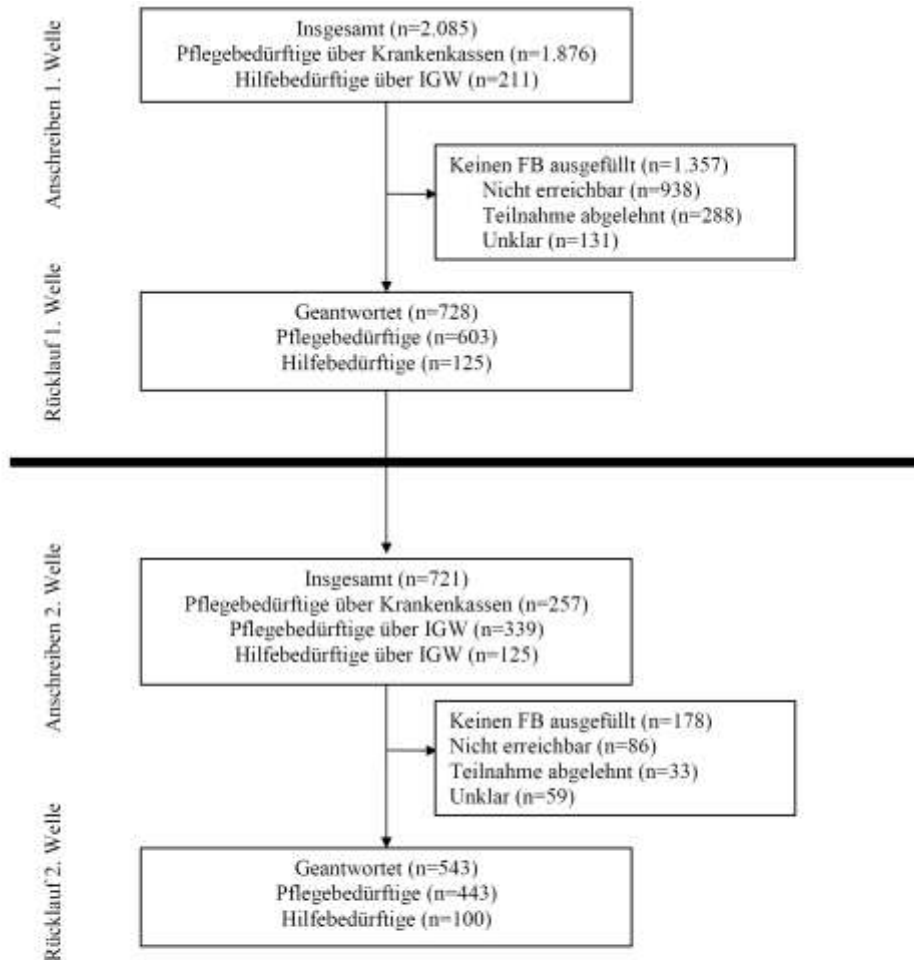
Am dritten Pre-Test nahmen sechs pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen teil (3 Frauen und 3 Männer). Das Durchschnittsalter betrug 75 Jahre. Die Teilnehmerinnen hatten kaum Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens. Auch hier äußerten fast alle Befragten ihren Unmut über die Frage nach der Schulbildung. Insgesamt wurde der Fragebogen gut verstanden. Die Erklärseite und die Aufmachung des Fragebogens gefielen den Befragten gut, auch wenn die Länge kritisch betrachtet wurde. Die Schriftgröße wurde besonders lobend erwähnt. In der Gruppendiskussion wurde viel über die Situation von Demenz erkrankten Menschen, die zu Hause gepflegt werden, berichtet. Für die Angehörigen ist es mit viel Aufwand verbunden, zu einer Beratungsstelle zu fahren. Die Befragten favorisierten eine Beratung zu Hause und wünschten sich umfassende Informationen. Dem Konzept des PSP standen sie skeptisch gegenüber.

Der vierte und fünfte Pre-Test wurde mit Bewohnerinnen zweier Einrichtungen des Betreuten Wohnens durchgeführt. Beteiligt waren im vierten Pre-Test 21 Personen, 13 Hilfebedürftige und 8 Angehörige (15 Frauen, 5 Männer und eine fehlende Angabe). Das Durchschnittsalter betrug 78 Jahre. Die Teilnehmerinnen hatten kaum Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens. Am fünften Pre-Test nahmen 23 Personen teil, 14 Hilfebedürftige und 9 Angehörige (16 Frauen und 7 Männer). Das Durchschnittsalter betrug hier 75 Jahre. Die Teilnehmerinnen der Pre-Tests vier und fünf hatten kaum Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens. Zwei Drittel der Befragten kannten keinen PSP und planten aktuell auch keinen zu besuchen. Beratungsthemen von besonderem Interesse waren: Betreuungsverfahren, das Ausfüllen von Anträgen, Freizeit- und Kulturangebote, Pflegestufen sowie Pflegedienste. In diesen Pre-Tests wurde klar, dass viele Seniorinnen, die im betreuten Wohnen leben, keinen Bedarf an einem PSP haben, da Sie über den monatlich zu leistenden Betreuungszuschlag die Beratung zu Hilfe- und Pflegefragen vor Ort schon angeboten bekommen.

### 6.3.2 Übersicht Befragungsverlauf

Die Abbildung 33: zeigt den Ablauf der Befragung und die Anzahl der angeschriebenen Hilfe- und Pflegebedürftigen für die zwei Befragungswellen, den Rücklauf sowie die Anzahl der Nichtantworten und deren Begründung.

**Abbildung 33: Übersicht Studienverlauf Teilstudie 2**



Die Auswertung der ersten Befragungswelle bezieht sich somit auf 728 Personen, davon 603 potenziell Pflegebedürftige. Die Auswertung der zweiten Welle basiert auf den Antworten von 543 Personen, davon 443 potenziell Pflegebedürftige.

## 6.3.2.1 Befragungswelle 1

### 6.3.2.1.1 Beschreibung der Stichprobe

In der Tabelle 14: sind die wichtigsten demographischen Angaben für die Hilfe- und Pflegebedürftigen aus der Gruppe der antwortenden Personen („Responder“) dargestellt. Nähere Angaben finden sich im Anhang 1.3.2.3. Für die Personen, die nicht geantwortet haben („Non-Responder“) liegen keine Daten vor.

**Tabelle 14: Übersicht Demographie: Erste Befragungswelle**

	PB (n=603)		HB (n=125)		Gesamt (n=728)*	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Alter <sup>1</sup>	75,2	17,1	75,3	8,3	75,2	16,1
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Weiblich <sup>2</sup>	363	61,2	92	84,4	455	64,8
Deutschsprachig <sup>3</sup>	552	93,4	100	94,3	652	93,5
Schulabschluss <sup>4</sup>						
Abitur	69	11,9	14	13,6	83	12,2
Realschule	135	23,3	29	28,2	164	24
Volks-/Hauptschule	317	54,7	57	55,3	374	54,8
kein Abschluss	59	10,2	3	2,9	62	9,1
Pflegestufe <sup>5</sup>						
Keine/0	233	39,8	92	87,6	325	47,1
I	218	37,3	9	8,6	227	32,9
II	102	17,4	4	3,8	106	15,4
III/III+	32	5,5	0	0	32	4,6
Alleine lebend <sup>6</sup>	237	40,4	74	69,2	311	44,9

Unterschiedliche Grundgesamtheiten: keine Angabe: <sup>1</sup>n=45, <sup>2</sup>n=25, <sup>3</sup>n=31, <sup>4</sup>n=45, <sup>5</sup>n=38, <sup>6</sup>n=35

Wie erwartet zeigt sich sowohl bei den Hilfebedürftigen (HB) als auch den Pflegebedürftigen (PB) ein hohes mittleres Alter von ca. 75 Jahren. Beide Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der hauptsächlich gesprochenen Sprache sowie des Schulabschlusses. Wie erwartet, sind unter den Respondern nur wenige Personen, die nicht hauptsächlich deutsch sprechen sowie vorwiegend Menschen mit einem Hauptschulabschluss. Die Gruppen unterscheiden sich in Bezug die Verteilung der Geschlechter sowie der Pflegestufen. Knapp die Hälfte der Befragten (47%) hatte noch keine Pflegestufe. Hier gab es erwartungsgemäß einen deutlichen Unterschied zwischen Pflegebedürftigen (40%) und Hilfebedürftigen (88%).

Von den Respondern haben in mehr als der Hälfte der Fälle (58%) Angehörige geantwortet. Bei den PB waren dies fast zwei Drittel (62%) (siehe Tabelle 15:). Angehörige sind häufig die Kinder mit 39% (Töchter 29%, Söhne 10%) sowie Ehepartner bzw. Lebensgefährte (36%). Hier gab es keinen Unterschied zwischen pflege- und hilfebedürftigen Befragten. Betreuer haben ebenfalls recht häufig für die Angeschriebenen geantwortet (7%) (Tab. 62 im Anhang).

**Tabelle 15: Antwortende Person**

Antwort durch...	PB (n=574)		HB (n=112)		Gesamt (n=686*)	
	n	%	n	%	n	%
Angehörige	357	62,2	39	34,8	396	57,7
PB/HB	217	37,8	73	75,2	290	42,3

\* Keine Angabe: n=42

Knapp die Hälfte der Responder lebt alleine, bei den HB sind es deutlich mehr als die Hälfte (69%), bei den PB etwas weniger (40%). Die nicht allein lebenden Personen, wohnen meist mit dem (Ehe-)Partner zusammen (Tabelle 16:).

**Tabelle 16: Lebensgemeinschaften**

Mehrfachantworten möglich	PB (n=586)		HB (n=107)		Gesamt (n=693*)	
	n	%	n	%	n	%
Lebt alleine	237	40,4	74	69,2	311	44,9
Ehegatten/Lebensgefährte	253	43,2	25	23,4	278	40,1
Kind	64	10,9	4	3,7	68	9,8
Eltern	26	4,4	0	0	26	3,8
Freunde/Bekannte	20	3,4	6	5,6	26	3,8
Geschwistern	9	1,5	0	0	9	1,3

\* Keine Angabe: n=35

### 6.3.2.1.2 Selbstberichteter Hilfe- bzw. Pflegebedarf

95% der PB gaben an, dass Sie Hilfe im Haushalt brauchen (HB 57%) (Tabelle 17:). Demgegenüber berichten 91% der PB Pflegebedarf (HB 26%). Knapp 80% der Befragten werden von ihren Angehörigen gepflegt, aber gut 40% gaben an einen Pflegedienst zu haben. Bei Pflegebedarf wurde Pflege durch Angehörige im Vergleich zu Pflege durch Pflegedienste deutlich häufiger in Anspruch genommen (siehe Tab. 58-60 im Anhang). Gleiches gilt für Hilfeleistungen (siehe Tab. 55-57 im Anhang).

**Tabelle 17: Selbst berichteter Hilfebedarf**

Hilfebedarf	PB (n=584)		HB (n=105)		Gesamt (n=689*)	
	n	%	n	%	n	%
Ja	555	95	60	57,1	615	89,3
Nein	29	5	45	42,9	74	10,7

\* Keine Angabe: n=39

Die Klassifizierung in HB und PB erfolgte aufgrund der Merkmale „Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung“ (PB) sowie „Besucherinnen von Seniorentreffs mit selbstberichteten Hilfebedarf“ (HB). Diese initiale Klassifizierung wurde als Grundlage für die Analyse in diesem Bericht verwandt. Es handelt sich dabei um die größtmögliche Annäherung an diese Gruppen. Es finden sich unter den PB 233 von 603 (40%) Personen, die anfangs keine Pflegestufe berichten. Das ist nicht verwunderlich, da sicher eine Reihe von Erstanträgen erfasst wurde. Es gibt jedoch auch in der zweiten Welle noch PB ohne Pflegestufe. Die Anzahl ist jedoch mit 75 von 443 (17%) deutlich geringer. Da die Personen einen Antrag bei ihrer Pflegekasse gestellt hatten, wird in dieser Analyse davon ausgegangen, dass ein Pflegebedarf besteht, dieser jedoch (noch) nicht die Schwelle zu

einer Pflegestufe überschritten hat. Es finden sich weiterhin einige wenige potentiell Pflegebedürftige, die bei der Frage nach Pflegebedarf keinen solchen berichten, ebenso potentiell Hilfebedürftige ohne selbst berichteten Hilfebedarf bzw. mit selbst berichtetem Pflegebedarf. Diese Gruppen sind jedoch jeweils relativ klein, so dass von einer prinzipiell richtigen Kategorisierung ausgegangen wird. Es ist nicht davon auszugehen, dass eine Klassifizierung nach selbst berichtetem Bedarf bzw. nach Pflegestufen eine größere Trennschärfe erreicht.

**Tabelle 18: Selbst berichteter Pflegebedarf**

Pflegebedarf	PB (n=573)		HB (n=101)		Gesamt (n=674*)	
	n	%	n	%	n	%
Ja	519	90,6	26	25,7	545	80,9
Nein	54	9,4	75	74,3	129	19,1

\* Keine Angabe: n=54

#### 6.3.2.1.3 Bekanntheit der Pflegestützpunkte

Deutlich mehr als die Hälfte der Angeschriebenen hatte vor der Befragung noch nie von einem PSP gehört. Hier gab es Unterschiede zwischen den PB und den HB, die deutlich häufiger bereits von den PSP wussten als die PB (58% gegenüber 36%) (siehe Tabelle 19:).

**Tabelle 19: Kenntnis über PSP vor der Befragung**

PSP bekannt?	PB (n=594)		HB (n=122)		Gesamt (n=716*)	
	n	%	n	%	n	%
Ja	213	35,9	71	58,2	284	39,7
Nein	381	64,1	51	41,8	432	60,3

\* Keine Angabe: n=12

Diejenigen, die bereits von einem PSP gehört hatten, haben dies meist aus den Medien erfahren (43%), gefolgt von Werbung (24%) sowie Familie, Freunde und Bekannten (23%) (siehe Tab. 69 im Anhang).

#### 6.3.2.1.4 Nutzung der Pflegestützpunkte

Von den befragten PB hatten sich 61 bereits vor der Befragung an einen PSP gewandt, bei den HB waren es 12 (siehe Tab. 70 im Anhang).

Fast drei Viertel der Befragten (73%) gaben an in Zukunft einen PSP nutzen zu wollen, bei den HB waren es verhältnismäßig mehr Personen als bei den PB (siehe Tabelle 20:).

**Tabelle 20: Geplante Nutzung eines PSP**

PSP-Nutzung geplant	PB (n=587)		HB (n=118)		Gesamt (n=705)*	
	n	%	n	%	n	%
Ja	415	70,7	102	86,4	517	73,3
Nein	172	29,3	16	13,6	188	26,7

\* Keine Angabe: n=23

Die Mehrzahl der Befragten (64%) gab an, den PSP erst „später nutzen zu wollen“. Gut ein Viertel (27%) der Responder gaben an den PSP spätestens im Laufe des „nächsten Monats“ aufsuchen zu wollen. Bei den PB waren dies mehr als bei den HB (Tabelle 21:).

**Tabelle 21: Geplanter Zeitpunkt der Kontaktaufnahme**

	PB (n=392)		HB (n=98)		Gesamt (n=490*)	
	n	%	n	%	n	%
Noch in dieser Woche	29	7,4	2	2	31	6,3
In diesem Monat	40	10,2	4	4,1	44	9
Im nächsten Monat	54	13,8	4	4,1	58	11,8
Später	234	59,7	79	80,6	313	63,9
Bin schon da gewesen	35	8,9	9	9,2	44	9

\* Keine Angabe: n=27

Die Personen, die nicht beabsichtigen einen Pflegestützpunkt aufzusuchen, gaben zu 39% an, dass sie sich schon anders informiert bzw. keinen Bedarf (38%) hatten. Von denjenigen, die bereits außerhalb der PSP ausreichend Informationen erhalten hatten, wurden die Informationen hauptsächlich durch Pflegedienste (46%) und anderen Beratungsstellen (36%) zur Verfügung gestellt (Tabelle 22:).

**Tabelle 22: Begründung für Nichtnutzung eines PSP**

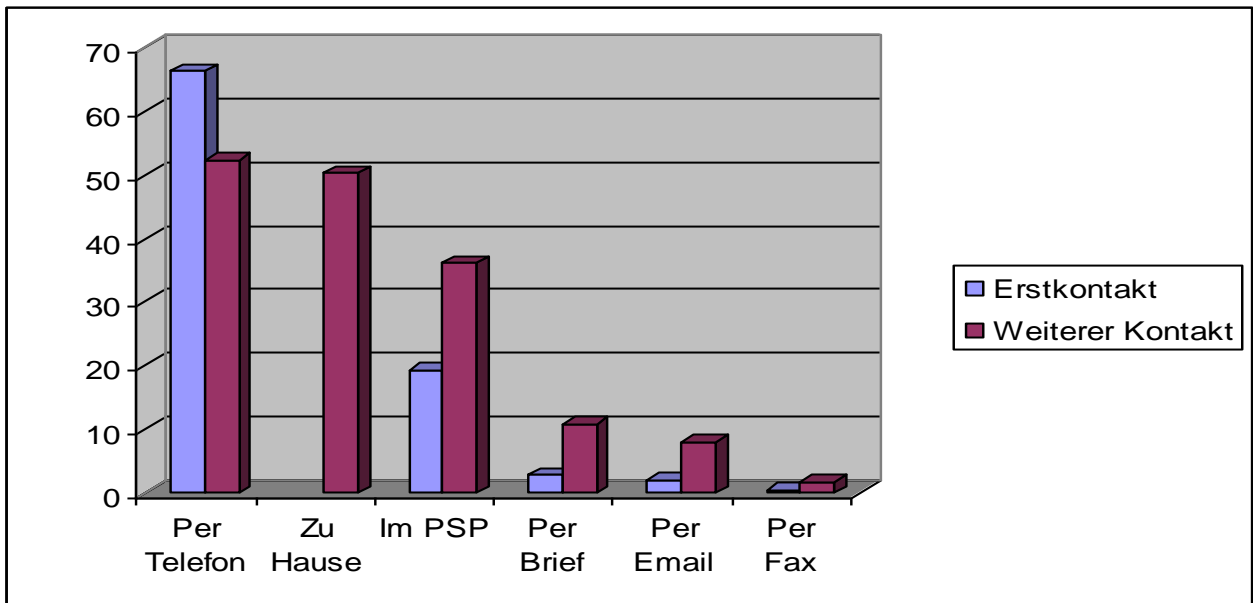
Mehrfachantworten möglich	PB (n=165)		HB (n=14)		Gesamt (n=179)*	
	n	%	n	%	n	%
Anders informiert	66	39,5	5	35,7	71	39,2
⇒ Durch Pflegedienste	26	15,8	2	14,3	28	15,6
⇒ Durch andere Beratungsstellen	21	12,7	1	7,1	22	12,3
⇒ Sonstiges	9	5,5	2	14,3	11	6,1
⇒ Keine Angabe	10	6,1	0	0	10	5,6
Kein Bedarf	61	36,5	7	50,0	68	37,6
Zu aufwändig	28	16,8	3	21,4	31	17,1
Angebot sagt nicht zu	7	4,2	0	0	7	3,9
Kein Interesse	11	6,6	0	0	11	6,1
Sonstiges	32	19,2	2	14,3	34	18,8

\* Keine Angabe: n=9

### 6.3.2.1.5 *Bevorzugte Zugangswege*

Als Erstkontakt wurde von der Mehrzahl der Befragten ein Kontakt via Telefon bevorzugt, während weitere Kontakte darüber hinaus zu Hause bzw. im PSP geplant wurden (Abbildung 34:). Hierbei zeigten sich keine Unterschiede zwischen HB und PB bzgl. der Zugangswege (siehe Tab. 74 im Anhang).

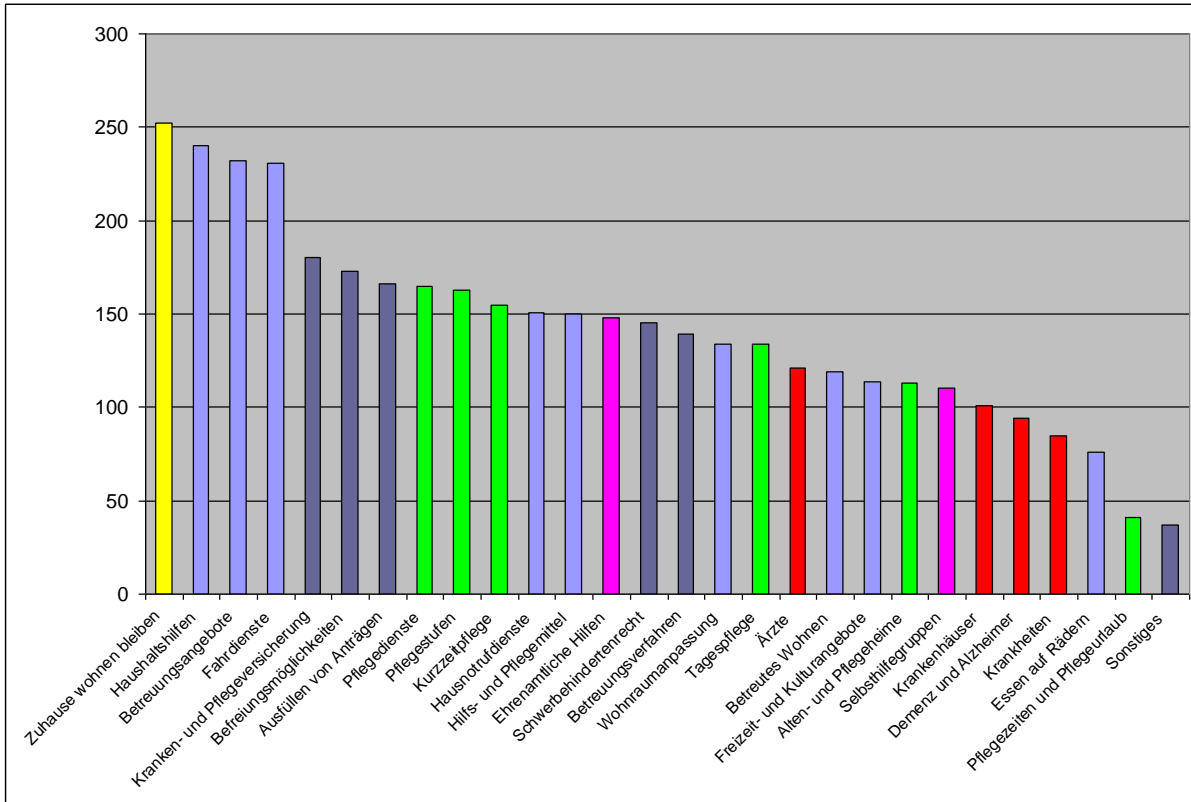
**Abbildung 34: Gewünschte Zugangswege (n=479)**



**6.3.2.1.6 Beratungs- bzw. Hilfethemen**

Mehr als die Hälfte der Responder versprach sich vom PSP Hilfe bzw. Beratung um „zu Hause wohnen zu bleiben“, gefolgt von der Information über „Haushaltshilfen“ mit 48% der Angaben. Jeweils 46% der Befragten wünschen sich eine Beratung über „Fahrdienste“ bzw. „Betreuungsangebote“. Mit 36% der Angaben sollen Informationen über die „Kranken- und Pflegeversicherung“ nachgefragt werden. Darüber hinaus wünschten sich die Befragten Informationen zu „Befreiungsmöglichkeiten“ (35%), „Ausfüllen von Anträgen“ (33%) und „Pflegestufen“ (33%). Hier zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen HB und PB (siehe Tab. 76 im Anhang).

**Abbildung 35: Gewünschte Beratungs- und Hilfethemen (n=501)**



**Legende: Kategorien**

- Medizin und Therapie
- Ergänzende Versorgung
- Pflege
- Sonstige Beratung
- Bürgerschaftliches Engagement
- Zu Hause wohnen bleiben

Am häufigsten wurden Themen aus dem Bereich der „ergänzenden Versorgung“ erfragt. Pflegethemen sowie Themen aus dem Bereich der „sonstigen Beratung“ wurden ebenfalls von mehr als 70% der Befragten gewählt (Tabelle 23:).

**Tabelle 23: Kategorien gewünschter Beratungs- und Hilfethemen**

Mehrfachantworten möglich	PB (n=401)		HB (n=100)		Gesamt (n=501*)	
	n	%	n	%	n	%
Ergänzende Versorgung	351	87,5	96	96	447	89,2
Sonstige Beratung	303	75,6	84	84	387	77,2
Pflege	289	72,1	71	71	360	71,9
Zu Hause wohnen bleiben	199	49,6	59	59	252	50,3
Medizin und Therapie	190	47,4	44	44	234	45,9
Bürgerschaftliches Engagement	164	40,1	58	58	222	44,3

Keine Angabe: n=42



### 6.3.2.2 Befragungswelle 2

In der zweiten Welle sollten alle Responder der ersten Welle angeschrieben werden. Von den 728 Personen, die geantwortet hatten, waren zwei ohne Codenummer und konnten daher nicht erneut kontaktiert werden. Von den verbleibenden 726 wurden in der zweiten Befragungswelle 721 angeschrieben, da für 5 Personen mitgeteilt wurde, dass diese in der Zwischenzeit verstorben waren.

Von 721 angeschriebenen Personen haben 543 geantwortet (443 PB und 100 HB). Die Rücklaufquote lag somit bei 75% (siehe Tab. 78 im Anhang).

#### 6.3.2.2.1 Beschreibung der Stichprobe

In der Tabelle 24: sind die wichtigsten demographischen Angaben für die Hilfe- und Pflegebedürftigen aus der Gruppe der antwortenden Personen („Responder“) dargestellt. Nähere Angaben finden sich im Anhang in den Tabellen 80-87.

**Tabelle 24: Übersicht Demographie: Zweite Befragungswelle**

	Nutzer (n=90)		Nichtnutzer (n=453)		Gesamt (n=543)*	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Alter <sup>1</sup>	73,9	13,6	75,7	16,9	75,4	16,4
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Weiblich <sup>2</sup>	53	61,6	291	66,9	344	66
Deutschsprachig <sup>3</sup>	81	96,4	403	93,1	484	93,6
Schulabschluss <sup>4</sup>						
Abitur	9	10,8	50	11,8	59	11,7
Realschule	19	22,9	102	24,2	121	24
Volks-/Hauptschule	45	54,2	235	55,7	280	55,4
kein Abschluss	10	12	35	8,3	45	8,9
Pflegestufe <sup>5</sup>						
Keine/0	20	23,8	120	29,8	140	28,8
I	44	52,4	175	43,4	219	45
II	16	19	83	20,6	99	20,3
III/III+	4	4,8	25	6,2	29	6
Alleine lebend <sup>6</sup>	27	31	202	45,4	229	43

Unterschiedliche Grundgesamtheiten: keine Angabe: <sup>1</sup>n=37, <sup>2</sup>n=22, <sup>3</sup>n=26, <sup>4</sup>n=38, <sup>5</sup>n=56, <sup>6</sup>n=11

Die Tabelle 24: zeigt auch die Charakteristika der Responder, die seit der ersten Befragung einen PSP genutzt haben („Nutzer“) im Vergleich zu den „Nichtnutzern“.

Das Verhältnis der antwortenden Personen ist vergleichbar mit dem der ersten Befragungswelle. Wiederum haben in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (59%) Angehörige geantwortet. Bei den PB waren dies wieder fast zwei Drittel (65%) (siehe Tabelle 25:). Zur Art der Angehörigen und deren Charakteristika siehe Tab. 104 & 105 im Anhang.

**Tabelle 25: Antwortende Person**

	PB (n=422)		HB (n=80)		Gesamt (n=502*)	
	n	%	n	%	n	%
Angehörige	276	65,4	21	26,3	297	59,2
PB/HB	146	34,6	59	73,8	205	40,8

\* Keine Angabe: n=41

Vergleichbar zur ersten Befragungswelle, lebt knapp die Hälfte der Responder alleine, bei den HB sind es wiederum deutlich mehr als die Hälfte (69%), bei den PB deutlich weniger (38%). Die nicht allein lebenden Personen, wohnen in der Regel mit dem (Ehe-)Partner zusammen (Tabelle 26:).

**Tabelle 26: Lebensgemeinschaften**

Mehrfachantworten möglich	PB (n=445)		HB(n=87)		Gesamt (n=532)	
	n	%	n	%	n	%
Lebt alleine	169	38	60	69	229	43
Ehegatten/Lebensgefährte	189	42,5	20	23	209	39,3
Geschwister	9	2	0	0	9	1,7
Kind	43	9,7	3	3,4	46	8,6
Eltern	22	4,9	2	2,3	24	4,5
Freunde/Bekannte	13	2,9	2	2,3	15	2,8

\* Keine Angabe: n=11

#### 6.3.2.2 Nutzung der Pflegestützpunkte

Von 543 Respondern hatten 90 (17%) seit der ersten Befragung mindestens einmal einen PSP kontaktiert. Die Verhältnisse für PB und HB sind dabei vergleichbar (Tabelle 27:).

**Tabelle 27: Nutzung eines PSP**

	PB (n=443)		HB (n=100)		Gesamt (n=543)	
	n	%	n	%	n	%
Ja („Nutzer“)	73	16,5	17	17	90	16,6
Nein („Nichtnutzer“)	370	83,5	83	83	453	83,4

Die Erstkontakte fanden dabei in der Regel telefonisch (65%) oder vor Ort im PSP statt (28%) (Tabelle 28:). Die Mehrzahl der Nutzer hatte während des Befragungszeitraums nur einmal Kontakt zum PSP. Bei weiteren Kontakten überwog weiterhin der telefonische Zugangsweg. Es gab jedoch auch eine Reihe von Hausbesuchen (siehe Tab. 109 im Anhang).

**Tabelle 28: Art des Erstkontakts**

	PB (n=66)		HB (n=17)		Gesamt (n=83*)	
	n	%	n	%	n	%
Telefon	44	66,7	10	58,8	54	65,1
Persönlich im PSP	19	28,8	4	23,5	23	27,7
Sonstige	3	4,5	3	17,6	6	7,2

\* Keine Angabe: n=7

Die Tabelle 29: zeigt welcher PSP genutzt wurde. Am häufigsten wurde der PSP Altona (n=16), am wenigsten der PSP Wandsbek (n=6) genutzt. Keine der Befragten haben sich an den PSP K+J gewandt. Angesichts der geringen Anzahl von Nutzerinnen ist die Aussagekraft jedoch eingeschränkt. Zum Zeitpunkt der Befragung waren bereits alle Pflegestützpunkte eröffnet. Die unterschiedlichen Laufzeiten der PSP sollten daher allenfalls einen geringen Einfluss auf die Ergebnisse haben.

**Tabelle 29: Genutzter PSP**

	PB (n=66)		HB (n=17)		Gesamt (n=83*)	
	n	%	n	%	n	%
Altona	10	15,4	6	37,5	16	19,8
Bergedorf	10	15,4	1	6,3	11	13,6
Eimsbüttel	8	12,3	0	0	8	9,9
Hamburg-Mitte	4	6,2	4	25	8	9,9
Hamburg-Nord	9	13,8	3	12,5	12	14,8
Harburg	7	9,2	2	12,5	9	11,1
Rahlstedt	13	20	0	0	13	16
Wandsbek	5	7,7	1	6,3	6	7,4

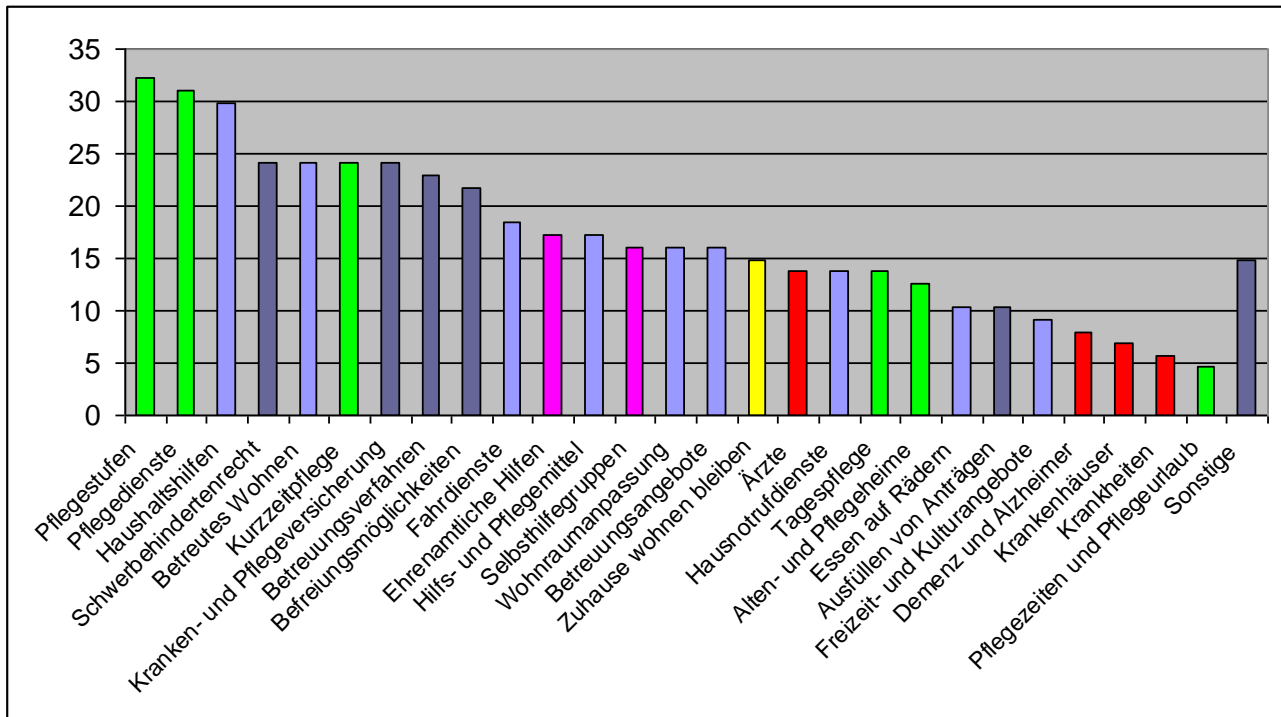
\* Keine Angabe: n=7

#### 6.3.2.2.3 *Beratungs- bzw. Hilfethemen*

Die Themen der Beratung wurden analog zur ersten Welle erfragt und sind in Abbildung 36: dargestellt.

Es zeigte sich bei den tatsächlichen Nutzern ein deutlich anderes Muster als bei den potenziellen Nutzern. Pflegethemen wie Pflegedienste und Fragen zu Pflegestufen standen im Vordergrund während Themen, die in der ersten Welle häufig genannt wurden wie z.B. die Vermeidung des Heimeinzugs oder Betreuungsangebote in der tatsächlichen Beratung deutlich seltener thematisiert wurden. Auch hier zeigten sich wie in der ersten Welle deutliche Unterschiede zwischen HB und PB (siehe Tab. 111 im Anhang).

**Abbildung 36: Beratungs- und Hilfethemen (n=87)**



**Legende: Kategorien**

- Medizin und Therapie
- Pflege
- Bürgerschaftliches Engagement
- Ergänzende Versorgung
- Sonstige Beratung
- Zu Hause wohnen bleiben

Am häufigsten wurden vergleichbar zur ersten Welle bevorzugt Themen aus dem Bereich der „sonstigen Beratung“ gewählt. Pflegethemen waren jedoch deutlich häufiger Gegenstand der Beratung als bei der ersten Welle (Tabelle 30:).

**Tabelle 30: Kategorien gewünschter Beratungs- und Hilfethemen**

Mehrfachantworten möglich	PB (n=70)		HB (n=17)		Gesamt (n=87*)	
	n	%	n	%	n	%
Sonstige Beratung	48	68,4	11	64,7	59	67,8
Pflege	43	61,4	11	64,7	54	62,1
Ergänzende Versorgung	39	55,7	12	70,6	51	58,6
Bürgerschaftliches Engagement	17	24,3	4	23,5	21	24,1
Medizin und Therapie	16	22,9	4	23,5	20	23
Zu Hause wohnen bleiben	8	11,4	5	29,4	13	14,9

\* Keine Angabe: n=3

Zusätzlich wurde gefragt, ob die Beratung im PSP bei den Nutzerinnen, deren Anliegen die Vermeidung eines Heimeinzuges war, erfolgreich war, in dem Sinne, dass ein Einzug in ein Pflegeheim zumindest vorerst vermieden werden konnte. Von 17 Personen, die hier angaben, dass dieses Thema Teil der Beratung war, gaben 10 an, dass ein Heimeinzug vermieden werden konnte. Lediglich bei 3 Personen war dies nicht möglich (Tabelle 31:).

**Tabelle 31: Vermeidung eines Heimeinzuges**

	PB (n=65)		HB (n=15)		Gesamt (n=80*)	
	n	%	n	%	n	%
Ja	11	16,9	6	40	17	21,3
Ergebnis: Heimeinzug vermieden	5	62,5	5	100	10**	76,9
Ergebnis: Heimeinzug nicht vermieden	3	37,5	0	0	3	23,1
Nein	54	83,1	9	60	63	78,8

\* Keine Angabe: n=10, \*\* Keine Angabe: n=4

#### 6.3.2.2.4 Vermittlung an andere Beratungsstellen

Zu den Aufgaben der PSP zählen auch die Nutzerinnen bei Bedarf an andere Beratungsstellen zu verweisen. Dies wurde von jedem Zehnten berichtet (Tabelle 32:).

**Tabelle 32: Weiterleitung an andere Beratungsstellen**

	PB (n=64)		HB (n=15)		Gesamt (n=79*)	
	n	%	n	%	n	%
Ja	5	7,8	3	20,0	8	10,1
Nein	59	92,2	12	80,0	71	89,9

\* Keine Angabe: n=11

#### 6.3.2.2.5 Nutzer-Bewertung der PSP

Die Nutzer der PSP wurden mit mehreren Fragen zu Ihren Erfahrungen mit dem PSP sowie zu Ihrer Beurteilung der Leistungen befragt. Es zeigt sich eine grundsätzliche positive Bewertung der Leistungen der PSP. 91% der Nutzer gaben an, Ihre Erwartungen wären voll oder weitestgehend erfüllt worden (Tabelle 33:), 94% gaben an mit den Leistungen sehr oder weitestgehend zufrieden zu sein. (Tabelle 34:). PB und HB unterschieden sich nicht hinsichtlich Ihrer Antworten (siehe Tab. 114 & 115 im Anhang).

**Tabelle 33: Bewertung: Erwartungen**

	PB (n=65)		HB (n=16)		Gesamt (n=81*)	
	n	%	n	%	n	%
Erwartungen voll erfüllt	34	52,3	8	50,0	42	51,9
Erwartungen weitestgehend erfüllt	25	38,5	7	43,8	32	39,5
Erwartungen eher nicht erfüllt	4	6,2	1	6,2	5	6,2
Erwartungen nicht erfüllt	2	3,1	0	,0	2	2,5

\* Keine Angabe: n=9

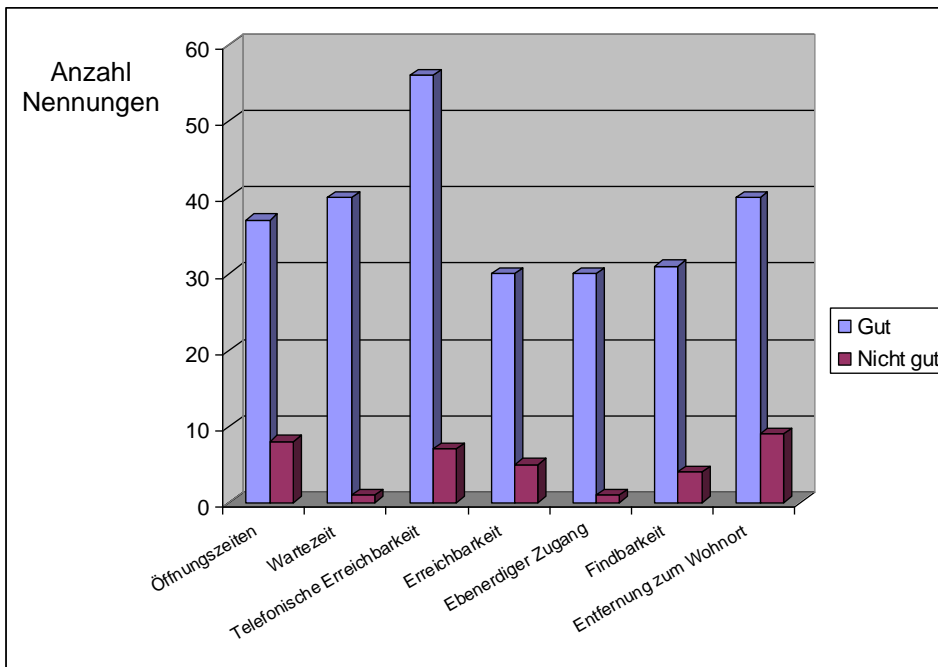
**Tabelle 34: Bewertung: Zufriedenheit**

	PB (n=65)		HB (n=13)		Gesamt (n=78*)	
	n	%	n	%	n	%
Sehr zufrieden	33	50,8	7	53,8	40	51,3
Weitestgehend zufrieden	28	43,1	5	38,5	33	42,3
Eher unzufrieden	3	4,6	0	,0	3	3,8
Unzufrieden	1	1,5	1	7,7	2	2,6

\* Keine Angabe: n=12

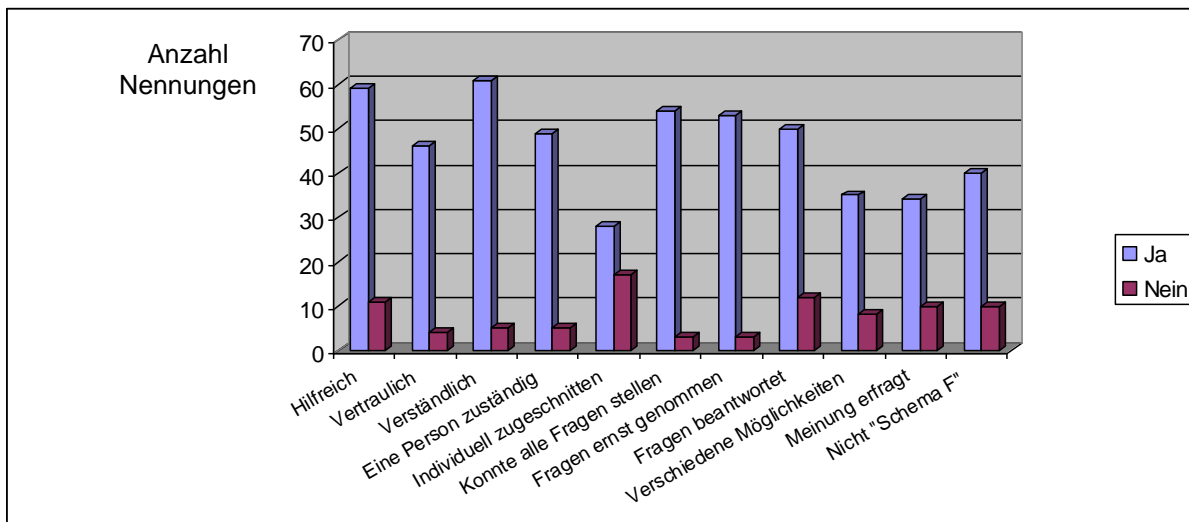
Weiterhin wurde nach der Beurteilung der Infrastruktur und Organisation der PSP gefragt. Die Abbildung 37: zeigt auch hier eine prinzipiell positive Bewertung bezüglich Infrastruktur und Organisation. Ein großer Teil der Nutzer hat diese Frage jedoch nicht beantwortet, PB und HB unterschieden sich nicht hinsichtlich Ihrer Antworten (siehe Tab. 116 im Anhang).

**Abbildung 37: Bewertung: Infrastruktur**



Die Nutzerinnen wurden weiterhin gebeten die Beratung durch den PSP zu beurteilen (Abbildung 38:). Hierbei wurden einerseits allgemeine Kategorien wie „hilfreich“ und „verständlich“ als auch spezifische eine Personen-zentrierte Beratung adressierende Kategorien, wie „individuell zugeschnitten“ oder „Unterbreitung verschiedener Möglichkeiten“ erfragt. Auch hier zeigt sich ein prinzipiell positives Antwortverhalten. Einige Fragen zur Personen-zentrierten Beratung werden jedoch verhältnismäßig weniger positiv bewertet. Dieses Bild beruht v.a. auf den Aussagen der PB, während die HB auch hier eher positiv antworten (siehe Tab. 117 im Anhang). Allerdings limitiert auch hier die geringe Fallzahl und die z.T. geringe Zahl der antwortenden Nutzerinnen die Aussagekraft der Ergebnisse.

**Abbildung 38: Bewertung: Beratung**



Eine abschließende Frage zur Bewertung war die Frage nach einer geplanten weiteren Nutzung, die von 89% der Nutzer bejaht wurde (Tabelle 35:).

**Tabelle 35: Geplante zukünftige Nutzung**

	PB (n=63)		HB (n=17)		Gesamt (n=80*)	
	n	%	n	%	n	%
Ja	54	85,7	17	100	71	88,7
Nein	9	14,3	0	0	9	11,3
Ausreichend informiert	3	37,5				
Angebot nicht zusagend	1	12,5				
Sonstiges	3	50				

\* Keine Angabe: n=10

### 6.3.2.2.6 Nicht-Nutzung der Pflegestützpunkte

#### 6.3.2.2.6.1 Gründe für Nichtnutzung

Von den Respondern hatten 83% während der Beobachtungszeit keinen PSP kontaktiert (Tabelle 36:). Als häufigster Grund wurde von 68% angegeben, dass (noch) kein Bedarf bestehe (PB 66%, HB 80%). 18,7% gaben an, dass sie noch keine Gelegenheit hatten, für 13% war der Kontakt zu aufwändig. Lediglich 2% gaben an, dass ihnen das Angebot nicht zusagte. Überraschenderweise gaben 15 von 453 Personen an, nicht zu wissen, was ein Pflegestützpunkt ist.

**Tabelle 36: Gründe für Nichtnutzung**

Mehrfachantworten möglich	PB (n=358)		HB (n=81)		Gesamt (n=439)	
	n	%	n	%	n	%
Kein Bedarf	235	65,6	65	80,2	300	68,3
Keine Gelegenheit	70	19,6	12	14,8	82	18,7
Zu aufwändig	50	14	8	9,9	58	13,2
PSP nicht bekannt	14	4,1	1	1,2	15	3,5
Angebot nicht zusagend	8	2,2	0	0	8	1,8
Sonstiges	16	4,7	0	0	16	3,8

\* Keine Angabe: n=14

#### 6.3.2.2.6.2 Nutzung anderer Angebote

Von den Nichtnutzerinnen gaben 41% an andere Hilfsangebote stattdessen in Anspruch genommen zu haben. Bei den PB waren es deutlich mehr als bei den HB (Tabelle 37:).

**Tabelle 37: Nutzung anderer Angebote**

	PB (n=360)		HB (n=77)		Gesamt (n=437*)	
	n	%	n	%	n	%
Andere Angebote genutzt	163	45,3	18	23,4	181	41,4
Keine anderen Angebote genutzt	197	54,7	59	76,6	256	58,6

\* Keine Angabe: n=15

Die häufigste Alternative zur Nutzung eines PSP waren Pflegedienste bei knapp der Hälfte der Nichtnutzer (Tabelle 38:). Ein Viertel hat sich an andere Beratungsstellen gewandt. Hier gab es jeweils deutlich mehr Nennungen durch PB. Bei der Nutzung des persönlichen Netzwerks sowie Beratung in Einrichtungen des Betreuten Wohnens waren es jeweils mehr HB, die dieses berichteten.

**Tabelle 38: Alternativ genutzte Angebote**

	PB (n=139)		HB (n=17)		Gesamt (n=156*)	
	n	%	n	%	n	%
Pflegedienste	71	51,1	5	29,4	76	48,7
Andere Beratungsstellen	39	28,1	2	11,8	41	26,3
Persönliches Netzwerk	18	12,9	4	23,5	22	14,1
Pflegeeinrichtung / Betreutes Wohnen	11	7,9	6	35,3	17	10,9

\* Keine Angabe: n=25

Es wurden eine Reihe von Gründen für die Wahl anderer Angebote angegeben (Tabelle 39:). Die Nennungen zeigen, dass bereits bestehende Kontakte hauptsächlich für diese Wahl verantwortlich sind. Allerdings waren auch Gründe wie Erreichbarkeit und bessere Verfügbarkeit häufig von den Befragten genannt.



**Tabelle 39: Begründung für die Nutzung anderer Angebote**

Mehrfachantworten möglich	PB (n=123)		HB (n=13)		Gesamt (n=136*)	
	n	%	n	%	n	%
Bereits gute Erfahrungen	57	46,3	6	46,2	63	46,3
Bin dort bekannt	48	39	4	30,8	52	38,2
Weiß, was ich dort bekomme	31	25,2	5	38,5	36	26,5
Gute Erreichbarkeit	29	23,6	4	30,8	33	24,3
Bessere Verfügbarkeit	18	14,6	2	15,4	20	14,7
Kürzerer Anfahrtsweg	8	6,5	1	7,7	9	6,6
Günstigere Öffnungszeiten	1	0,8	2	15,4	3	2,2
Besser zu finden	0	0	1	7,7	1	0,7
Sonstiges	32	26	4	30,8	36	26,5

\* Keine Angabe: n=45

Auf die Frage, welche Bedingungen erfüllt sein müssten, damit sie in Zukunft die Nutzung eines PSP in Betracht ziehen, haben weniger als die Hälfte der Nichtnutzerinnen geantwortet (Tabelle 40:). Von diesen gaben, im Einklang mit den oben dargestellten Ergebnissen, die Hälfte der Nichtnutzerinnen an, dieses im Falle eines zukünftigen Bedarfs tun zu wollen. Ein deutlich geringerer Teil (14%) würde dieses im Fall eines näher am Wohnort gelegenen PSP tun. Immerhin 11% gaben an mehr Informationen über PSP zu benötigen.

**Tabelle 40: Bedingungen für zukünftige PSP-Nutzung**

	PB (n=144)		HB (n=33)		Gesamt (n=177*)	
	n	%	n	%	n	%
Bedarf / Änderung der Versorgungssituation	65	45,1	23	69,7	88	49,7
Wohnortnähe	18	12,5	7	21,2	25	14,1
Mehr Informationen	18	12,5	2	6,1	20	11,3
Werde noch zum PSP gehen	10	6,9	0	0	10	5,6
Verbesserung des Gesundheitszustands	8	5,6	1	3,0	9	5,1
Kundenorientierter	8	5,6	0	0	8	4,5
Sonstiges	17	11,8	0	0	17	9,6

\* Keine Angabe: n=276

### 6.3.2.3 Vergleichende bzw. übergreifende Ergebnisse

#### 6.3.2.3.1 Geplante und tatsächliche Nutzung

In der Tabelle 41: werden die Antworten zur geplanten Nutzung aus der ersten Befragungswelle mit denen der tatsächlichen Nutzung aus der zweiten Befragungswelle kontrastiert. Es zeigt sich, dass nur 27% der Responder (81 von 305), die eine Nutzung geplant hatten, diese während des Befragungszeitraumes tatsächlich realisiert hatten. Hier gab es keine Unterschiede bzgl. HB bzw. PB.

**Tabelle 41: Geplante und tatsächliche Nutzung**

		Haben Sie sich an einen PSP gewandt?					
		PB (n=430)		HB (n=95)		Gesamt (n=525*)	
Werden Sie das Angebot der PSP nutzen?		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
	Ja (n=386)	65	237	16	68	81	305
	Nein (n=139)	6	122	0	11	6	133
	Gesamt (n=525)	71	359	16	79	87	438

\* keine Angabe: n=18

#### 6.3.2.4 Prädiktoren für die Inanspruchnahme von PSP

Der Prädiktor „Alter“ erweist sich in der Regressionsanalyse als ohne jeden Einfluss ( $p=0,92$ ) für die Inanspruchnahme von PSP.

Die Tabelle 42: zeigt die Ergebnisse der Analyse für weitere mögliche Prädiktoren.

Lediglich die „Wohnsituation“ sowie der „selbstberichtete Hilfebedarf“ zeigt einen statistisch signifikanten Einfluss auf das Kriterium „Inanspruchnahme von PSP“ ( $p=0,008$  bzw.  $p=0,012$ ). Im Verhältnis werden PSP von alleine lebenden PB bzw. HB und solchen ohne Hilfebedarf seltener in Anspruch genommen. Laut Phi-Koeffizient werden hierdurch 13,6% bzw. 12% aufgeklärt.

**Tabelle 42: Prädiktoren für die Inanspruchnahme**

Prädiktor	Ausprägungen	Pearson Chi <sup>2</sup>	p-Wert
Selbständige Bearbeitung des Fragebogens (Welle 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen selbst bearbeitet</li> <li>• Bearbeitung durch Dritte</li> </ul>	4,9	0,089
Beratungsanliegen: Vermeidung von Heimeinzug	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> </ul>	0,27	0,16
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiblich</li> <li>• Männlich</li> </ul>	0,36	0,21
Hauptsprache	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsch</li> <li>• Andere</li> </ul>	0,05	0,82
Schulabschluss HB/PB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitur</li> <li>• Realschule</li> <li>• Hauptschule</li> <li>• Keiner</li> </ul>	1,25	0,74
Pflegestufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegestufe 0</li> <li>• Pflegestufe 1</li> <li>• Pflegestufe 2</li> <li>• Pflegestufe 3/3+</li> </ul>	3,22	0,35
Wohnsituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allein lebend</li> <li>• Nicht allein lebend</li> </ul>	7,1	0,008
Selbst berichteter Hilfebedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> </ul>	6,3	0,012
Schulabschluss Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitur</li> <li>• Realschule</li> <li>• Hauptschule</li> <li>• Keiner</li> </ul>	2,8	0,42
Selbst berichteter Pflegebedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> </ul>	0,1	0,78
Selbständige Bearbeitung des Fragebogens (Welle 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen selbst bearbeitet</li> <li>• Bearbeitung durch Dritte</li> </ul>	2,1	0,35

### 6.3.3 Zusammenfassung Ergebnisse Teilstudie 2

Die Teilstudie 2 sollte Hinweise liefern, ob

- das Potenzial für die PSP ausgeschöpft ist und ob
- nach der Startphase und nach einer Kurzinformation potenzieller Nutzerinnen über die PSP mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen ist.

Weiterhin galt es zu untersuchen, aus welchem Grund und mit welchen Erwartungen und Fragen sich Nutzerinnen an die PSP wenden sowie (potenzielle) Barrieren der Nutzung und die Bewertung der PSP zu erfassen.

Für die erste Befragung wurden 1.876 potenziell Pflegebedürftige und 211 potenziell Hilfebedürftige angeschrieben. Geantwortet haben 603 bzw. 125 Personen (Rücklaufquote 35%).

In der Mehrzahl der Fälle (58%) wurde der Bogen von Angehörigen der potenziellen Nutzerinnen ausgefüllt. Deutlich mehr als die Hälfte der Angeschriebenen hatte vor der Befragung noch nie von einem PSP gehört. Nach der Information gaben fast drei Viertel der Befragten an, zukünftig einen PSP nutzen zu wollen, in der Regel jedoch nicht innerhalb der nächsten Wochen bzw. Monate. Die erste Kontaktaufnahme sollte bevorzugt

telefonisch erfolgen, während es für weitere Kontakte ähnliche Präferenzen sowohl für telefonische Kontakte als auch für persönliche Besuche in der Häuslichkeit berichtet wurden. Hauptanliegen an die Beratung im PSP war die Vermeidung eines Heimeinzugs. Weiterhin standen Fragen zur „ergänzenden Versorgung“ wie zu Haushaltshilfen und Fahrdiensten im Vordergrund. Fragen zu Pflege und Medizin bzw. Krankheiten wurden seltener genannt.

In der zweiten Welle wurden drei Monate nach der ersten Befragung die 721 Personen erneut angeschrieben, die geantwortet hatten. Es antworteten in der zweiten Befragungswelle 543 Personen (Rücklaufquote 75%). Das Verhältnis der antwortenden Personen ist vergleichbar mit dem der ersten Befragungswelle. Wiederum haben in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (59%) Angehörige geantwortet. Von den 543 Personen, die in der 2. Befragungswelle geantwortet haben, hatten lediglich 90 Personen (17%) in der Zwischenzeit mindestens einmal Kontakt zu einem PSP. Die Mehrzahl der Kontakte erfolgte am Telefon. Bei den Beratungsthemen standen Pflege Themen wie Pflegestufen und Pflegedienste sowie Themen der „ergänzenden Versorgung“ im Vordergrund. Die Vermeidung eines Heimeinzugs war hingegen nur bei 15% der Befragten thematisiert worden. Die Antworten zur Bewertung der PSP und deren Leistungen waren prinzipiell sehr positiv in Bezug auf die Erfüllung der Erwartungen, die Zufriedenheit mit den Leistungen, die Infrastruktur sowie die Beratungsgestaltung.

Nichtnutzerinnen gaben als Hauptgrund an, dass sie bislang keinen Bedarf hatten. Analog wurde als wichtigste Bedingung für die zukünftige Nutzung die Entstehung eines Bedarfs bzw. die Änderung der Versorgungssituation angegeben. Wenn alternative Angebote genutzt wurden, so waren dies in der Regel Pflegedienste.

Bezüglich der oben genannten Hypothesen kann festgehalten werden:

- Deutlich weniger der Befragten als erwartet haben einen PSP tatsächlich kontaktiert.
- Es ist unklar, ob die Zusendung der gezielten Information zu einer Steigerung der Inanspruchnahme geführt hat. Angesichts der hohen Zahl der Befragten, die noch nichts von einem PSP gehört hatte und derer, die beabsichtigen einen PSP zu nutzen, erscheint dies jedoch wahrscheinlich.
- Wie erwartet standen weniger Themen der (psycho-)sozialen Unterstützung und fachlichen Beratung im Vordergrund der Beratung. Es wurden tendenziell eher Beratungsleistungen bzgl. finanzieller Hilfe sowie Hilfsmittelversorgung nachgefragt.
- Die Hypothese, dass die Nutzer zumeist persönliche Beratungen im PSP wünschen bzw. wählen, was für eine kleinräumigere Ansiedlung der PSP spräche, kann nicht bestätigt werden. Zwar wünschen und wählen (potenzielle) Nutzerinnen häufig eine persönliche Beratung im PSP, jedoch werden telefonische Beratungen und Beratungen in der Häuslichkeit bevorzugt.
- Es zeigt sich wie erwartet, dass die meisten Nutzer sich zufrieden mit den Leistungen der PSP zeigen.
- Ebenso werden die Leistungen der PSP eher von Angehörigen in Anspruch genommen.

Diese Aspekte liefern Hinweise für die Beantwortung der am Anfang genannten zentralen Fragestellungen, welche im Abschnitt 7 vertieft betrachtet werden.

## 7 Zusammenfassende Ergebnisse und Diskussion

### 7.1 Einleitung

Für die Beantwortung der Untersuchungsfragen nach den in den PSP vorzuhaltenden Kapazitäten und ihrer Lokalisation sowie der Einschätzung zur Entwicklung der Nachfrage, haben wir unterschiedliche Perspektiven einbezogen. Durch Analysen der Erstkontakte, der Falldokumentationen und der Dokumentation von Zeitanteilen wurden die Tätigkeiten der PSP-Mitarbeiterinnen erfasst und im zeitlichen Verlauf analysiert. Ergänzend wurde die Mitarbeiterperspektive sowie die ausgewählter potenzieller Kooperationspartner mit Hilfe von Experten-Interviews und Gesprächsrunden untersucht. Die Nutzerperspektive wurde durch eine Versichertenbefragung (Pflegebedürftige) in zwei Wellen im Abstand von 3 Monaten erhoben und durch eine analoge Befragung von hilfsbedürftigen Personen ergänzt.

Aus den Daten der Erstkontaktstatistik sowie bestimmten Ergebnissen der TS 2 zur geplanten und tatsächlichen Inanspruchnahme der PSP durch die Nutzer wurde versucht, eine Annäherung an eine Berechnung des potenziellen Beratungsbedarfs von PSP umzusetzen. Der Begriff *Annäherung* muss in diesem Zusammenhang betont werden, denn konkrete Angaben zum weiteren Beratungsbedarf sind durch verschiedene Aspekte nur begrenzt möglich. Wichtige Limitierungen dieser Studie wurden bereits im Zusammenhang mit den einzelnen Teilstudien ausführlich beschrieben und haben in den einzelnen PSP in unterschiedlicher Weise die Arbeit beeinträchtigt.

Wichtige organisatorische Einschränkungen, die die Arbeit der PSP zu Beginn beeinflusst haben waren u.a. technische Probleme bei der Einführung der Dokumentationssysteme sowie Probleme bei der Erreichbarkeit durch fehlende Anrufbeantworter. Auch auf Mitarbeiterinnenebene gab es verschiedene Limitierungen. Nicht alle Mitarbeiterinnen konnten rechtzeitig und ausreichend für die Anwendung der Dokumentationsbögen geschult werden, die Mitarbeiterinnen wurden nicht unter dem Aspekt der Stimmigkeit im Team eingestellt, so dass es Zusammenarbeitsprobleme gab, die unterschiedlichen beruflichen Hintergründe werden als sich ergänzend und damit positiv eingeschätzt, jedoch wurden erforderliche Zusatzqualifikationen bisher nur den Kassenmitarbeiterinnen angeboten und auch von diesen in Anspruch genommen. Darüber hinaus gab es durch die Schulungen erhebliche Ausfallzeiten in den PSP. Weitere personalbezogene Faktoren waren Personalwechsel, z.B. durch Rückkehr von Mitarbeiterinnen in die Krankenkassen, die Tatsache, dass es mehr als einen Arbeitgeber sowie fehlende Arbeitsplatzbeschreibungen und ungeklärte Arbeitsteilungen für die Mitarbeiter im Team gab. Es existierten zum Teil keine klaren Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der bezirklichen Seniorenberatung sowie unterschiedliche Akzeptanz und Unterstützung im Bezirksamt.

All diese Anlaufschwierigkeiten führen dazu, dass die PSP immer noch in der Aufbauphase sind, sich viele Dinge noch einspielen oder auch neu geregelt werden müssen, ehe man davon sprechen kann, dass sich die Arbeit einer Regelversorgung annähert.

Die Limitierungen der TS 2 sind eher methodischer Natur. So wurde durch die Rekrutierung von potenziell Pflegebedürftigen über Pflegekassen und von potenziell Hilfebedürftigen über Seniorentreffs eventuell nur eine Auswahl an potenziellen Nutzerinnen erreicht. Die Art der Befragung führte zu einer vergleichsweise niedrigen Rücklaufquote, die die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich einschränkt. Die auf Grund der Projektlaufzeit vorgegebene kurze Zeit zwischen erster und zweiter Befragung führte evtl. dazu, dass spätere Nutzungen der PSP nicht erfasst wurden. Dennoch erscheinen

angesichts der letztlich zufrieden stellenden Rücklaufquote bei der zweiten Befragung sowie der Stichprobe von mehr als 500 potenziellen Nutzerinnen, möglich zu sein wichtige Aussagen aus den Ergebnissen ableitbar.

Auch wenn aufgrund der Einschränkungen keine exakte Bedarfsberechnung geliefert werden kann, so können durch die Ergebnisse der Teilstudien durchaus Aussagen zu den Kapazitäten, zur Nachfrage, zum ausgeschöpften Potenzial der PSP sowie deren Lokalisation gemacht werden. Diese sollen in den folgenden Kapiteln vorgestellt werden.

## 7.2 Potenzial der PSP

### 7.2.1 Annäherung Bedarfsberechnungsmodell

Das folgende Modell ist der Versuch, sich dem potenziellen Beratungsbedarf von Pflegestützpunkten anzunähern. Es wurde in enger Absprache mit dem Auftraggeber (BSG) entwickelt. Den Bedarf an Beratung exakt zu quantifizieren ist derzeit und aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht möglich. Einerseits ist die Erhebungsphase, in der die Daten ermittelt wurden, gleichzeitig die Aufbauphase der PSP. Es wurde bereits beschrieben, wie viele Probleme sich bei einem solch innovativen Modell zu Anfang zeigen, die Ressourcen binden und daher noch nicht der Arbeitsablauf einer Regelversorgung erreicht ist. Andererseits gibt es viele unbekannte Variablen, die entweder nicht vorliegen oder im Rahmen dieser Studie nicht einbezogen werden können. So fehlt z.B. allgemein die Grundlage für Aussagen zur „Grundgesamtheit“ an potenziell Ratsuchenden, da der Anteil an hilfe- und pflegebedürftigen Personen, die bereits informiert sind im Vergleich zu der Gruppe, die noch Beratungsbedarf hat, sich nicht feststellen lässt. Außerdem gibt es bspw. weitere Beratungseinrichtungen, die Pflegeberatung anbieten (z.B. Pflegedienste). Das Ausmaß der hier geleisteten Beratung ist nicht bekannt, ebenso wenig wie die Zahl der durch diese Einrichtungen erreichten Ratsuchenden. Eine genaue Bedarfseinschätzung ist demnach im Rahmen dieser Studie nicht leistbar.

Um diese zu erreichen, soll in einem ersten Schritt das Verhältnis von Inanspruchnahme gemessen durch die erfolgten Erstkontakten zu dem angenommenen Gesamtbedarf der Pflegestützpunkte kartografisch dargestellt werden.

Dabei greifen wir auf die erfassten Stadtteile aus der Erstkontaktstatistik zurück, da dies die einzige verfügbare Ortsangabe aus den Daten ist und somit die Inanspruchnahme nach Stadtteilen untersucht werden kann. Obwohl es sich bei den Ortsangaben um den Stadtteil der Hilfe- und Pflegebedürftigen handelt, und nicht um den Wohnort der Kontaktpersonen, also ggf. Pflegepersonen oder Bezugspersonen, wenn diese die ratsuchenden Personen sind, gehen wir davon aus, dass diese Daten dennoch zeigen, in welchen Stadtteilen mit welcher Inanspruchnahme zu rechnen ist. Die Wohnorte der Kontaktpersonen wurden nicht erfasst, so dass eine genauere Zuordnung nicht möglich ist.

Da davon auszugehen ist, dass je nach Einwohnerzahl pro Stadtteil die Anzahl der Erstkontakte variiert, wurde für jeden Stadtteil der potenzielle *Bedarfsbedarf* berechnet. Damit kann die Anzahl an Erstkontakten pro Stadtteil ins Verhältnis zum potenziellen Bedarf gesetzt werden und ermöglicht somit eine Vergleichbarkeit der Stadtteile untereinander.

Der *Bedarf* wird definiert durch die Anzahl an hilfe- und pflegebedürftigen Erwachsenen (21 Jahre oder älter), die in einem Stadtteil wohnen. Der Anteil an pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung Hamburgs lässt sich aus der Pflegestatistik ermitteln. Hier liegen die Daten nur in aggregierter Form für *Gesamthamburg* vor und

wurden entsprechend auf jeden Stadtteil umgerechnet. Bei der Einschätzung des Anteils an hilfebedürftigen Personen diente die MuG III Studie als Grundlage (Schneekloth & Wahl 2005).

Um den Bedarf pro Stadtteil genau zu ermitteln, wurde der Anteil an Hilfe- und Pflegebedürftigen separat für die Altersgruppen 0-20, 21-64 und 65+ pro Stadtteil ermittelt<sup>11</sup>, da sich das Verhältnis von Hilfe- und Pflegebedürftigen zur Gesamtbevölkerung zwischen diesen Altersgruppen deutlich unterscheidet. Zusätzlich wurden – aufgrund stationärer Versorgungsschwerpunkte in bestimmten Hamburger Stadtteilen – die Heimbewohner aus der Gruppe der pflegebedürftigen 65+ Jährigen herausgenommen, um so eine systematische Verzerrung zwischen Stadtteilen zu minimieren<sup>12</sup>.

Abschließend wurden die Zahlen der Hilfe- und Pflegebedürftigen in den Altersgruppen 21-64 und 65+ zusammengefasst und bilden den (hypothetischen) Bedarf ab.

Auf der Ebene von *Gesamthamburg* ist eine Vergleichbarkeit der Stadtteile und des Verhältnisses von Erstkontakten und Bedarf nicht möglich, da jeder PSP unterschiedliche Laufzeiten hat. Es ist demnach zu erwarten, dass Pflegestützpunkte, die deutlich später eröffnet wurden, somit automatisch weniger Erstkontakte in den Stadtteilen ihres Bezirks haben. Daher wird der Stadtteilvergleich immer nur auf Bezirksebene durchgeführt. Da die Pflegestützpunkte teilweise auch Bezirksgrenzen übergreifend gearbeitet haben, ist die Anzahl an Erstkontakten aus einem Stadtteil nicht immer identisch mit der Anzahl an Erstkontakten eines bestimmten Pflegestützpunktes aus diesem Stadtteil (bspw. haben sowohl PSP Mitte als auch PSP Altona Erstkontakte aus Altona-Altstadt). Das heißt, dass die Verzerrung, die aufgrund unterschiedlicher Laufzeiten entsteht, nicht vollständig ausgeschlossen ist, wenn man den Stadtteilvergleich nur auf die Bezirksebene eingrenzt.

Aus diesem Grund gibt es Karten mit zwei unterschiedlichen Referenzpunkten bei der Darstellung des Verhältnisses von Erstkontakten zum Bedarf:

1. Zum einen der Referenzpunkt „Bezirk“, d.h. in diesem Fall werden alle Erstkontakte eines Stadtteils ins Verhältnis zum Bedarf dieses Stadtteils gesetzt, unabhängig davon, ob der Erstkontakt auch aus dem für den Bezirk zuständigen Pflegestützpunkt kommt oder von Pflegestützpunkten anderer Bezirke.
2. Zum anderen der Referenzpunkt „Pflegestützpunkt“, d.h. hier werden alle Erstkontakte eines Stadtteils, die von dem jeweiligen Pflegestützpunkt stammen, ins Verhältnis zum Bedarf des Stadtteils gesetzt.

### **Korrektur von Ausreißern: Zusammenlegung von Stadtteilen**

Einige Stadtteile weisen sehr geringe Einwohnerzahlen auf. Entsprechend gering ist der erwartete Bedarf. Dadurch ändert sich das Verhältnis zwischen Erstkontakten und Bedarf unverhältnismäßig stark, wenn die Anzahl an Erstkontakten nur gering steigt, während dieselbe Anzahl an zusätzlichen Erstkontakten in bevölkerungsreicheren Stadtteilen kaum einen Einfluss hat. Um diese systematische Verzerrung zu minimieren, wurden bestimmte

---

<sup>11</sup> Für die Gruppe der Hilfebedürftigen liegt nur die Unterteilung in die Altersgruppen 0-15, 16-64 und 65+ vor, so dass bei der Berechnung der hilfebedürftigen Erwachsenen auch hilfebedürftige Jugendliche im Alter von 16-20 enthalten sind. Die Fallzahlen sind jedoch so gering, dass diese Verzerrung vernachlässigt werden kann.

<sup>12</sup> Diesem Vorgehen widerspricht zwar das Argument, dass es auch eine nicht unerhebliche Zahl von Anfragen in Pflegestützpunkten gibt, bei denen die Pflegebedürftigen bereits stationär versorgt werden. Die Verzerrung zwischen den Stadtteilen wäre jedoch größer, wenn die Heimbewohner in der Berechnungsgrundlage enthalten blieben.

Stadtteile zusammengelegt, so dass eine Mindestanzahl von ca. 800-1.000 Einwohnern pro Stadtteil(-einheit) gegeben ist und Ausreißer vermieden werden können. Die Zusammenlegung der Stadtteile erfolgte anhand regionaler und struktureller Ähnlichkeiten. Bei zusammengelegten Stadtteilen ist in der Karte die gemeinsame Stadtteilgrenze entfernt, so dass diese optisch zu einer Einheit verschmelzen.<sup>13</sup>

### **Kartografische Darstellung des Verhältnisses von Erstkontakten zum Bedarf**

Zur Unterscheidung der Stadtteile / Stadtteileinheiten nach Grad der Inanspruchnahme wurden sie in drei Gruppen eingeteilt. Sie wurden für jeden PSP bzw. Bezirk separat berechnet. Grundlage war die Spannweite von 0 bis zum maximalen Wert des Verhältnisses von Erstkontakten und Bedarf eines Stadtteils. Diese Spannweite wurde durch drei geteilt. Da als untere Grenzen zur Berechnung der Gruppeneinteilung „0“ (und nicht das niedrigste Verhältnis von Erstkontakten zu Bedarf) verwendet wurde, ist es möglich, dass es keine Gruppen mit einem niedrigen Verhältnis von Erstkontakten zu Bedarf gibt (z.B. Nord).

---

<sup>13</sup> Die genauen Zahlen und Informationen zu den zusammengelegten Stadtteilen sind dem Anhang zu entnehmen.



**Tabelle 43: Berechnungsbeispiel für den Bezirk Nord**

Stadtteil	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf	Gruppe
Hoheluft-Ost	394	9	2,28	
Eppendorf	1052	73	6,94	
<b>Gesamt</b>	<b>1446</b>	<b>82</b>	<b>5,67</b>	3
Groß Borstel	429	15	3,5	
Alsterdorf	648	28	4,32	
<b>Gesamt</b>	<b>1077</b>	<b>43</b>	<b>3,99</b>	3
Winterhude	2136	60	2,81	
<b>Gesamt</b>	<b>2136</b>	<b>60</b>	<b>2,81</b>	2
Uhlenhorst	804	24	2,99	
Hohenfelde	403	13	3,23	
<b>Gesamt</b>	<b>1207</b>	<b>37</b>	<b>3,07</b>	2
Barmbek-Süd	1418	43	3,03	
<b>Gesamt</b>	<b>1418</b>	<b>43</b>	<b>3,03</b>	2
Dulsberg	676	25	3,7	
Barmbek-Nord	1669	75	4,49	
<b>Gesamt</b>	<b>2345</b>	<b>100</b>	<b>4,26</b>	3
Ohlsdorf	688	9	1,31	
Fuhlsbüttel	617	22	3,57	
<b>Gesamt</b>	<b>1305</b>	<b>31</b>	<b>2,38</b>	2
Langenhorn	2163	64	2,96	
<b>Gesamt</b>	<b>2163</b>	<b>64</b>	<b>2,96</b>	2
Niedrig (1)				0 – 1,9
Mittel (2)				2,0 – 3,8
Hoch (3)				3,9 – 5,7

Für die folgenden Karten ist diese Legende durchgehend gültig:

- (rot) = niedrige Inanspruchnahme
- (gelb) = mittlere Inanspruchnahme
- (grün) = hohe Inanspruchnahme

## Altona

Abbildung 39: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Altona (PSP übergreifend)



Abbildung 40: PSP Altona: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)



## Bergedorf

Abbildung 41: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Bergedorf (PSP übergreifend)



Abbildung 42: PSP Bergedorf: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)



### Eimsbüttel

Abbildung 43: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Eimsbüttel (PSP übergreifend)



Abbildung 44: PSP Eimsbüttel: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)



Harburg

Abbildung 45: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Harburg (PSP übergreifend)



Abbildung 46: PSP Harburg: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)

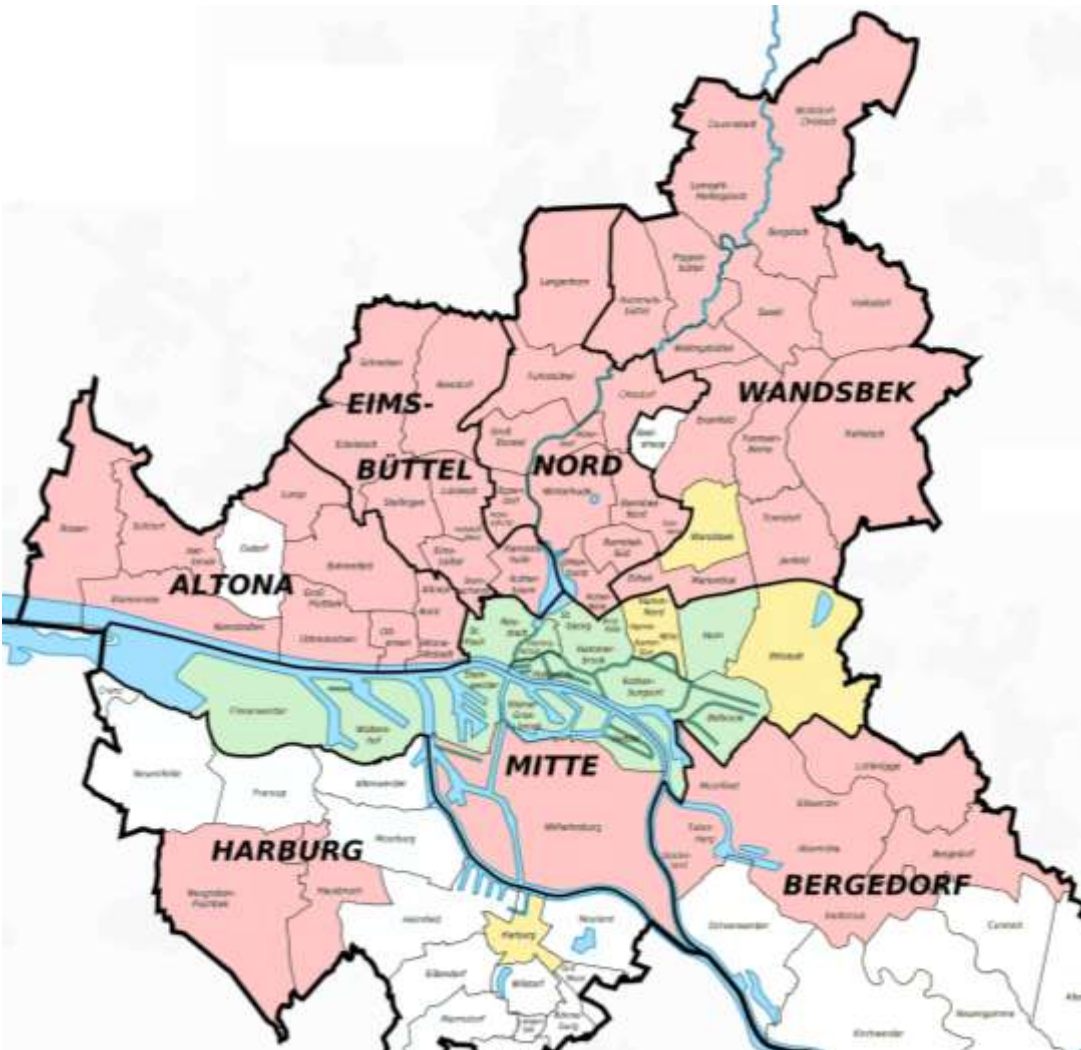


## Mitte

Abbildung 47: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Mitte (PSP übergreifend)



Abbildung 48: PSP Mitte: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)



## Nord

Abbildung 49: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Nord (PSP übergreifend)



Abbildung 50: PSP Nord: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)



## Wandsbek

Abbildung 51: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Wandsbek (PSP  
übergreifend)





Abbildung 52: PSP Rahlstedt: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)



Abbildung 53: PSP Wandsbek-Markt: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)



## K+J

Abbildung 54: PSP K+J: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf (Hamburg weit)\*



\* Aufgrund der geringeren Fallzahlen des PSP K+J einerseits (die sich zudem auf alle Hamburger Bezirke und Stadtteile verteilen) sowie dem geringeren Bedarf an hilfe- und pflegebedürftigen Kindern (im Vergleich zur Anzahl an HB/PB Erwachsenen) andererseits ist die Karte vom PSP K+J nur schwer zu interpretieren. Bereits minimale Änderungen der Erstkontakte würden zu deutlichen Veränderungen des Verhältnisses von Erstkontakten zu Bedarf führen, so dass leicht statistische Verzerrungen möglich sind.

## Gesamthamburg

Abbildung 55: Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf in allen Bezirken (PSP übergreifend)\*



\* Diese Karte fasst alle sieben Bezirkskarten zusammen und stellt sie als eine Gesamthamburgkarte dar. Die errechneten Verhältnisse von Erstkontakten zum Bedarf in den jeweiligen Stadtteilen sind damit immer bezogen auf den entsprechenden Bezirk.

### 7.2.2 Allgemeine Zusammenfassung der Karten

An dieser Stelle ist noch einmal anzumerken, dass sich aus den dargestellten Karten und den ihnen zugrunde liegenden Tabellen (siehe Anhang) weder ein exakter Bedarf noch der genaue Anteil des bereits abgedeckten Bedarfs ableiten lässt. Vielmehr soll gezeigt werden, wie sich in den Stadtteilen das Verhältnis von Erstkontakten zu einem vermuteten Bedarf darstellt und somit eine gewisse Vergleichbarkeit der Stadtteile (eines Bezirks) untereinander hergestellt wird.

## **Perspektive auf die Bezirke**

Bei Betrachtung der Bezirkskarten fällt auf, dass es durchaus Stadtteile gibt, aus denen anteilig weniger Erstkontakte verzeichnet wurden als erwartet. Die Bezirke Wandsbek und Harburg sind hier besonders auffällig, denn hier konzentrieren sich die meisten Erstkontakte in den Stadtteilen, in denen auch die PSP verortet sind. Aus anderen Stadtteilen sind vergleichsweise deutlich weniger Anfragen an den PSP gekommen. Die Tendenz, dass die PSP „Ballungsgebiete“ im Hinblick auf Erstkontaktforderungen (im Verhältnis zum Bedarf) sind, gilt jedoch für alle Bezirke. Jedoch werden bspw. in den Bezirken Bergedorf, Mitte oder Nord durchaus auch Bedürftige aus anderen Stadtteilen erreicht. Insgesamt lässt sich sagen, dass in vielen Stadtteilen noch mehr potenzieller Beratungsbedarf vermutet werden kann, der noch nicht durch die PSP abgedeckt und somit deren Potenzial noch längst nicht ausgeschöpft ist.

## **Perspektive auf die PSP**

Betrachtet man das Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf aus Perspektive der PSP (d.h. hier werden nur die Erstkontakte eines bestimmten PSP gezählt, diese aber auch dann, wenn sie aus anderen Bezirken stammen), fallen vier PSP insofern besonders auf, weil sich hier das beste Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf nur in den Stadtteilen zeigt, in denen die PSP direkt verortet sind: PSP Harburg, PSP Nord, PSP Rahlstedt und PSP Wandsbek-Markt. Während bei den PSP Harburg, Rahlstedt und Wandsbek-Markt offenbar noch deutlich mehr Potenzial besteht, Bedürftige aus anderen Stadtteilen zu erreichen, so lässt sich beim PSP Nord hingegen feststellen, dass sich zumindest in den anderen Stadtteilen des Bezirks ein akzeptables Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf zeigt.

In den PSP Altona, Bergedorf und Eimsbüttel werden außer den Stadtteilen, in denen die PSP liegen, auch noch andere Stadtteile offenbar ähnlich gut erreicht. Beim PSP Altona verwundert jedoch die ungewöhnliche „Ausbreitung“ der Stadtteile mit hoher, mittlerer und niedriger Inanspruchnahme. Man würde eher eine konzentrische Ausbreitung bzw. Abnahme des Verhältnisses von Erstkontakten zum Bedarf, ausgehend vom Stadtteil, in dem der PSP liegt, vermuten. Dies ist beim PSP Altona jedoch nicht der Fall.

Auffällig ist der PSP Mitte, der offenbar schon in vielen Stadtteilen des Bezirks ein gutes Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf herstellen konnte.

## **Fazit und Bedeutung für den zukünftigen Bedarf**

Generell ist zu sagen, dass ein gutes Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf noch keine Aussage über den erreichten Abdeckungsgrad eines möglichen Beratungsbedarfs zulässt, da die Berechnungsgrundlage immer von der maximalen Anzahl an Erstkontakten eines PSP ausging. So hat bspw. Rahlstedt die weitaus meisten Erstkontakte, was allein aus der kartografischen Darstellung nicht ersichtlich wird. Ablesen lässt sich aus den Karten jedoch, ob – vor dem Hintergrund aktueller Daten – in den verschiedenen Stadtteilen noch mehr Bedürftige erreicht werden könnten und ob damit das Potenzial der PSP noch erhöht werden kann. Dies ist eindeutig zu bejahen. Die PSP haben in Kooperation mit allen Verantwortlichen theoretisch die Möglichkeit, z.B. durch Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit oder Überleitung aus der Aufbauphase in eine Regelversorgung usw. noch mehr potenziellen Beratungsbedarf abzudecken und noch mehr bedürftige Personen als bisher zu erreichen.

Neben der Betrachtung der kartografischen Darstellung der Ergebnisse der TS1 liefern die Ergebnisse der Nutzerinnenbefragung (TS 2) weitere Hinweise für die Annäherung an die Einschätzung des zu erwartenden Bedarfs sowie der Auslastung der PSP. Werden in

einem zweiten Schritt die Ergebnisse aus den Befragungen hinzugezogen, so lässt sich grob schätzen inwieweit der Bedarf bereits durch die einzelnen PSP gedeckt wird. In der zweiten Befragungswelle der TS2 hatten 17% der Befragten seit der ersten Befragung und nach einer kurzen Information Kontakt zu einem PSP aufgenommen. Nimmt man diesen Wert als grobe Annäherung an die zu erwartenden potenziellen Nutzerinnen, die nach einer Information kurzfristig einen PSP nutzen, so zeigt sich, dass die Mehrzahl der PSP diese Quote bislang nicht erreicht hat. In den meisten PSP wird ein Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf von 1:10 (10%) bis 1:20 (5%) in den Stadtteilen erreicht. Lediglich die PSP Rahlstedt und Mitte liegen in einigen Stadtteilen bei einer dem Ergebnis der Befragung ähnlichen Quote mit teilweise 15-18%. Es ist also davon auszugehen, dass die Anzahl der Kontakte in Zukunft in vielen Stadtteilen nach erfolgter Information noch steigen wird. Zieht man darüber hinaus in Betracht, dass immerhin drei Viertel der Befragten angeben in Zukunft einen PSP nutzen zu wollen, so lässt sich eine weitere relevante Anzahl an Nutzerinnen erwarten. Es deutet nichts auf eine schnelle Sättigung des Bedarfs hin.

### **7.3 Kapazitäten und Nachfrage**

Die Ergebnisse zeigen, dass die einzelnen PSP sich sehr unterschiedlich entwickelt haben. Zu berücksichtigen sind natürlich die unterschiedlichen Laufzeiten von 5 Monaten bis 14 Monaten. Sicherlich konnten die später eröffneten PSP schon von den Erfahrungen der älteren PSP profitieren, so dass möglicherweise die Startphase hier leichter war.

Die Anforderung an die PSP auf der einen Seite Information, Beratung und Begleitung anzubieten und auf der anderen Seite klientenübergreifende Aktivitäten wahrzunehmen (Care-Management) wird von allen PSP realisiert, allerdings in unterschiedlicher Arbeitsteilung zwischen den Mitarbeiterinnen. Die Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements auf Grundlage des erarbeiteten Konzeptes ist noch im Aufbau. Aus den vorliegenden Daten lässt sich noch nicht ableiten, welche Kapazitäten dadurch gebunden werden. Auf jeden Fall wird auch hier in der Anfangsphase der Umsetzung zusätzliche Zeit benötigt. Allerdings sollte Ziel sein, im Verlauf auch Kapazitäten freizusetzen durch bessere Einbindung der Freiwilligen. In einem früheren Projekt zum Case und Care Management in Hamburg konnte gezeigt werden, dass die professionellen Beraterinnen Aufgaben wahrnehmen, die sich an Freiwillige abgeben lassen (Döhner et al. 2002). Dazu muss z.B. eine gute Kooperation mit den Freiwilligenzentren und Einrichtungen der Selbsthilfeorganisationen aufgebaut und die Begleitung dieser entlastenden oder ergänzenden Tätigkeiten gesichert werden.

Die für die Nachfrage notwendige Öffentlichkeitsarbeit wurde – neben der Umsetzung des für gesamt Hamburg erarbeiteten Konzeptes – mit unterschiedlichen Formen, für unterschiedliche Zielgruppen und mit unterschiedlichem Erfolg, gemessen an der Akzeptanz (Interesse bei Bürgern an Flyern, Interesse bei Gesundheits-, Pflege- und Sozialdiensten an Informationsgesprächen oder Bereitschaft der lokalen Zeitungen) durchgeführt. Zum Teil fehlten die Ressourcen, so dass keine Flyer mehr verteilt oder andere Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt werden konnten.

Die Teilnahme an Veranstaltungen und bei Arbeitskreisen ist überall gegeben, aber eine Koordinationsrolle bei der Vernetzung im Stadtteil ist nicht realisiert und wird auch nicht unbedingt gewünscht. Hier scheint für die PSP-Mitarbeiterinnen noch Unklarheit hinsichtlich der Erwartungen von Seiten der Verantwortlichen zu bestehen und auch zur Absprache mit den potenziellen Kooperationspartnern. Die von uns befragten Anbieter sehen hier ein Defizit in den Stadtteilen und würden sich diese Aufgabe bei den PSP wünschen. Die Gesundheits- und Pflegekonferenzen scheinen ihre Schwerpunkte anders gelegt zu haben, so dass hier keine Konkurrenz gesehen wurde.

Wie zu erwarten und aus anderen Untersuchungen bekannt (Garms-Homolová 1996), zeigte sich besonders in der Startphase der PSP eine Skepsis insbesondere bei den ambulanten Pflegediensten, die durch diese Einrichtungen Konkurrenz in der Beratung befürchten. Für sie ist Beratung gleichzeitig eine potenzielle Möglichkeit der Klientenrekutierung. Die Mitarbeiterinneninterviews zeigen jedoch, dass bei kollegialem Zugang auf die Pflegedienste und guter Information auch eine gute Zusammenarbeit möglich wird. Die Information der Ärzte, die Zusammenarbeit mit ihnen und die Weiterempfehlung ihrer Patienten an die PSP zeigen sich als Problem, obgleich sie sich durch die PSP entlasten könnten. Hier muss noch nach neuen Wegen gesucht werden, insbesondere auch wie im Rahmen des Case Managements der PSP-Mitarbeiterinnen die Kooperation zwischen allen beteiligten Dienstleistern verbessert werden kann (Kofahl et al 2004).

Die konzeptionelle Anforderung an PSP, durch Bündelung ihrer Erfahrungen mit Klientinnen und Gesundheits-, Pflege- und Sozialdiensten im Sinne von Hinweisen auf Über- und Unterkapazitäten sowie Kenntnis der Angebote in der Region (Döhner et al. 2002) einen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Versorgungsstruktur zu haben (Büscher & Schaeffer 2009), bleibt noch eine Zukunftsaufgabe. Die Sozialplanung von Hamburg könnte und sollte daraus Erkenntnisse gewinnen, indem sie darauf achtet, dass dieses Potenzial z.B. in die zukünftige Rahmenplanung einfließt. Ein Qualitätssicherungskonzept muss die Balance zwischen Einzelfallarbeit und Strukturarbeit im Auge haben. Aus Untersuchungen anderer Beratungsstellen ist das Problem bekannt, dass bei steigender Nachfrage durch Ratsuchende, die Aufgaben des Care Managements in Gefahr geraten vernachlässigt zu werden. Dies zeigte sich bei einigen PSP bereits jetzt.

Die hohe Zufriedenheit der Nutzer (vgl. auch Michell-Auli 2010) und die Tatsache, dass drei Viertel der Befragten angaben in Zukunft einen PSP nutzen zu wollen sowie die Erwartung, dass die Mund-zu-Mund-Propaganda einen hohen Einfluss auf die Nutzung der PSP hat, weist auf zukünftig steigende Inanspruchnahme hin. Damit nimmt auch die Bekanntheit weiter zu, wodurch wiederum eine erhöhte Nachfrage zu erwarten ist.

Zurzeit zeigt sich nach unserer Einschätzung kein Bedarf an weiteren PSP in Hamburg. Wir gehen aufgrund der Analysen davon aus, dass möglicherweise in einzelnen PSP, wie Rahlstedt und Mitte, die Beratungskapazitäten bereits ausgeschöpft sind. Aufgrund der städtischen Struktur mit einem gut ausgebauten Verkehrsnetz und der Tatsache, dass ein Großteil der Erstkontakte telefonisch erfolgt und weitere Kontakte in der Mehrzahl außerhalb eines PSP stattfinden, müsste verfolgt werden, ob die Nachfrage so steigt, dass die Kapazitäten nicht mehr reichen. Erst nach Behebung der Anlaufprobleme wird eine realistischere Einschätzung der Kapazitäten möglich sein. Es wird in einigen PSP bereits darüber nachgedacht, Sprechstunden in Außenstellen durchzuführen. Dazu liefern die Analysen Entscheidungshilfe durch die Darstellung der Einzugsgebiete in den Karten. Wir gehen jedoch ebenfalls davon aus, dass die aktuellen Kapazitäten einen Mindeststandard darstellen. Bei weniger als mindestens einen PSP pro Bezirk kann der Beratungsbedarf eventuell nicht mehr adäquat abgedeckt werden.

Der PSP Kinder und Jugendliche sieht einen Bedarf an einer weiteren Mitarbeiterin, da Engpässe auftreten, wenn die einzige zusätzlich Pflegekraft im Urlaub ist, erkrankt, an Fortbildungen teilnimmt und besonders komplexe Case Management-Fälle zu begleiten hat. Auch aus der externen Sicht wird der PSP K+J als wichtige Ergänzung gesehen. Die Lage in Eppendorf wird kritisch hinterfragt, weil die Zielgruppe eher in anderen Stadtteilen gesehen wird. Auf jeden Fall werden die bereits angedachten Sprechstundenzeiten außerhalb des PSP begrüßt. Außerdem könnte der PSP K+J noch stärker Koordinationsfunktionen übernehmen, das können andere nicht leisten. Diese Einschätzungen und Argumentationen der Mitarbeiterinnen scheinen sehr plausibel, da gerade im PSP K+J davon auszugehen ist, dass einerseits die Beratung fast in jedem Fall

zu einer intensiven Begleitung führen werden und andererseits der Bedarf an besserer Vernetzung in diesem Bereich deutlich wurde.

Die Empfehlung lautet also: Die gefundenen drei Typen von PSP zeigen, dass trotz einheitlichen vertraglichen Hintergrundes sehr unterschiedliche Entwicklungen möglich waren. Hier sollten klarere Vorgaben gemacht werden, die die Struktur und Funktion der Hamburger PSP soweit vereinheitlichen, wie es Sinn macht. Aus der jetzigen Sicht wäre das Modell der Trennung von PSP- und Seniorenberatungsmitarbeiterinnen bei enger Kooperation zu präferieren. Was sich aus der Forschungsperspektive nicht bewährt, ist die zu starke Aufteilung der Stellenanteile.

Auf jeden Fall ist eine Beibehaltung aller PSP zu befürworten. Eine weitere Beobachtung der Entwicklung in den einzelnen PSP ist erforderlich, weil immer noch zeitbindende Anlaufschwierigkeiten oder auch Qualifikationszeiten die Kapazitäten für die Regelarbeit beeinflussen. Nach Einführung und Bewährung des definitiven Dokumentationssystems und Umsetzung des Qualitätssicherungskonzeptes sowie der veränderten Mitarbeiterstrukturen unter Einbeziehung möglicher organisatorischer Veränderungen im bezirklichen Beratungsangebot sollte eine neue Analyse durchgeführt werden, die dann auch zu zahlenmäßigen Angaben hinsichtlich des Bedarfs führen sollte.

#### **7.4 Lokalisation der PSP**

Die optimale Lokalisation der PSP war in allen Phasen der Entwicklung und Evaluation neben der optimalen Anzahl der PSP Gegenstand der Diskussion. Angesichts der Aufteilung der PSP auf Bezirksebene und der recht großen Bezirke in Hamburg, erscheinen klare Kriterien für eine sinnvolle Lokalisation der PSP innerhalb der Bezirke kaum möglich.

Auch in den Mitarbeiterinneninterviews wurde die Lokalisation thematisiert. Vor allem im PSP Altona, der zwar relativ in der Mitte des Bezirks liegt, aber nicht mit S- oder U-Bahnen zu erreichen ist. Hier wurde der Standort zumindest als schwierig angesehen. Die anfänglichen Probleme des PSP Altona scheinen jedoch nach neueren Aussagen der Mitarbeiterinnen überwunden zu sein. Der PSP Harburg wird durch den Umzug in eine zentralere Lage die Erreichbarkeit verbessern.

Die kartographische Darstellung des Verhältnisses zwischen potenziellen und tatsächlichen Nutzerinnen der PSP zeigt konsistent, dass in der direkten Umgebung der Standorte eher mehr potenzielle Nutzer die PSP kontaktieren. Es ist jedoch angesichts der vielen telefonischen Erstkontakte und der relativ seltenen persönlichen Besuche in den PSP unklar, ob dieses auf die räumliche Nähe des Wohnorts der Nutzerinnen und der damit besseren Erreichbarkeit der PSP zurückzuführen ist. Eine mögliche alternative Erklärung liegt in der stärkeren öffentlichen Präsenz der PSP durch die Öffentlichkeitsarbeit der Mitarbeiterinnen z.B. in Form von Informationsständen.

Die Ergebnisse der Befragung in TS 2 zeigen, dass die Erreichbarkeit von PSP von den Nutzerinnen grundsätzlich nicht als problematisch angesehen wird. Darüber hinaus berichten nur wenige der Nichtnutzer eine eingeschränkte Erreichbarkeit.

Auch im Abschlussbericht des KDA (Michell-Auli et al. 2010) wird das Einzugsgebiet von PSP und die damit verbundene Erreichbarkeit u.a. mit öffentlichen Verkehrsmitteln diskutiert. In einem Stadtstaat wie Hamburg erscheint diese Problematik grundsätzlich nur begrenzt relevant, da alle PSP in relativ kurzer Zeit für die Nutzerinnen erreichbar sind.

Es zeigte sich einerseits, dass wie auch aus anderen vergleichbaren Beratungsstellen bekannt, der telefonische Erstkontakt im Vordergrund steht. Allerdings werden die Pflegestützpunkte in unterschiedlichem Ausmaß auch persönlich aufgesucht. Dies zeigt



sich u.a. durch die unterschiedlich gute Lage der PSP am Beispiel von Mitte (ca. 15% persönliche Kontakte) oder Eimsbüttel (knapp 45% persönliche Kontakte). Im späteren Case Management werden häufig Hausbesuche gemacht. Die Tatsache, dass aus dem konkreten Umfeld gehäuft Anfragen kommen, liegt wahrscheinlich zumindest z.T. an der verstärkten Öffentlichkeitsarbeit durch die PSP-Mitarbeiterinnen in diesen Bereichen. Es ist jedoch möglich, dass für schwer erreichbare Gruppen, die in Stadtteilen leben, die weiter von einem PSP entfernt sind, die Entfernung zum nächsten PSP eine deutliche Hürde bedeutet. Hier gibt es bereits Überlegungen evtl. Außenstellen oder „mobile PSP“ zu etablieren, wie sie auch in der Literatur diskutiert werden (Michell-Auli et al. 2010). Zusammenfassend lässt die Evaluation keine deutlichen Hürden zur Inanspruchnahme auf Grund der Lokalisation erkennen.

Es scheint angesichts der Ergebnisse und der derzeitigen Situation keinen Anlass zu einer Änderung der Standorte der PSP zu geben. Eine Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit auf PSP-ferne Stadtteile erscheint jedoch sinnvoll, ebenso wie die Etablierung von Außenstellen z.B. tageweise in Stadtteilen mit schwer erreichbaren Gruppen sowie die Einrichtung von mobilen PSP, die bereits bestehende Strukturen wie Seniorentreffs nutzen könnten.

## **7.5 Zusammenfassung**

Die Begleitevaluation der Einführung der PSP hatte zum Ziel eine Reihe von wichtigen Fragen bzgl. der weiteren Entwicklung der PSP in Hamburg zu beantworten. Diese sollten als „Entscheidungsgrundlage“ für die weitere Planung dienen. Angesichts der dargestellten Limitierungen und Probleme können die Ergebnisse nur eine Annäherung darstellen. Vor allem die Tatsache, dass die Evaluation in der Startphase stattfand, ist bei der Interpretation der Ergebnisse und deren Bedeutung zu beachten.

Die hier vorgelegte Evaluation hat neben der Beschreibung bestehender Probleme und deren Auswirkungen auf die jetzige und zukünftige Arbeit der PSP v.a. Hinweise geliefert, welche Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Mitarbeiterinnen, der Nutzerinnen und anderer beteiligter Personengruppen bestehen.

Es konnte gezeigt werden, dass es keine Hinweise drauf gibt, dass das in Hamburg verfolgte Konzept derzeit grundsätzlicher Veränderungen bedarf, z.B. in Bezug auf die Anzahl oder die Lokalisation der PSP. Empfehlungen für das weitere Vorgehen zur Zielerreichung und Qualifizierung der Arbeit werden dennoch gegeben. Nachdem sich die PSP an allen Standorten etabliert haben, bedarf es, auf Basis der hier generierten Ergebnisse, sicher weiterer Evaluations- und Begleitforschung, um die Problembehebung in der Konzeptumsetzung, die Nachfrage nach Information, Beratung sowie Begleitung und den möglichen zusätzlichen Bedarf auch weiter zu beobachten und zu bewerten. Da Hamburg als erstes Bundesland eine Evaluation der PSP vorlegt, sind die Ergebnisse auch für die anderen Bundesländer von besonderem Interesse.

## 8 Literatur

Badura B, Schellschmidt H & Hart D (1999). Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos Verlag

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1992) Wohn- und Lebenssituation älterer Hamburgerinnen und Hamburg, Sozial-empirische Studie, Hamburg

Blinkert B & Klie T (2004). Solidarität in Gefahr. Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die "Kasseler Studie", Hannover: Vincentz

Bortz J & Döring N (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer

Boynton P. (2004) Administering, analysing, and reporting your questionnaire, *BMJ* 328: 1372-1375

Büscher A & Schaeffer D (2009). Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *Pflege & Gesellschaft* 14:197-215

Charles C, Gafni A & Whelan T (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 44: 681-692

Collins D (2003). Pretesting survey instruments: An overview of cognitive methods. *Qual Life Res.* 12(3): 229-238

Der Paritätische Hamburg (2009). Pflegeberatung für Migranten. Projektflyer, Hamburg

Diekmann A (2007). Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt

Döhner H, Bleich C, Kofahl C & Lauterberg J (2002). Case Management für ältere Hausarztpatienten. Projekt Ambulantes Gerontologisches Team - PAGT. BMFSFJ (Hrsg.) Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 206, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Döhner H, Kofahl C, Lüdecke D & Mnich E (Eds.) (2008). Family Care for Older People in Germany. Results from the European Project EUROFAMCARE. Münster: LIT Verlag

Döhner H & Rothgang H (2006). Pflegebedürftigkeit - Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege. In: *Bundesgesundheitsblatt* 6, 583-594

Draugalis J, Coons S, Plaza C (2008). Best Practices for Survey Research Reports: A Synopsis for Authors and Reviews, *American Journal of Pharmaceutical Education* 72(1) Article 11.

Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Wentz R & Kwan I (2008). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ* 324: 1183-1192

Ellerbrock B (2004). Seniorenberatung - eine notwendige Aufgabe in der Altenarbeit. In: Forum Seniorenarbeit NRW, Themenschwerpunkt 2/2004, [www.forum-seniorenarbeit.de](http://www.forum-seniorenarbeit.de)

- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2010). Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur bis 2010. <http://www.hamburg.de/contentblob/2174532/data/rahmenplanung-versorgungsstruktur-2015.pdf> [Letzter Zugriff: 14.12.2010]
- Frommelt M, Klie T, Löcherbach P, Mennemann H, Monzer M & Wendt W-R (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. FEL Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre, Freiburg
- Garms-Homolová V (1996). Kooperation zwischen Ärzten /Ärztinnen und Pflege in der ambulanten Versorgung - Erfahrungen und Probleme. In: Döhner H & Schick B. Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung. LIT Verlag Hamburg, 39-47
- GKV Spitzenverband (2008). Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008
- Hansen J (2009). Mittendrin – Modellprojekt Trägerunabhängige Beratungsstellen in Schleswig-Holstein. Ergebnisse der Evaluation: Schwerpunkte und Konzeption neutraler niedrigschwelliger Beratung. ppt-Präsentation
- Klie T & Monzer M (2008): Case Management in der Pflege: Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Z Gerontol Geriat 41: 92-105
- Kofahl C, Dahl K & Döhner H (2004) Vernetzte Versorgung für ältere Menschen in Deutschland. Gerontologie Band 8, hrsg. von Döhner H, Münster: LIT-Verlag
- Landesrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten in Hamburg; 16. Januar 2009. <http://www.hamburg.de/contentblob/1077136/data/landesrahmenvertrag-pflegestuetzpunkte.pdf> [Letzter Zugriff: 11.08.2009]
- Lummer P (2006): Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW); PO6-131
- Kelly K, Clark B, Brown V, Sitzia J (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. International Journal for Health Care 15: 261-266
- Mayring P (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Michell-Auli P, Großjohann K, Kutschke A, Tebest R & Raabe H (2008). Werkstatt Pflegestützpunkte. Zwischenbericht. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Michell-Auli P, Strunk-Richter G & Tebest R (2009). Werkstatt Pflegestützpunkte. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. 2. Zwischenbericht. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

- Michel-Auli P, Strunk-Richter G & Tebest R (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Michell-Auli P, Strunk-Richter G & Tebest R. (KDA) (2010) Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Abschlussbericht, KDA Köln
- Pflegetelefon Hamburg (2008): Bericht über die Tätigkeit des Pflegetelefons Hamburg. Juli 2007 – Juni 2008 [http://www.pflegetelefon-hamburg.de/download/Bericht\\_PT\\_Stand\\_20\\_11\\_08\\_Endversion\\_mit\\_Anlage.pdf](http://www.pflegetelefon-hamburg.de/download/Bericht_PT_Stand_20_11_08_Endversion_mit_Anlage.pdf) [Letzter Zugriff: 12.08.2009]
- Porst R (2000). Question Wording- Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. ZUMA How-to-Reihe 2
- Porst R (2001). Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. ZUMA How-to-Reihe 9
- Porst R (2008). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. VS Verlag Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Roth G & Rothgang H (2001). Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit. Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34. Jg., H. 4, S. 292-305
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos Verlag
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Nomos Verlag
- Schneekloth U, Wahl HW (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des BMSFJ, München: Eigenverlag
- Statisches Bundesamt. (2010) Pressemitteilung Nr.429 vom 22.11.2010. Demografischer Wandel führt zu 50% mehr Pflegebedürftigen im Jahr 2030.
- Weiß H, Neuhäuser G & Sohns A (2004). Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. München, Basel: Reinhardt
- Witzel A (2000). Das problemzentrierte Interview [26 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 1(1). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs>

## 9 Anhang

# Inhalt

1	Anhang	6
1.1	Erhebungsinstrumente	6
1.1.1	Teilstudie 1 und 3	6
1.1.1.1	Gesprächsleitfaden Vorstellungsrunde	6
1.1.1.2	Dokumentationsbogen Erstkontakte	8
1.1.1.3	Falldokumentationsbogen	11
1.1.1.4	Dokumentationsbogen Zeitanteile	25
1.1.1.5	Mitarbeiter-Leitfaden	27
1.1.1.6	Leitfaden Diskussionsrunden	31
1.1.2	Teilstudie 2	33
1.1.2.1	Leitfaden Expertinneninterview TS 2	33
1.1.2.2	Leitfaden Gruppendiskussion mit Seniorinnen	35
1.1.2.3	Fragebogen 1 Hilfebedürftige	37
1.1.2.4	Fragebogen 2 Hilfebedürftige	45
1.1.2.5	Fragebogen1 Pflegebedürftige	55
1.1.2.6	Fragebogen 2 Pflegebedürftige	63
1.1.3	Teilstudie 3	73
1.1.3.1	Falldokumentationsbogen PSP Kinder und Jugendliche	73
1.1.3.2	Leitfaden für Expertinneninterviews	88
1.2	Anschreiben	89
1.2.1	Teilstudien 1 und 3	89
1.2.1.1	Einverständniserklärung Ratsuchende	89
1.2.1.2	Einverständniserklärung Mitarbeiterinneninterviews	90
1.2.2	Teilstudie 2	91
1.2.2.1	Informationsschreiben Nutzerbefragung	91
1.2.2.2	Informationsschreiben NB 2	94
1.3	Tabellen	95
1.3.1	Teilstudie 1 und 3	95
1.3.1.1	Erstkontakte	95
1.3.1.2	Falldokumentation	115
1.3.1.3	Dokumentation der Zeitanteile (ohne Teilstudie 3)	120
1.3.2	Teilstudie 2	122
1.3.2.1	Ergebnisse: Erste Befragungswelle	122
1.3.2.2	Beschreibung Pflegebedürftige (PB) / Hilfebedürftige (HB)	123
1.3.2.3	Beschreibung Angehörige	128
1.3.2.4	Antworten Pflegestützpunkte (PSP)	131
1.3.2.5	Ergebnisse: Zweite Befragungswelle	134
1.3.2.6	Beschreibung "Antwortende HB/PB"	135
1.3.2.7	Beschreibung Nutzerinnen	139
1.3.2.8	Beschreibung Nichtnutzerinnen	141
1.3.2.9	Beschreibung Angehörige	144
1.3.2.10	Antworten Pflegestützpunkte (PSP)	145
1.3.2.11	Weitere Analysen	152
1.3.3	Annäherung Bedarfsberechnungsmodell	153

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkt .....	95
Tabelle 2: Alter der pflegebedürftigen Person, gruppiert .....	96
Tabelle 3: Von wem ging der Erstkontakt aus? .....	97
Tabelle 4: Art der Kontaktaufnahme .....	97
Tabelle 5: Mit wem fand der Erstkontakt statt? .....	98
Tabelle 6: Zugang zum Pflegestützpunkt .....	99
Tabelle 7: Erster Kontakt zum Pflegestützpunkt oder Folgekontakt .....	100
Tabelle 8: Beziehung zur pflegebedürftigen Person* .....	100
Tabelle 9: Im PSP K + J (Aufsplitterung der Antwort Sonstige Person) .....	100
Tabelle 10: Höchster Schulabschluss der Kontaktperson* .....	101
Tabelle 11: Altersgruppen der Kontaktpersonen* .....	101
Tabelle 12: Geschlecht der Kontaktperson* .....	102
Tabelle 13: Fragen zu Themen.....	103
Tabelle 14: Beschwerden .....	106
Tabelle 15: Interesse an Themen .....	108
Tabelle 16: Anfrage Kostenübernahme durch SH-Träger .....	109
Tabelle 17: Gesprächsergebnis.....	110
Tabelle 18: Probleme aufgrund des Migrationshintergrundes .....	111
Tabelle 19: Zeit für Erstkontakt.....	112
Tabelle 20: Anfragen aus Bezirken.....	112
Tabelle 21: Erfassungsdatum Monat (ab 01.02.2010).....	113
Tabelle 22: Erfassungsdatum Monat (vor dem 01.02.2010).....	113
Tabelle 23: Geschlecht / Art der Beziehung .....	114
Tabelle 24: Anzahl der angelegten Falldokumentationen nach Pflegestützpunkten....	115
Tabelle 25: Geschlecht der Pflege- und Hilfsbedürftigen Personen .....	115
Tabelle 26: Familienstand der Pflege- und Hilfsbedürftigen Personen .....	115
Tabelle 27: Art der Vollmacht des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten, des gesetzlichen Betreuers .....	116
Tabelle 28: Falls Betreuung oder Bevollmächtigte: Aufgabenkreise.....	116
Tabelle 29: Verteilung der Pflegestufen.....	116
Tabelle 30: Vorliegen einer Höherstufung .....	116
Tabelle 31: Art der Leistung aus der Pflegeversicherung .....	117
Tabelle 32: Anerkennung nach §45a SGB XI .....	117
Tabelle 33: Verordnung gemäß SGB V .....	117
Tabelle 34: Leistungen SGB XII .....	117
Tabelle 35: Schwerbehinderung.....	118
Tabelle 36: Grad der Behinderung .....	118
Tabelle 37: Soziale Situation - Alleinlebend.....	118
Tabelle 38: Wohnsituation .....	118
Tabelle 39: Geistig seelische Erkrankungen.....	118
Tabelle 40: Pflegebedarfe.....	119
Tabelle 41: Übersicht der durchschnittlichen Arbeitszeit (in %) pro Modul nach Pflegestützpunkt (T1) .....	120
Tabelle 42: Übersicht der durchschnittlichen Arbeitszeit (in %) pro Modul nach Pflegestützpunkt (T2) .....	120
Tabelle 43: Übersicht der versendeten und erhaltenen Zeiterfassungsbögen nach Pflegestützpunkten .....	121
Tabelle 44: Übersicht Versendung und Rücklauf.....	122
Tabelle 45: Antwortende Person (Frage 1).....	122
Tabelle 46: Übersicht Demographie PB/HB.....	123

Tabelle 47: Geschlecht PB/HB (Frage: 6) .....	123
Tabelle 48: Altersgruppen PB/HB (Frage: 7) .....	123
Tabelle 49: Hauptsprache PB/HB (Frage: 8) .....	124
Tabelle 50: Schulabschluss PB/HB (Frage: 9).....	124
Tabelle 51: Wohnort PB/HB (Frage: 10).....	125
Tabelle 52: Pflegestufe PB/HB (Frage: 11).....	125
Tabelle 53: Pflegestufendauer (in Kategorien) (Frage: 11a).....	125
Tabelle 54: Lebensgemeinschaft (Frage: 12) .....	126
Tabelle 55: Hilfebedarf im Haushalt (Frage: 13) .....	126
Tabelle 56: Hilfe im Haushalt durch Angehörige? (Frage: 13a).....	126
Tabelle 57: Hilfe im Haushalt durch professionellen Dienst? (Frage: 13a) .....	126
Tabelle 58: Pflegebedarf (Frage: 14).....	126
Tabelle 59: Pflege durch Angehörige (Frage: 14a).....	127
Tabelle 60: Pflege durch professionellen Dienst (Frage: 14a).....	127
Tabelle 61: Übersicht Demographie Angehörige .....	128
Tabelle 62: Art der Angehörigen (Frage 1) .....	128
Tabelle 63: Geschlecht Angehörige (Frage: 15).....	128
Tabelle 64: Alter Angehörige (in Kategorien) (Frage: 16) .....	129
Tabelle 65: Hauptsprache Angehörige (Frage: 17).....	129
Tabelle 66: Schulabschluss Angehörige (Frage: 18).....	129
Tabelle 67: Wohnort Angehöriger (Frage: 19) .....	130
Tabelle 68: PSP bereits bekannt? (Frage: 2).....	131
Tabelle 69: Wodurch bekannt? (Frage: 2a) .....	131
Tabelle 70: PSP bereits genutzt? (Frage: 2b).....	131
Tabelle 71: Nutzung geplant? (Frage: 3) .....	131
Tabelle 72: Gründe für Nichtnutzung (Frage: 3a) .....	132
Tabelle 73: Zeitpunkt der geplanten Kontaktaufnahme (Frage: 4).....	132
Tabelle 74: Art des geplanten Erstkontakts (Frage: 4a) .....	132
Tabelle 75: Art des geplanten weiteren Kontakts? (Frage: 4b).....	132
Tabelle 76: Gewünschte Hilfethemen (Frage: 5) .....	133
Tabelle 77: Gewünschte Hilfethemen: Kategorien (Frage: 5).....	133
Tabelle 78: Übersicht Versendung und Rücklauf.....	134
Tabelle 79: Antwortende Person (Frage: 1).....	134
Tabelle 80: Übersichtstabelle: Charakteristika Antwortende HB/PB.....	135
Tabelle 81: Geschlecht.....	135
Tabelle 82: Alter (Kategorien).....	135
Tabelle 83: Hauptsprache.....	136
Tabelle 84: Höchster Schulabschluss.....	136
Tabelle 85: Wohnort .....	137
Tabelle 86: Pflegestufe .....	137
Tabelle 87: Wohnsituation .....	138
Tabelle 88: Geschlecht.....	139
Tabelle 89: Alter (Kategorien).....	139
Tabelle 90: Hauptsprache.....	139
Tabelle 91: Höchster Schulabschluss.....	139
Tabelle 92: Wohnort .....	140
Tabelle 93: Pflegestufe .....	140
Tabelle 94: Wohnsituation .....	140
Tabelle 95: Geschlecht.....	141
Tabelle 96: Alter (Kategorien).....	141
Tabelle 97: Hauptsprache.....	141
Tabelle 98: Höchster Schulabschluss.....	141
Tabelle 99: Wohnort .....	142



Tabelle 100: Pflegestufe .....	142
Tabelle 101: Wohnsituation .....	142
Tabelle 102: Wohnort PB/HB (Frage: 18) .....	143
Tabelle 103: Pflegestufe PB/HB (Frage: 19) .....	143
Tabelle 104: Art der Angehörigen (Frage: 1) .....	144
Tabelle 105: Wohnort Angehöriger (Frage: 20) .....	144
Tabelle 106: PSP Nutzung (Frage: 2) .....	145
Tabelle 107: Nutzerinnen: Art Erstkontakt (Frage: 5) .....	145
Tabelle 108: Nutzerinnen: Anzahl Kontakte (Frage: 6) .....	145
Tabelle 109: Nutzerinnen: Art und Anzahl weiterer Kontakte (Frage: 6) .....	145
Tabelle 110: Nutzerinnen: PSP-Standort (Frage: 7) .....	146
Tabelle 111: Nutzerinnen: Beratungsthemen (Frage: 8) .....	146
Tabelle 112: Gewünschte Hilfethemen: Kategorien (Frage: 8) .....	147
Tabelle 113: Thema Vermeidung eines Heimeinzuges? (Frage: 10 & 10a) .....	147
Tabelle 114: Nutzerinnen: Erwartungen erfüllt? (Frage: 11) .....	147
Tabelle 115: Nutzerinnen: Zufriedenheit (Frage: 12) .....	147
Tabelle 116: Nutzerinnen: Bewertung Infrastruktur (Frage: 13) .....	148
Tabelle 117: Nutzerinnen: Bewertung Beratung (Frage: 14) .....	149
Tabelle 118: Nutzerinnen: Vermittlung an andere Beratungsstellen (Frage: 15) .....	149
Tabelle 119: Nutzerinnen: Zukünftige Nutzung geplant? (Frage: 17) .....	150
Tabelle 120: Nichtnutzerinnen: Begründung (Frage: 3) .....	150
Tabelle 121: Nichtnutzerinnen: Andere Hilfsangebote genutzt? (Frage: 3a) .....	150
Tabelle 122: Nichtnutzerinnen: Art der genutzten Hilfsangebote (Frage: 3a) .....	150
Tabelle 123: Nichtnutzerinnen: Begründung für Nutzung anderer Angebote (Frage: 3b) .....	151
Tabelle 124: Nichtnutzerinnen: Bedingungen für zukünftige PSP-Nutzung (Frage: 3c) .....	151
Tabelle 125: Prädiktoren für die Inanspruchnahme .....	152
Tabelle 126: Geplante PSP-Nutzung (1.Welle/Frage 3) / Tatsächliche Nutzung (2.Welle/Frage 2) .....	152
Tabelle 127: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Altona sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Altona (PSP übergreifend) .....	153
Tabelle 128: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Bergedorf sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Bergedorf (PSP übergreifend) .....	153
Tabelle 129: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Eimsbüttel sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Eimsbüttel (PSP übergreifend) .....	154
Tabelle 130: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Harburg sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Harburg (PSP übergreifend) .....	154
Tabelle 131: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Mitte sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Mitte (PSP übergreifend) .....	155
Tabelle 132: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Nord sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Nord (PSP übergreifend) .....	156
Tabelle 133: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Wandsbek sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Wandsbek (PSP übergreifend) .....	157
Tabelle 134: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Altona (Hamburg weit) .....	158
Tabelle 135: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Bergedorf (Hamburg weit) .....	160
Tabelle 136: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Eimsbüttel (Hamburg weit) .....	161
Tabelle 137: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Harburg (Hamburg weit) .....	162

Tabelle 138: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Mitte (Hamburg weit) .....	163
Tabelle 139: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Nord (Hamburg weit) .....	165
Tabelle 140: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Rahlstedt (Hamburg weit) .....	167
Tabelle 141: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Wandsbek-Markt (Hamburg weit) .....	169

# 1 Anhang

## 1.1 Erhebungsinstrumente

### 1.1.1 Teilstudie 1 und 3

#### 1.1.1.1 Gesprächsleitfaden Vorstellungsrunde

##### Protokoll vom Treffen mit dem PSP

am um Uhr

*Teilnehmer/innen IMS:*

*TeilnehmerInnen PSP:*

##### Besprechungspunkte

1. Rückmeldungen zur Präsentation
2. Struktur des PSP Mitte
  - Verantwortliche Person
  - Mitarbeiter
  - Zuordnung der Mitarbeiter
3. Erreichbarkeit des PSP
  - Telefonisch
  - E-Mail
  - Öffnungszeiten
4. Bewertung des Dokumentationsbogens
  - Ersterfassungsblatt
  - Gesamtdokumentation
  - Forschungsfragebogen
  - Zeiterfassung
  - Wichtige Kooperationspartner / Vernetzung
  - Konzeption / Einbezug von Ehrenamt
  - Erwartungen an das Forschungsteam

TOP	Wer?	Wann?
<b>TOP 1: Rückmeldung zur Präsentation</b>		
<b>TOP 2: Struktur des Pflegestützpunkt Mitte</b>		
<b>TOP 3: Erreichbarkeit des PSP</b>		
<i>Telefonisch:</i>		
<i>E-Mail:</i>		
<i>Öffnungszeiten:</i>		

TOP	Wer?	Wann?
<b>TOP 4: Bewertung des Dokumentationsbogens</b>		
<i>Ersterfassungsbogen</i>		
<i>Gesamt-Doku-Bogen</i>		
<i>Forschungsfragebogen</i>		
<b>TOP 5: Zeiterfassung</b>		
<b>TOP 6: Wichtige Kooperationspartner</b>		
<b>TOP 7: Einbeziehung des Ehrenamts</b>		
<b>Top 8: Erwartungen an das Forschungsteam</b>		

### 1.1.1.2 Dokumentationsbogen Erstkontakte

#### Erfassung Erstkontakt

#### Statistische Erfassung von Erstkontakten

Erfassende Stelle

Hilfebedürftiger

Wohnort

Alter

Kontaktaufnahme

Datum des Kontakts

Kontaktaufnahme durch

Art

Kontakt mit

Hatten Sie schon Kontakt zu einem Pflegestützpunkt?

- Ja  
 Nein

Zugang: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Zeitung, Fernsehen  
 Internet  
 Flyer  
 Mund-zu-Mund-Propaganda (Soziales Umfeld)  
 Beratungsstellen  
 Pflegedienste  
 Hausärzte  
 Krankenhäuser  
 Krankenkassen  
 Behörden, Ämter  
 Sonstiges

Wenn die Kontaktperson die Pflegeperson oder Angehöriger ist, bitte die nächsten vier Fragen beantworten:

Beziehung zur pflegebedürftigen Person

- Kind  
 Partner  
 Sonstige Person

Art der Beziehung: Freitext

Höchster Schulabschluss der Pflegeperson

- Volks- / Hauptschule
- Mittlere Reife / Realschule
- Fachhochschulreife / Abitur

Altersgruppe der Pflegeperson

- Kind/Jugendlicher
- Erwachsener im erwerbsfähigen Alter, arbeitend
- Erwachsener im erwerbsfähigen Alter, ohne Arbeit
- Rentner/Pensionär

Geschlecht der Pflegeperson:

- weiblich
- männlich

Frage zu

- Ja/nein - Angebote und Maßnahmen der Altenhilfe
- Ja/nein - Festlegung der Pflegestufe, MDK
- Ja/nein - Finanzierung allgemein
- Ja/nein - Finanzierung, Kassenleistungen
- Ja/nein - Finanzierungen, Sozialhilfe
- Ja/nein - medizinische Behandlung
- Ja/nein - Organisation häusliche Pflege
- Ja/nein - Organisation stationäre Pflege
- Ja/nein - palliative Versorgung
- Ja/nein - Service-Wohnen
- Ja/nein - Sonstiges

Beschwerde über

- Ja/nein - ambulanter Dienst
- Ja/nein - Grundsicherungs- und Sozialamt
- Ja/nein - Heim
- Ja/nein - Kasse
- Ja/nein - MDK
- Ja/nein - Pflegestützpunkt
- Ja/nein - Sonstiges

Interesse an

- Ja/nein - Arbeit des PSP

- freiwilligem Engagement
- Zusammenarbeit mit dem PSP
- Sonstigem

Anfrage Kostenübernahme durch SH-Träger

Gesprächsergebnis

- Informationen gegeben  
Beratung durchgeführt (Infotext)
- an zuständige Stelle/andere Beratungsstelle verwiesen
- Informationsmaterial mitgegeben/zugesandt
- persönliche Daten aufgenommen
- Beratungsgespräch vereinbart
- Hausbesuch vereinbart
- Beschwerdeklärung übernommen

Probleme bei Verständigung mit ratsuchender Person wegen Migrationshintergrund

- Ja
- nein

Zeit für den Erstkontakt

- Bis 10 Minuten
- 10-30 Minuten
- 30-60 Minuten
- Länger als 1 Stunde

Infotext zu „Beratung durchgeführt“:

Trifft zu, wenn der Erstkontakt über reine Information hinausgeht und bereits auf die individuelle Situation eingegangen wurde. Bezogen auf den konkreten Fall wurden Fragen gestellt und Lösungsmöglichkeiten erörtert.

### 1.1.1.3 Falldokumentationsbogen

#### Erfassung von Sozialdaten

Sozialdaten dürfen nur erhoben werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben des Pflegestützpunkts im konkreten Einzelfall erforderlich ist. Im Regelfall ist es nicht erforderlich, den gesamten Dokubogen auszufüllen. Es gilt der Grundsatz der Datensparsamkeit, d.h., füllen Sie nur die Teile des Fragebogens aus, die Sie in der konkreten Beratungssituation unbedingt benötigen.

#### Pflegestützpunkt

Bearbeitet durch (Name):

Datum:

Einwilligung zur Aufnahme der Daten wurde telefonisch erteilt von .....  
am:.....

Einwilligung zur Aufnahme der Daten wurde schriftlich erteilt von .....  
am:.....

#### A. Kontaktaufnahme, Basisdaten

Datum:

Aktenzeichen:

Anlass der Kontaktaufnahme:

(Freitext )

**Kontaktaufnehmende Person/en:**

(Name, Beziehung) (Freitext )

Adresse:

Tel.:

#### 1 Persönliche Daten:

**1.1. Klient (hilfe-/pflegebedürftige Person):**

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Geschlecht:  weiblich  männlich

Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt  geschieden  verwitwet

	Wohnung	derzeitiger Aufenthalt
Einrichtung		
Straße		
PLZ Ort		
Stadtteil		
Tel		
Email		
Bemerkungen		



Krankenversicherung:

Krankenversicherungs-Nr.:

Private Pflegeversicherung:

Private Pflegeversicherung-Nr.:

**1.2 Bevollmächtigter / Bevollmächtigte; Gesetzlicher Betreuer:**

Vorsorgevollmacht  Bankvollmacht

Name, Vorname:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Falls Betreuung oder Bevollmächtigung: Aufgabenkreise:

	besteht für	ist angeregt/ beantragt für	wird angeregt / beantragt für
1. Vermögen, Finanzen			
2. Gesundheitssorge			
3. Aufenthaltsbestimmungsrecht			
4. Wohnungsangelegenheiten			
5. Behörden und Schriftverkehr			
6. Freitext			

**1.3 weitere Personen mit Bezug zum Hilfesuchenden**

Name			
Vorname			
Geb.-Datum			
Geschlecht			
Bezug			
Bemerkungen			

**1.4 Medizinische und pflegerische Versorgung**

	Pflegedienst	Hausarzt	Facharzt
Name			
Straße, Nr.			
Plz, Ort			
Tel.			
E-Mail			
Bemerkung			

## 1.5 Sozialrechtlich anerkannte Bedarfe

### 1.5.1 Anerkennung gem. SGB XI, Pflegestufe lt. Kasse

keine     I     II     III     III Härtefall

Bescheid vom: \_\_\_\_\_ gültig ab: \_\_\_\_\_

Höherstufung    beantragt am: \_\_\_\_\_

### 1.5.2 Art der Leistung gem. SGB XI

- Sachleistung
- Geldleistung
- Kombileistung Sachleistung / Geldleistung
- Kombileistung teilstationäre Pflege / Geldleistung
- teilstationäre Pflege
- vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege

### 1.5.3 Anerkennung gem. § 45a SGB XI

keine     erhebl. eingeschränkte Alltagskompetenz     in erhöhtem Maß eingeschränkt

beantragt am: \_\_\_\_\_

### 15.4 Verordnung gem. SGB V

nein     ja    Welche:    (Freitext )

### 1.5.5 Leistungen gem. SGB XII

- Hauswirtschaftliche Hilfen
- Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes
- Hilfe zur Pflege

### 1.5.6 Schwerbehinderung

GdB: \_\_\_\_\_ %

Merkzeichen:     B     G     aG     RF     H     BI

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Ausweis ausgestellt vom Versorgungsamt am \_\_\_\_\_ gültig ab: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Neufeststellung beantragt am: \_\_\_\_\_ Feststellung beantragt am: \_\_\_\_\_

Keine Schwerbehinderung

### 1.5.7 Sonstige

## **B. Assessment**

### **2 Soziale Situation**

2.1  alleinlebend

zusammenlebend mit:

2.2 Beschreibung und Einschätzung

2.2 Belastungssituation von Pflegepersonen  
Beschreibung und Einschätzung

### **3 Wohnsituation**

3.1  Mehrfamilienhaus  Ein-/Zweifamilienhaus

Betreutes Wohnen  ja:  nein:

Stockwerk:

Fahrstuhl:  ja  nein

3.2 Beschreibung und Einschätzung

### **4 Wirtschaftliche Situation**

Beschreibung und Einschätzung

## 5 Körperliche Gesundheit

### 5.1 körperliche Erkrankungen: Diagnosen / Art der Erkrankung

Diagnosen:

Einschränkungen (z.B. beim Hören, Sehen, Sprechen, in der Mobilität):

### 5.2 Allgemeinzustand

Beschreibung und Einschätzung

## 6 Psychische Gesundheit

### 6.1 geistig-seelische Erkrankungen:

Demenzerkrankung  ja  nein

Diagnose vorhanden  ja  nein

psychische Erkrankung (auch Suchterkrankung)  ja  nein  
(Freitext)

### 6.2 Psychische Verfassung, Bewusstsein und Verhalten

Beschreibung und Einschätzung

# 7 Pflege

## 7.1 Pflegebedarfe

### 7.1.1 Körperpflege

selbständig

mit Hilfe ➔ Art der Hilfen:

Auffälligkeiten

### 7.1.2 Mobilisation, Lagerung

selbständig

mit Hilfe ➔ Art der Hilfen:

Besteht Sturzrisiko?  ja  nein

Auffälligkeiten:

### 7.1.3 Flüssigkeitsaufnahme, Ernährung

selbständig

mit Hilfe ➔ Art der Hilfen:

Magensonde  PEG

Auffälligkeiten:

### 7.1.4 Spezielle Pflege

ja ➔ Welche?

nein

### 7.1.5 weitere Beschreibung der Pflegesituation und Einschätzung

Freitext

## 7.2 Pflegerische Hilfen

Tagesplan							
Tageszeit	Uhrzeit	Verrichtung (ggf. anpassen)	selbst	Familie	LK alt	LK neu	Anmerkungen
morgens		Aufstehen	<input type="checkbox"/>				
		Waschen (teil/ganz)	<input type="checkbox"/>				
		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Zubereitung Frühstück	<input type="checkbox"/>				
		Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
		Transfer Bett, Stuhl, Lagern	<input type="checkbox"/>				
		Verlassen und/oder Wiederaufsuchen Wohnung (insb. zur Tagespflege)	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
vormittags			<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
mittags		Transfer Stuhl	<input type="checkbox"/>				
		Zubereitung Mittagessen	<input type="checkbox"/>				
		Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Transfer Bett	<input type="checkbox"/>				
		Trinken, Lagern	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
nachmittags		Verlassen und/oder Wiederaufsuchen Wohnung (insb. von der Tagespflege)	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
abends		Transfer Stuhl	<input type="checkbox"/>				
		Zubereitung Abendessen	<input type="checkbox"/>				
		Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Teilwaschung	<input type="checkbox"/>				
		Transfer Bett	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
nachts		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Lagern	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				

<b>Nichttägliche Hilfen</b>							
<b>Tag/Zeit</b>	<b>Verrichtung</b>	<b>Häufigkeit wöchentlich</b>	<b>selbst</b>	<b>Familie</b>	<b>LK alt</b>	<b>LK neu</b>	<b>Anmerkungen</b>
	Reinigung der Wohnung		<input type="checkbox"/>				
	Vorratseinkauf		<input type="checkbox"/>				
	Wechseln und Waschen der Wäsche		<input type="checkbox"/>				
	Wechseln der Bettwäsche		<input type="checkbox"/>				
	Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung		<input type="checkbox"/>				
	kleiner Einkauf		<input type="checkbox"/>				
	Ganzkörperwäsche, Duschen, Baden (falls nicht täglich gewünscht)		<input type="checkbox"/>				
	Zubereitung einer warmen Mahlzeit		<input type="checkbox"/>				
<b>Andere Verrichtungen</b>							
	Hilfen bei der Tagesstrukturierung		<input type="checkbox"/>				
	Hilfen bei der Kommunikation		<input type="checkbox"/>				
	Haushaltskassenführung		<input type="checkbox"/>				

**Erläuterungen:**

## 8 Hilfen im Alltag

### 8.1 Ressourcen und Einschränkungen

Aktivität	selbst	Erhält Hilfe von	Fehlende bzw. nicht ausreichende Unterstützung
Soziale Kontakte/Kommunikation	<input type="checkbox"/>		
Antrieb/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>		
Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>		
Regelung der finanziellen Angelegenheiten/Schuldenregulierung	<input type="checkbox"/>		
Interessenvertretung	<input type="checkbox"/>		
Schriftverkehr	<input type="checkbox"/>		
Gesundheitspflege/Planung und Durchführung ärztlicher Untersuchungen und Behandlung	<input type="checkbox"/>		
<i>nur ausfüllen, wenn nicht schon im Abschnitt Pflege erfasst:</i>			
Orientierung	<input type="checkbox"/>		
Mobilität	<input type="checkbox"/>		
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	<input type="checkbox"/>		
Vorratseinkauf	<input type="checkbox"/>		
Kleiner Einkauf	<input type="checkbox"/>		
Grundreinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/>		
Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/>		
Wäschepflege	<input type="checkbox"/>		
Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>		
Medikamentengabe/Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>		
Baden/Duschen einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>		

### 8.2 Hilfsmittel: vorhanden, benötigt, erneuerungsbedürftig

Hilfsmittel	vorh.	benöt.	erneu.	Hilfsmittel	vorh.	benöt.	erneu.
Brille*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Badewannenlifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haltegriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprotektoren*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schutzhosen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenbett*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

\* keine Kassenleistung  
 Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.

zurück zur Fehler!



## 9 Dienste:

vorhanden, benötigt

Dienst	vorh.	benöt.
Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuchsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörbücherei, Medienboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeitendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedrigschwellige Betreuungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeanleitung, Pflegekurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeberatung durch Pflegeberater der Kassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorentreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zivildienstleistender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sonstiges) (Freitext)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9.1 Heilmittelverordnung und Rehabilitationsmaßnahmen anregen

Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsmaßnahme	<input type="checkbox"/>
(Sonstiges) (Freitext)	<input type="checkbox"/>

## **10 Wünsche, Ziele und Interessen des Klienten** (oder von wichtigen Kontaktpersonen (Angehörigen, Nachbarn))

## **11 Entscheidung Fallmanagement**

- ja:       ⇒     Versorgungsplan
- nein     ⇒     Maßnahmenplan
- nein     ⇒     nur Maßnahmen gem. 7. und 8.

Begründung:

## B. Versorgungsplan

Ziele und Maßnahmen werden bei Bedarf im laufenden Fall ergänzt oder geändert.

### 12 Ziele

(in Zusammenarbeit mit dem Klienten und ggf. Angehörigen und Dritten)

Ziele der Hilfe in hierarchischer Reihenfolge: [s. Hinweise zur Zielformulierung]

Buchstabe	Ziel	Zeitziel (ab...bis)	erledigt	geändert am (1)	Änderungsgrund	Datum Zeichen
a.						
b.						
c.						

<sup>1</sup> Buchstabe neues Ziel angeben

### 13 Maßnahmen planen

(Was muss unternommen werden, um die Ziele zu erreichen?)

Nr.	Maßnahme (Art und Umfang)	Ziel	Verantwortlicher	Zeitziel (ab...bis)	erledigt	geändert am (1)	Änderungsgrund	Datum Zeichen
		<i>z.B. a.&amp;c.</i>						

<sup>1</sup> Ziffer neue Maßnahme angeben

**Noch zu klären / erledigen / offene Fragen / nicht zu befriedigende Hilfebedarfe**

## C. Intervention (Koordination) und Monitoring (Überwachung)

### 14 PLANUNG und Dokumentation von Kontakten

#### Kontakte

Datum	Person /Institution	Vermerk	zu Mn(1)
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	

<sup>1</sup> Ziffer Maßnahme angeben

## D. Evaluation

[s. Hinweise zur Evaluation]

### 15 Zielerreichung und Ergebnis

#### 15.1 Zielerreichung

Buchstabe	aktuelle Ziel (aus Hilfeplanung übernehmen)	erreicht? ja/nein
a.		
b.		
c.		

für nicht erreichte Ziele: Gründe, warum das Ziel nicht erreicht wurde

- a.
- b.
- c.

#### 15.2 Entscheidung Abschluss oder neue Hilfeplanung

- Fall ist abgeschlossen am .....
- Fallmanagement ist abgeschlossen am .....
- Fallmanagement wird mit neuer Hilfeplanung fortgesetzt
- Begleitung und weitere Einzelmaßnahmen erforderlich

Begründung:

Für Dokumentation vorzusehen:

## **16 Abbruch des Fallmanagements**

Datum:

Begründung:

### 1.1.1.4 Dokumentationsbogen Zeitanteile

PSP

Datum:

**Erfassung des täglichen Zeitaufwands der Arbeitspakete in Minuten (täglich auszufüllen)**

Modul 1: Dokumentationen

Arbeitspaket	Anzahl / Einheiten	Zeitaufwand pro Arbeitspaket
Ausfüllen der Ersterfassungsbögen		Minuten
Ausfüllen der Falldokumentationsbögen (in Infopath)		Minuten

Modul 2: Information, Beratung (persönlicher Kontakt mit Klienten)

Arbeitspaket	Anzahl / Einheiten	Zeitaufwand pro Arbeitspaket
Telefonische Information		Minuten
Persönliche Information im PSP		Minuten
Ausführlicheres Beratungsgespräch (entsprechend §7a)		Minuten
als Hausbesuch		Minuten
Telefonisch		Minuten
im PSP		Minuten
davon: Anamnese und Einschätzung des Hilfebedarfs (soziale und wirtsch. Situation, körperliche und psychische Gesundheit, Pflegebedarfe usw.)		Minuten
davon: Lösungsexploration (Erarbeiten von alternativen Lösungsstrategien)		Minuten
davon: Verständigung auf gemeinsam erstellten Hilfeplan		Minuten
davon: Informationen/Material zusammengestellt und mitgegeben		Minuten
Fahrtzeiten zu Hausbesuchen		Minuten
Folgeberatung (weiterführende Beratung oder Monitoring und Überprüfung von Maßnahmen)		Minuten

Modul 3: Weitere Einzelfall bezogene Aktivitäten (ohne persönlichen Klientenkontakt, aber mit möglichen Kontakten zu anderen)

Arbeitspaket	Zeitaufwand pro Arbeitspaket
Recherche-Arbeit	Minuten
Kontaktaufnahmen, Koordinations- und Vernetzungsarbeit im Rahmen einer Einzelfallbearbeitung	Minuten
Team interner Austausch	Minuten

Modul 4: Klienten übergreifende Aktivitäten, Vernetzung

Arbeitspaket	Zeitaufwand pro Arbeitspaket
PSP-spezifische Öffentlichkeitsarbeit	Minuten
Eigene Referate, Vorträge	Minuten
(regelmäßige) Arbeitskreise, Arbeitsgruppen	Minuten
Fortbildungsveranstaltungen	Minuten
Sonstige Veranstaltungen	Minuten
Zusammenarbeit/Vernetzung mit Ehrenamtlichen oder Selbsthilfegruppen	Minuten
Zusammenarbeit/Vernetzung mit anderen PSP	Minuten
Zusammenarbeit/Vernetzung mit dem PSP Kinder und Jugendliche	Minuten
Zusammenarbeit/Vernetzung mit anderen Einrichtungen (Pflegeeinrichtungen, Ärzte, Beratungsstellen, Behörden usw.)	Minuten

Modul 5: Sonstige Tätigkeiten

Arbeitspaket	Zeitaufwand pro Arbeitspaket
Büroorganisation	Minuten
Dienstbesprechungen, Teamsitzungen (nicht bezogen auf den Einzelfall)	Minuten

### 1.1.1.5 Mitarbeiter-Leitfaden

## Leitfaden für Expertinneninterviews mit Mitarbeiterinnen der Pflegestützpunkte in Hamburg

### Teil A: Einzelfallbezogene Aktivitäten

#### Angefragte Themen und Nutzergruppen

- Welche Personengruppen wenden sich an die Beratungsstelle? Welche Anliegen haben die Klienten?
- Glauben Sie, dass Sie bestimmte Personengruppen nicht (gut) erreichen?  
- Menschen mit Migrationshintergrund, Berufstätige, soziale Schicht...
- Wie bewerten Sie das Einzugsgebiet des Standortes des PSP? Glauben Sie, dass Sie die Personen aus den unterschiedlichen Stadtteilen des Bezirks gut erreichen?
- Haben Sie den Eindruck, dass Sie die Nachfrage befriedigen können?
- Gibt es Beratungsbereiche oder Unterstützungsmaßnahmen, die Sie nicht abdecken können? Wenn ja, wie gehen Sie in solchen Fällen weiter vor? Oder konnten Sie die Beratungsbereiche gut bearbeiten?
- Sehen Sie irgendwelche Versorgungslücken, und wenn ja, können Sie diese beschreiben? Wie nehmen Sie Versorgungslücken wahr? Wie gehen Sie damit um?
- Lassen sich Hausbesuche gut in den Arbeitsablauf integrieren?

#### Information, Beratung und längerfristiger Begleitung (Case Management)

- Wann sprechen Sie von „Information“, wann von „Beratung“ und wann von „Begleitung“.
- In welchen Fällen erstellen Sie einen Versorgungs-/Hilfeplan?
- Welche Bedeutung hat für Sie die Dokumentation (Erstkontakte und Falldoku) in der täglichen Arbeit?
  - Beispielsweise als Hilfe / Unterstützung für die Fallarbeit?
  - Für die generell Beratungsarbeit im PSP, auch bezogen auf Teamarbeit?
- Welche Ihrer Anforderungen an ein DokuSystem werden schon erfüllt? Welche noch nicht?



## Teil B: Klientenübergreifende Aktivitäten

### Öffentlichkeitsarbeit

- Wie haben Sie die Öffentlichkeit über Ihre Einrichtung informiert?
- Halten Sie die bisherige Öffentlichkeitsarbeit für ausreichend? Sind weitere Maßnahmen erforderlich? Wenn ja, welche und wer sollte sie durchführen?
- Gibt es eine Nachfrageveränderung als Reaktion auf Aktionen zur Öffentlichkeitsarbeit? Wie machen sich diese bemerkbar?
- Welche Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit halten Sie für wichtig? Was ist realistisch? Welche Barrieren gibt es?

### Fortbildungsbedarfe / -zeit

- An welchen Fortbildungsveranstaltungen haben Sie bisher teilgenommen? Welche werden Sie noch besuchen?
- Ist das Angebot ausreichend? Wo besteht noch weiterer Bedarf?
- Wie halten Sie Ihr Wissen über die Angebotsstruktur auf dem aktuellen Stand?

### Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern

- Wie sieht die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (ambulante Pflegedienste, Ärzte, Gesundheitsamt, Sozialdienst/Case Management im Krankenhaus etc.) aus?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Finanzierungsträgern (Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger etc.)?
- Mit welchen Institutionen haben Sie (schriftliche oder mündliche) Vereinbarungen über die Zusammenarbeit?
- Wie leiten Sie Ihre Klienten zu anderen Einrichtungen über?
- Wie halten Sie persönlich Kontakt zu externen Kooperationspartnern?
- Welche Veranstaltungen zur Kontaktpflege mit externen Kooperationspartnern gibt es bzw. an welchen nehmen Sie teil?
  - Arbeitskreise inkl. Protokollführung
  - eigene selbst organisierte Veranstaltungen oder andere besuchte
  - Welche Rolle: Nur Zuhörer oder aktive Teilnahme?
- Beschreiben Sie bitte die Zusammenarbeit mit Freiwilligen / Ehrenamtlichen, Selbsthilfegruppen oder -organisationen.
- Beschreiben Sie bitte die Zusammenarbeit mit den anderen PSP.
- Beschreiben Sie bitte die Zusammenarbeit mit PSP Kinder und Jugendliche.

- Wie sieht der Zugang zu Ihrem PSP von Menschen mit Migrationshintergrund aus? Gibt es hier einen besonderen Umgang mit ihren Anfragen oder Kooperationen mit z.B. dem Modellprojekt „Pflegerberatung für Migranten“?

## Teil C: Übergreifende Themen

### Balance zwischen einzelfallbezogenen und klientenübergreifenden Aktivitäten

- Sind die Mitarbeiter im PSP in der Lage, sowohl den klientenbezogenen wie den übergreifenden Tätigkeiten genug Zeit zu widmen? Gibt es eine Prioritätensetzung? Gibt es eine Arbeitsteilung?

### Zusammenarbeit intern: Fallkonferenzen und Dokumentation

- Wie sind die Beratungsinhalte unter den Mitarbeiter/-innen (z.B. Pflegekasse / Kommune) aufgeteilt? Oder: Beraten alle Mitarbeiter/-innen zu den gleichen Themen?
- Wie sehen die Zuständigkeitsbereiche der Mitarbeiter/-innen aus?
- Wie sieht die konkrete Zusammenarbeit mit Hilfeplanung aus? Haben Sie bspw. Kontakt zu Pflegepersonal etc.?
- Wie verläuft die Zusammenarbeit im PSP / in der Beratungsstelle? Bspw. die Zusammenarbeit mit der bezirklichen Seniorenberatung (PSP-spezifisch formulieren!)?
- Wie verläuft die Kommunikation untereinander?
  - Gibt es regelmäßige Teamsitzungen oder Fallkonferenzen? Werden diese separat abgehalten?
  - Wie ist die Zusammenarbeit / das Miteinander von Mitarbeitern des Bezirks und der Kasse?

### Unterschiedliche Sichtweisen und Handlungskonzepte

- Wie wirken sich die unterschiedlichen Fachkompetenzen der Mitarbeiter auf die Zusammenarbeit aus?
  - Förderlich?
  - Hinderlich?

### Neutralität der Beratung / Abhängigkeit / Wettbewerb

- Welche Hilfestellung geben Sie Ihren Klienten für die Entscheidungsfindung für bestimmte Leistungen (Kriterienkatalog)? In welcher Form (mündlich/schriftlich)?
- Geben Sie im Rahmen Ihrer Beratung Empfehlungen für ganz bestimmte Leistungsanbieter? Auf welcher Grundlage (Entscheidungskriterien) basieren Ihre Empfehlungen?

- Wie stellen Sie eine neutrale und unabhängige Leistungserbringung sicher?

#### Zufriedenheit mit PSP-Arbeit / Bedarf an konzeptioneller Weiterentwicklung

- Sind Sie mit dem aktuellen Konzept für Ihren PSP zufrieden?
  - Bewährt sich die Trennung / Integration von PSP und Seniorenberatung?
  - Ist der PSP eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zur Seniorenberatung?  
Oder könnten die Tätigkeiten auch durch die BeSe abgedeckt werden?
- Können Sie ein paar Beispiele nennen, zum einen was gut ist und unbedingt beibehalten werden sollte und was noch verbesserungsbedürftig wäre?

## 1.1.1.6 Leitfaden Diskussionsrunden

### Leitfaden für Diskussionsrunde mit potenziellen Kooperationspartnern der Pflegestützpunkte in Hamburg

#### Vorstellungsrunde

##### 1. Unsere Aufgabe darstellen

###### Fragestellungen:

- Welche Kapazitäten müssten zur Bewältigung der aktuellen Nachfrage vorgehalten werden?
- Ist das Potential für die PSP ausgeschöpft, oder ist nach der Startphase und bei entsprechender Öffentlichkeitsarbeit mit einer erhöhten Nachfrage zu rechnen?
- Wo sind die benötigten Kapazitäten optimal lokalisiert?
- *Werden durch die zusätzliche Kraft im Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen Leistungen erbracht, für die Krankenkassen bereits im Rahmen der Finanzierung der Frühförderung nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 30 SGB IX aufkommen?*

###### Methodisches Vorgehen:

Abbildung 1: Dokumentenanalysen

Abbildung 2: Experteninterviews mit PSP-Mitarbeitern

Abbildung 3: Interviews /Diskussionsrunden mit zentralen Kooperationspartnern

Abbildung 4: Gesprächsgruppe unter Einbeziehung von Mitarbeiterinnen des Sonder-PSP, ein oder zwei Vertretern der acht PSP und Vertreter von Kassen, BSG und Beirat.

##### 2. Unser Anliegen erläutern

Sicht auf den PSP von extern

##### 3. Einstiegsfrage:

Wenn Sie an die Pflegestützpunkte in Hamburg denken: Was sind die drei wichtigsten Gedanken, die Ihnen spontan dazu einfallen? (schriftlich)

##### 4. Was macht Ihre Institution, das identisch oder ähnlich den Aufgaben der PSP ist?

##### 5. Was würden Sie sagen, wäre die Abgrenzung Ihrer Einrichtung zum PSP?

5a) Einzelfall bezogen

5b) Strukturell

**6. Werden PSP eher eingeschätzt als Konkurrenz oder Ergänzung:**

Konkurrenz, in wiefern (Einzelfallberatung / Vernetzung)

- Qualitativ
  - quantitativ
- oder Ergänzung
- Qualitativ
  - quantitativ

**7. Gibt es eine Kooperation?**

- Wenn ja: wie? ausreichend?
- Wenn nein: warum nicht? sinnvoll?
- Welche Rolle spielen andere Koop-Partner?

**8. Merken die in der Beratung in Ihrer Einrichtung Tätigen eine Veränderung seit PSP-Einführung? Wenn ja, wie?**

**9. Wie werden die PSP im Kontext der Seniorenberatung gesehen?**

**Gute Ergänzung, da**

- Viel Überschneidung, stört aber nicht
- SeBe deckt fast alles ab, deshalb Extra-PSP nicht nötig

**10. Haben Sie eine Meinung zu dem Sonder-PSP Kinder und Jugendliche?**

**11. Abschlussfrage**

Einschätzung der Weiterentwicklung der PSP, wichtigste Herausforderung für die Zukunft, Veränderungsbedarf (Nennen Sie die drei wichtigsten Punkte)

## 1.1.2 Teilstudie 2

### 1.1.2.1 Leitfaden Expertinneninterview TS 2

## Leitfaden Expertinneninterview TS 2 „Erwartungen potentieller Nutzer von Pflegestützpunkten“

### 1. EINLEITUNG

- Begrüßung sowie gegenseitige Vorstellung und
- Hinweis auf Aufzeichnung und Datenschutz (mündliche Einverständniserklärung).

### 2. HINTERGRUND DER UNTERSUCHUNG

- Kurze Erklärung zum Hintergrund der Studie und Klärung eventueller Fragen
- Kurze Darstellung des Ziels des Interviews: Erfassen von Nutzerwünschen und -perspektiven aus professioneller Sicht

### 3. LEITFRAGEN:

- Sie sind täglich mit verschiedenen Arten der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Können Sie unterschiedliche **Fälle von Besucherinnen (Fallbeispiele)** des/der Seniorentreffs / Beratungseinrichtung schildern. Uns interessieren hierbei v.a. die **Bedarfe und Bedürfnisse** der Menschen sowie **Barrieren** bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung sowie anderer Sozialleistungen (ambulanter Leistungen)
- Was können nach Ihrer Erfahrung **zentrale Fragen** bei einer Befragung sein, die die Erwartungen potentieller PSP-Nutzer an einen PSP möglichst vollständig abzubilden versucht?

### 4. ERWARTETE ERGEBNISKATEGORIEN (UND UNTERFRAGEN)

#### Häusliche Versorgungs- und Pflegesituation:

- Bei Pflegebedürftigkeit
  - Wie ist die Versorgung gewährleistet?
  - Wer pflegt?
  - Reicht das Pflegegeld? Reicht die Pflege durch den Pflegedienst?
  - Was sind Probleme bei Pflegegeld und Pflegedienst?
- Bei Hilfebedürftigkeit
  - Sind Hilfe und Unterstützungsleistungen bekannt?
  - Wenn Ja, Wie werden diese von den Seniorinnen und Senioren aufgenommen und umgesetzt?
  - Reichen diese Hilfen im Haushalt aus?
  - Benötigt diese Gruppe mehr Unterstützung bei alltäglichen Hausarbeiten?

#### Beratung und Information

- Welche Leistungen bietet der ST, welche nicht?
- Wer hilft und berät sonst?
- Welche speziellen Beratungsangebote für ältere Menschen kennen ihre Besucherinnen und Besucher?

- Welche speziellen Einrichtungen für ältere Menschen kennen ihre Nutzerinnen und Nutzer?
- In wie weit sind den Nutzern Leistungen der Pflegeversicherung bekannt?
- Informieren sich ihre Besucher über die Leistungen der Pflegeversicherung? Wenn Ja: Welche Erfahrungen haben sie dabei gemacht?
- Von wem werden die Seniorinnen und Senioren bis jetzt in Pflegefragen beraten?
- Wo sehen Sie die Hauptknackpunkte in der Pflegeberatung?
- Was sollte ihrer Meinung nach verbessert werden?

### **Pflegestützpunkte**

- Was erhoffen Sie sich von der Beratung sowie den Angeboten eines Pflegestützpunktes für ihre Arbeit?
- Sehen Sie in diesem neuen Angebot eine Entlastung ihrer Einrichtungsarbeit?
- Welche Fragen sehen sie bei den PSP verortet?
- Was sind die wichtigsten Barrieren bei der Nutzung der PSP?
- Werden Sie mit einem PSP kooperieren?

### **Wohnsituation:**

- Wie wohnen ihre Besucherinnen und Besucher hauptsächlich? Wie ist ihre Wohnung ausgestattet?
- Was sind ihrer Meinung nach die Hauptbarrieren in diesen Wohnungen?
- Könnten Sie sich vorstellen, dass ihre Nutzerinnen und Nutzer umzuziehen?
- Ist „ambulant vor stationär“ immer/in der Regel die richtige Devise?

## **5. ABSCHLUSS**

Gibt es aus Ihrer Sicht noch Aspekte im Zusammenhang mit Pflegeberatung und Pflegestützpunkten, die nicht genannt wurden?

**Vielen Dank!**

### 1.1.2.2 Leitfaden Gruppendiskussion mit Seniorinnen

## Leitfaden Gruppendiskussion mit Seniorinnen Seniorentreff in Hamburg am 09.11.2009

### 1. EINLEITUNG:

- Begrüßung und Vorstellung der Moderatoren,
- Vorstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer,
- Hinweis auf Aufzeichnung und Datenschutz (mündliche Einverständniserklärung),
- Erklärung zum Ablauf der Gruppendiskussion:
  - \* Bitte Mobiltelefone ausschalten
  - \* Getränke & Plätzchen „Bitte bedienen Sie sich“!
  - \* Auszahlung € 30,- nach der Gruppendiskussion

### 2. EINSTIEG:

- Erste Gedanken zum Thema Pflegebedürftigkeit, Pflegeberatung, Pflegehilfen und Unterstützung bei der Pflege
  - \* Welche Erfahrungen haben sie mit der Pflegeberatung bereits gemacht?
  - \* Was haben Sie bei der Einladung zur Diskussionsgruppe zum Thema Pflegestützpunkte gedacht?

### 3. HINTERGRUND DER UNTERSUCHUNG:

- Langsame, sprachlich sehr einfache sowie mündliche Erläuterung über den Sinn und Zweck der Untersuchung
- Haben Sie Fragen?

### 4. HAUPTTEIL:

- Evaluierung des Wissens und Erfahrungen sowie die Ansprüche und Erwartungen im Umgang mit der eigenen Pflegebedürftigkeit.

#### Teilbereich I: Häusliche Versorgungs- und Pflegesituation:

1. Sind Sie pflegebedürftig?
2. Benötigen Sie Unterstützung bei alltäglichen Hausarbeiten?
3. Wer hilft ihnen bei der Bewältigung?
4. Reicht diese Hilfe aus? und Wird diese Person nicht überfordert?
5. Wer kümmert sich um Sie, wenn Sie einmal unerwartet sehr krank werden?
6. Wie häufig besuchen Sie ihren Arzt?
7. Welche Krankheiten (physisch + psychisch) sind das?

#### Teilbereich II: Beratungserfahrung und Pflegeversicherung:

1. Haben Sie sich schon mal über spezielle Hilfen und Unterstützung im Alter informiert?
2. In wie weit sind Ihnen die Leistungen der Pflegeversicherung bekannt?
3. Haben Sie sich schon mal über die Leistungen der Pflegeversicherung informiert?
4. Wenn Ja: Welche Erfahrungen haben sie dabei gemacht?
5. Wer berät Sie bis jetzt in Pflegefragen?
6. Was erhoffen Sie sich von der Beratung sowie den Angeboten eines Pflegestützpunktes?
7. Haben Sie schon Vereinbarungen mit ihren Angehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten hinsichtlich ihrer Pflege getroffen?



### **Teilbereich III.: Wissen über die Pflege- und Unterstützungsangebote:**

1. Welche speziellen Beratungsangebote für ältere Menschen kennen Sie?
2. Welche speziellen Einrichtungen für ältere Menschen kennen Sie?
3. Welche speziellen Geräte, Vorrichtungen sowie alltägliche Unterstützungsangebote für ältere Menschen kennen bzw. benötigen Sie?

### **Teilbereich VI.: Wohnsituation:**

1. Wie wohnen Sie?
2. Wie ist ihre Wohnung ausgestattet?
3. Was stört Sie an ihrer Wohnung?
4. Könnten Sie sich vorstellen umzuziehen?

### **5. ENDE DER GRUPPENDISKUSSION:**

- \* Dank an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Seniorentreff Mitarbeiterinnen für die Unterstützung an der Studie.
- \* Auszahlung der € 30,-.

### 1.1.2.3 Fragebogen 1 Hilfebedürftige

Codenummer: \_ \_ \_ \_ \_




Universität Hamburg


## **ERSTE BEFRAGUNG ZU PFLEGESTÜTZPUNKTEN IN HAMBURG**



Das Forschungsprojekt zur Evaluation der Pflegestützpunkte in Hamburg wird gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und in Zusammenarbeit mit dem UKE, Institut für Medizinsoziologie durchgeführt.

Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg  
Martin-Luther-King-Platz 6  
20146 Hamburg  
Tel. 040 42838 7224 (Herr Dr. Köpke)

<b>1. Wer beantwortet diesen Fragebogen?</b>	<input type="checkbox"/> Der Hilfebedürftige <input type="checkbox"/> Jemand anderes, nämlich:  _____ (z.B.: Ehepartner, Kind, Freund, Betreuer usw.)
--	---

**ABSCHNITT A**  
**Fragen zu den Pflegestützpunkten**

<b>2. Haben Sie vor dieser Befragung schon mal von Pflegestützpunkten in Hamburg gehört?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 2a</b> <input type="checkbox"/> Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 3</b>
<b>2a. Wenn ja:</b> <b>Wie haben Sie davon gehört?</b> <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Medien (Radio, Fernsehen, Internet, usw.) <input type="checkbox"/> Werbung (Flyer, Zeitung, Plakate, usw.) <input type="checkbox"/> Familie, Freunde, Bekannte <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Behörden/Ämter <input type="checkbox"/> Andere, nämlich   _____ _____
<b>2b. Haben Sie sich schon mal bei einem Pflegestützpunkt informiert?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 4a</b> <input type="checkbox"/> Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 3</b>

<b>3. Werden Sie das Angebot der Pflegestützpunkte nutzen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → WEITER MIT FRAGE 4 <input type="checkbox"/> Nein → WEITER MIT FRAGE 3a
<b>3a. Wenn nein: Warum nicht?</b> <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Habe keinen Bedarf <input type="checkbox"/> Angebot sagt mir nicht zu <input type="checkbox"/> Habe kein Interesse <input type="checkbox"/> Ist mir zu aufwändig <input type="checkbox"/> Habe mich bereits anderswo informiert, nämlich bei:  _____  <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:  _____   <p style="text-align: center;"><b>BITTE WEITER MIT ABSCHNITT B (SEITE 6)</b></p>
<b>4. Wann werden Sie zum <u>ersten Mal</u> Kontakt zu einem Pflegestützpunkt aufnehmen?</b>	<input type="checkbox"/> Noch in dieser Woche <input type="checkbox"/> In diesem Monat <input type="checkbox"/> Im nächsten Monat <input type="checkbox"/> Später
<b>4a. <u>Wie</u> werden Sie den <u>ersten Kontakt</u> zu einem Pflegestützpunkt aufnehmen? ODER Wie haben Sie den ersten Kontakt aufgenommen?</b>	<input type="checkbox"/> Bin dort hingegangen <input type="checkbox"/> Per Telefon <input type="checkbox"/> Per Email <input type="checkbox"/> Per Brief <input type="checkbox"/> Per Fax
<b>4b. <u>Wie</u> wünschen Sie sich den <u>weiteren Kontakt</u> zum Pflegestützpunkt?</b> <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Vor Ort im Pflegestützpunkt <input type="checkbox"/> Bei mir zu Hause <input type="checkbox"/> Per Telefon <input type="checkbox"/> Per Email <input type="checkbox"/> Per Brief <input type="checkbox"/> Per Fax



**5. Wobei kann Ihnen der Pflegestützpunkt helfen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- Freizeit- und Kulturangebote**  
z.B.: Wo kann ich was unternehmen?
- Selbsthilfegruppen**  
z.B.: Wo finde ich andere betroffene Menschen, mit denen ich reden kann?
- Ehrenamtliche Hilfen**  
z.B.: Wer kommt mich unentgeltlich besuchen und hilft mir?
- Befreiungsmöglichkeiten**  
z.B.: Kann ich von Rundfunkgebühren befreit werden?
- Schwerbehindertenrecht**  
z.B.: Steht mir ein Schwerbehindertenausweis zu?
- Betreutes Wohnen**  
z.B.: Wo kann ich eine Wohnung mit Betreuung bekommen?
- Wohnraumanpassung**  
z.B.: Kann meine Wohnung für mich verbessert werden?
- Hilfs- und Pflegehilfsmittel**  
z.B.: Wo bekomme ich einen Gehwagen?
- Krankheiten**  
z.B.: Wo kann ich mich informieren?
- Ärzte**  
z.B.: Welche Fachärzte gibt es in der Nähe?
- Krankenhäuser**  
z.B.: Wie finde ich ein für mich passendes Krankenhaus?
- Hausnotrufdienste**  
z.B.: Kann ich sofort Hilfe bekommen, wenn ich alleine zu Hause in Not gerate?
- Essen auf Rädern**  
z.B.: Kann ich fertig zubereitetes Essen nach Hause bekommen?
- Haushaltshilfen**  
z.B.: Kann ich eine Hilfe für zu Hause bekommen?
- Fahrdienste**  
z.B.: Wer bringt mich zum Arzt, wenn ich nicht mehr alleine hinkomme?
- Betreuungsangebote**  
z.B.: Wer kümmert sich um mich, wenn ich mal alleine bin?

- Betreuungsverfahren**  
z.B.: Wer vertritt mich bei Kranken- und Pflegekassen, Behörden usw., wenn ich dies nicht mehr kann?
- Pflegedienste**  
z.B.: Wie erhalte ich einen passenden Pflegedienst?
- Tagespflege**  
z.B.: Wo kann ich meinen Angehörigen tageweise versorgen lassen?
- Kurzzeitpflege**  
z.B.: Wo kann ich vorübergehend außerhalb meines Zuhauses Pflege finden?
- Pflegezeiten und Pflegeurlaub**  
z.B.: Kann ich mich für die Pflege meiner Angehörigen von meinem Arbeitgeber befreien lassen?
- Pflegestufen**  
z.B.: Wie kann ich eine Pflegestufe beantragen?
- Ausfüllen von Anträgen**  
z.B.: Welche wichtigen Anträge muss ich stellen?
- Kranken- und Pflegeversicherung**  
z.B.: Was übernimmt meine Kranken- und Pflegeversicherung?
- Demenz bzw. Alzheimer Erkrankung**  
z.B.: Wo finde ich Rat und Informationen zu Demenz?
- Alten- und Pflegeheime**  
z.B.: Wie finde ich ein geeignetes Heim?
- Zuhause wohnen bleiben**  
z.B.: Wie kann ich einen Heimeinzug vermeiden?
- Sonstige, nämlich:**




---



---



---







---

**BITTE WEITER MIT ABSCHNITT B (SEITE 6)**



## ABSCHNITT B

### Angaben zum „Hilfebedürftigen“

<b>6. Geschlecht des Hilfebedürftigen?</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>7. Alter des Hilfebedürftigen?</b>	 _____ Jahre
<b>8. Spricht der Hilfebedürftige vorwiegend deutsch?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, vorwiegend  _____
<b>9. Welches ist der höchste Schulabschluss des Hilfebedürftigen?</b>	<input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Volksschule / Hauptschule <input type="checkbox"/> Kein Abschluss
<b>10. Wie lautet die Postleitzahl des Hilfebedürftigen?</b>	
<b>11. Welche Pflegestufe hat der Hilfebedürftige im Augenblick?</b>	<input type="checkbox"/> Keine / Pflegestufe 0 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 bzw. 3+
<b>11a. Wenn eine Pflegestufe vorliegt, seit wann?</b>	     Monat                      Jahr

<b>12. Mit wem wohnt der Hilfebedürftige zusammen?</b> <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Lebt alleine <input type="checkbox"/> Mit Ehepartner/Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Mit Geschwister(n) <input type="checkbox"/> Mit Kind <input type="checkbox"/> Mit Vater/Mutter <input type="checkbox"/> Mit anderen Angehörigen, Freunden oder Bekannten
--	---

<b>13. Braucht der Hilfebedürftige Hilfe im Haushalt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → WEITER MIT FRAGE 13a <input type="checkbox"/> Nein → WEITER MIT FRAGE 14
---	---

<b>13 a. Wenn ja: Wer hilft dem Hilfebedürftigen wie häufig?</b>	Angehörige      professioneller Dienst		
	Mehrmals täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mehrmals monatlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>14. Braucht der Hilfebedürftige Pflege?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → WEITER MIT FRAGE 14a <input type="checkbox"/> Nein
--	---

<b>14 a. Wenn ja: Wer pflegt den Hilfebedürftigen wie häufig?</b>	Angehörige      Pflegedienst		
	Mehrmals täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mehrmals monatlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANGEHÖRIGE BEANTWORTEN BITTE NOCH DIE FRAGEN IM ABSCHNITT C**





## ABSCHNITT C

### Angaben zum „Angehörigen“

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie sich in Frage 1 als Angehöriger angegeben haben!

15. Geschlecht des Angehörigen?


- weiblich  
 männlich

16. Alter des Angehörigen?

 \_\_\_\_\_ Jahre

17. Spricht der Angehörige vorwiegend deutsch?

- Ja  
 Nein, vorwiegend

 \_\_\_\_\_

18. Welches ist der höchste Schulabschluss des Angehörigen?

- Abitur  
 Realschule  
 Volksschule / Hauptschule  
 Kein Abschluss

19. Wie lautet die Postleitzahl des Angehörigen?

 | | | | |

**Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens**

## 1.1.2.4 Fragebogen 2 Hilfebedürftige

Codenummer: \_\_\_\_\_



Universität Hamburg

# ZWEITE BEFRAGUNG ZU PFLEGESTÜTZPUNKTEN IN HAMBURG

Das Forschungsprojekt wird gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Zusammenarbeit mit Hamburger Pflegekassen und dem UKE, Institut für Medizinsoziologie.

Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg  
Martin-Luther-King-Platz 6  
20146 Hamburg  
Tel. 040 42838 7224 (Herr Dr. Köpke)

1. Wer beantwortet diesen Fragebogen?

♣ Der Hilfebedürftige:

Jemand anderes, nämlich:



\_\_\_\_\_ (z.B. Ehefrau, Tochter, Sohn, Betreuer...)

## ABSCHNITT A

### Fragen zu den Pflegestützpunkten

2. Haben Sie sich seit der ersten Befragung an einen Pflegestützpunkt gewandt?

♣ Ja → WEITER MIT FRAGE 4

♣ Nein → WEITER MIT FRAGE 3

3. Wenn nein:  
Warum nicht?

*(Mehrfachantworten möglich)*

- ♣ Hatte keinen Bedarf
- ♣ Angebot sagte mir nicht zu
- ♣ War mir zu aufwändig
- ♣ Hatte noch keine Gelegenheit
- ♣ Sonstiges, nämlich:



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3a. Haben Sie andere Hilfsangebote in Anspruch genommen?

♣ Ja, → weiter mit Frage 3b



♣ Nein, → weiter mit Frage 3c

Wenn ja, welche?



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



<p><b>3b. Wenn ja:</b></p> <p><b>Warum haben Sie diese Angebote einem Pflegestützpunkt vorgezogen?</b></p> <p><i>(Mehrfachantworten möglich)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Habe bereits anderswo gute Erfahrungen gemacht</li> <li>♣ Für mich gut erreichbar z.B.: mit öffentlichen Verkehrsmitteln</li> <li>♣ Besser zu finden z.B.: ausgeschildert</li> <li>♣ Kürzerer Anfahrtsweg</li> <li>♣ Bessere Verfügbarkeit z.B.: Telefon, Internet, Fax</li> <li>♣ Günstigere Öffnungszeiten</li> <li>♣ Weil ich weiß, was ich dort bekomme</li> <li>♣ Weil man mich dort kennt</li> </ul> <p>Sonstiges:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>3c. Wenn nein:</b></p> <p><b>Was müsste anders sein, damit Sie sich in Zukunft an einen Pflegestützpunkt wenden?</b></p>	<p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>⇒BITTE WEITER MIT FRAGE 18 IN ABSCHNITT B⇐</b></p>

<p><b>4. Wann haben Sie zum ersten Mal Kontakt zu einem Pflegestützpunkt aufgenommen?</b></p>	<p>Vor _____ Wochen</p> <p>Vor _____ Tagen</p>
---	--

**5. Wie haben Sie beim ersten Mal Kontakt zum Pflegestützpunkt aufgenommen?**

- Vor Ort im Pflegestützpunkt
- Per Telefon
- Per Email
- Per Brief
- Per Fax

**6. Wo und wie häufig fand der Kontakt statt?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

**Beispiel:**

- 3x** im Pflegestützpunkt
- 1x** bei mir zu Hause
- 2x** per Telefon

- Im Pflegestützpunkt
- Bei mir zu Hause
- Per Telefon
- Per Email
- Per Brief
- Per Fax

**7. Mit welchem Pflegestützpunkt in Hamburg hatten Sie bereits Kontakt?**

*(Mehrfachantworten möglich)*


- Hamburg-Mitte**  
Besenbinder Hof 41
- Altona**  
Achtern Born 135
- Eimsbüttel**  
Garstedter Weg 13
- Hamburg-Nord**  
Kümmellstraße 7
- Wandsbek**  
Wandsbeker Allee 62
- Rahlstedt**  
Rahlstedter Straße 151 - 157
- Bergedorf**  
Wentorfer Straße 38
- Harburg**  
Harburger Straße 33 - 35
- Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche**  
Eppendorfer Landstraße 59




**8. Bei welchen Fragen hat Ihnen der Pflegestützpunkt geholfen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- ♣ Freizeit- und Kulturangebote  
z.B.: Wo kann ich was unternehmen?
- ♣ Selbsthilfegruppen  
z.B.: Wo finde ich andere betroffene Menschen, mit denen ich reden kann?
- ♣ Ehrenamtliche Hilfen  
z.B.: Wer kommt mich unentgeltlich besuchen und hilft mir?
- ♣ Befreiungsmöglichkeiten  
z.B.: Kann ich von Rundfunkgebühren befreit werden?
- ♣ Schwerbehindertenrecht  
z.B.: Steht mir ein Schwerbehindertenausweis zu?
- ♣ Betreutes Wohnen  
z.B.: Wo kann ich eine Wohnung mit Betreuung bekommen?
- ♣ Wohnraumanpassung  
z.B.: Kann meine Wohnung für mich verbessert werden?
- ♣ Hilfs- und Pflegehilfsmittel  
z.B.: Wo bekomme ich einen Gehwagen?
- ♣ Krankheiten  
z.B.: Wo kann ich mich informieren?
- ♣ Ärzte  
z.B.: Gibt es Fachärzte in der Nähe?
- ♣ Krankenhäuser  
z.B.: Wie finde ich ein für mich passendes Krankenhaus?
- ♣ Hausnotrufdienste  
z.B.: Kann ich sofort Hilfe bekommen, wenn ich alleine zu Hause in Not gerate?
- ♣ Essen auf Rädern  
z.B.: Kann ich fertig zubereitetes Essen nach Hause bekommen?
- ♣ Haushaltshilfen  
z.B.: Kann ich eine Hilfe für zu Hause bekommen?
- ♣ Fahrdienste  
z.B.: Wer bringt mich zum Arzt, wenn ich nicht mehr alleine hinkomme?
- ♣ Betreuungsangebote  
z.B.: Wer kümmert sich um mich, wenn ich mal alleine bin?
- ♣ Betreuungsverfahren  
z.B.: Wer vertritt mich bei Kranken- und Pflegekassen, Behörden usw., wenn ich nicht mehr kann?
- ♣ Pflegedienste  
z.B.: Wie erhalte ich einen passenden Pflegedienst?
- ♣ Tagespflege


	<p><b>z.B.:</b> Wo kann ich meinen Angehörigen tageweise versorgen lassen?</p> <p>♣ <b>Kurzzeitpflege</b> z.B.: Wo kann ich vorübergehend außerhalb meines Zuhauses Pflege finden?</p> <p>♣ <b>Pflegezeiten und Pflegeurlaub</b> z.B.: Kann ich mich für die Pflege meiner Angehörigen von meinem Arbeitgeber befreien lassen?</p> <p>♣ <b>Pflegestufen</b> z.B.: Wie kann ich eine Pflegestufe beantragen?</p> <p>♣ <b>Ausfüllen von Anträgen</b> z.B.: Welche wichtigen Anträge muss ich stellen?</p> <p>♣ <b>Kranken- und Pflegeversicherung</b> z.B.: Was übernimmt meine Kranken- und Pflegeversicherung?</p> <p>♣ <b>Demenz bzw. Alzheimer</b> z.B.: Wo finde ich Rat und Informationen zu Demenz?</p> <p>♣ <b>Alten- und Pflegeheime</b> z.B.: Wie finde ich ein geeignetes Heim?</p> <p>♣ <b>Zuhause wohnen bleiben</b> z.B.: Wie kann ich einen Heimeinzug vermeiden?</p> <p>♣ <b>Sonstige, nämlich:</b></p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--


<p><b>9. Welche Angebote haben Ihnen gefehlt?</b></p>	<p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

<p><b>10. Ging es im Gespräch mit dem Pflegestützpunkt auch um die Vermeidung eines Heimeinzuges?</b></p>	<p>♣ Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 10A</b></p> <p>♣ Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 11</b></p>
---	--

<p><b>10a. Wenn Ja: Konnte der Heimeinzug vermieden werden?</b></p>	<p>♣ Ja</p> <p>♣ Nein</p>
---	---------------------------





<b>11. Sind Ihre Erwartungen an den Pflegestützpunkt erfüllt worden?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Voll erfüllt</li> <li>♣ Weitestgehend erfüllt</li> <li>♣ Eher nicht erfüllt</li> <li>♣ Nicht erfüllt</li> </ul>
<b>11a. Ihre Begründung:</b>	 _____ _____ _____ _____

<b>12. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung der Pflegestützpunktes?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Sehr zufrieden</li> <li>♣ Weitestgehend zufrieden</li> <li>♣ Eher unzufrieden</li> <li>♣ Unzufrieden</li> </ul>
<b>12a. Ihre Begründung:</b>	 _____ _____ _____ _____ _____

<b>13. Was fanden Sie gut bzw. was fanden Sie nicht gut rund um den Pflegestützpunkt?</b>		<b>Gut</b>	<b>Nicht gut</b>
	Öffnungszeiten	♣	♣
	Wartezeit z.B.: Wie schnell haben Sie einen Termin bekommen?	♣	♣
	Telefonische Erreichbarkeit	♣	♣
	Erreichbarkeit z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln	♣	♣
	Ebenerdiger Zugang z.B.: Fahrstuhl oder Rollstuhlrampe	♣	♣
	Findbarkeit z.B.: Ausschilderung	♣	♣
Entfernung zum Wohnort	♣	♣	




<b>13a. Was fanden Sie darüber hinaus gut bzw. nicht gut rund um den Pflegestützpunkt?</b>	<p>Sonstiges war <b>gut</b>:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sonstiges war <b>nicht gut</b>:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

**14. Wie war die Beratung im Pflegestützpunkt?**

	Ja	Zum Teil	Nein
Die Beratung war für mich hilfreich.....	♣	♣	♣
Die Beratung war für mich vertraulich.....	♣	♣	♣
Die Beratung war für mich verständlich.....	♣	♣	♣
Es hat sich eine Person um meine Belange gekümmert.....	♣	♣	♣
Die Beratung war genau auf mich zugeschnitten.....	♣	♣	♣
Ich konnte alle meine Fragen stellen.....	♣	♣	♣
Meine Fragen wurden ernst genommen.....	♣	♣	♣
Alle meine Fragen wurden beantwortet.....	♣	♣	♣
Es wurde mir verschiedene Möglichkeiten unterbreitet.....	♣	♣	♣
Ich wurde nach meiner Meinung gefragt.....	♣	♣	♣
Ich wurde <b>nicht</b> nach „Schema F“ behandelt.....	♣	♣	♣


Des Weiteren **hat mir gut** gefallen bei der Information bzw. Beratung:

 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


**Nicht gut** gefallen hat mir bei der Information bzw. Beratung:

 \_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



<b>15. Wurden Sie an eine andere Beratungsstelle vermittelt?</b>	♣ Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 15A</b> ♣ Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 16</b>
<b>15a. Wenn Ja: An welche?</b>	 _____ _____ _____

<b>16. Was könnte aus Ihrer Sicht am Angebot des Pflegestützpunktes verbessert werden?</b>	 _____ _____ _____ _____
--	--

<b>17. Werden Sie das Angebot eines Pflegestützpunktes wieder in Anspruch nehmen?</b>	♣ Ja → <b>BITTE WEITER MIT FRAGE 18 IN ABSCHNITT B</b> ♣ Nein → <b>BITTE WEITER MIT FRAGE 17a</b>
<b>17a. Wenn nein: Warum nicht?</b>	♣ Bin ausreichend informiert ♣ Angebot sagt mir nicht zu ♣ Sonstiges, nämlich:  _____ _____ _____ _____

**ABSCHNITT B**  
**ANGABEN ZUM „HILFEBEDÜRFTIGEN“**

18. Wie lautet die Postleitzahl des Hilfebedürftigen?

--	--	--	--	--

19. Welche Pflegestufe hat der Hilfebedürftige im Augenblick?

- ♣ Keine / Pflegestufe 0
- ♣ Pflegestufe 1
- ♣ Pflegestufe 2
- ♣ Pflegestufe 3 bzw. 3+

**ABSCHNITT C**

**ANGABEN ZUM „ANGEHÖRIGEN“**

- BITTE NUR AUSFÜLLEN, WENN SIE SICH IN FRAGE 1 ALS ANGEHÖRIGER ANGEZEIGT HABEN -

20. Wie lautet die Postleitzahl des Angehörigen?

--	--	--	--	--

**Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens**

### 1.1.2.5 Fragebogen1 Pflegebedürftige

Codenummer: \_ \_ \_ \_ \_



Universität Hamburg

## **ERSTE BEFRAGUNG ZU PFLEGESTÜTZPUNKTEN IN HAMBURG**

Forschungsprojekt „PSPHH“ gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit (BSG) in Zusammenarbeit mit Hamburger Pflegekassen und dem UKE, Institut für Medizinsoziologie

Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg  
Martin-Luther-King-Platz 6  
20146 Hamburg  
Tel. 040 42838 7224 (Herr Dr. Köpke)

**1. Wer beantwortet diesen Fragebogen?**

- Der Pflegebedürftige
- Jemand anderes, nämlich:



\_\_\_\_\_

(z.B.: Ehepartner, Kind, Freund, Betreuer usw.)

## ABSCHNITT A

### Fragen zu den Pflegestützpunkten

**2. Haben Sie vor dieser Befragung schon mal von Pflegestützpunkten in Hamburg gehört?**

- Ja → WEITER MIT FRAGE 2a
- Nein → WEITER MIT FRAGE 3

**2a. Wenn ja:**  
**Wie haben Sie davon gehört?**  
*(Mehrfachantworten möglich)*



- Medien  
(Radio, Fernsehen, Internet, usw.)
- Werbung  
(Flyer, Zeitung, Plakate, usw.)
- Familie, Freunde, Bekannte
- Arzt
- Beratungsstelle
- Krankenhaus
- Pflegedienst
- Krankenkasse
- Behörden/Ämter
- Andere, nämlich



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2b. Haben Sie sich schon mal bei einem Pflegestützpunkt informiert?**

- Ja
- Nein

<b>3. Werden Sie das Angebot der Pflegestützpunkte nutzen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 4</b> <input type="checkbox"/> Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 3a</b>
<b>3a. Wenn nein: Warum nicht?</b> <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Habe keinen Bedarf <input type="checkbox"/> Angebot sagt mir nicht zu <input type="checkbox"/> Habe kein Interesse <input type="checkbox"/> Ist mir zu aufwändig <input type="checkbox"/> Habe mich bereits anderswo informiert, nämlich bei:  _____  <input type="checkbox"/> Sonstiges, nämlich:  _____  <p style="text-align: center;"><b>BITTE WEITER MIT ABSCHNITT B (SEITE 6)</b></p>
<b>4. Wann werden Sie zum <u>ersten Mal</u> Kontakt zu einem Pflegestützpunkt aufnehmen?</b>	<input type="checkbox"/> Noch in dieser Woche <input type="checkbox"/> In diesem Monat <input type="checkbox"/> Im nächsten Monat <input type="checkbox"/> Später <input type="checkbox"/> Habe schon Kontakt aufgenommen
<b>4a. Wie werden Sie den <u>ersten Kontakt</u> zu einem Pflegestützpunkt aufnehmen?</b>	<input type="checkbox"/> Werde dort hingehen <input type="checkbox"/> Per Telefon <input type="checkbox"/> Per Email <input type="checkbox"/> Per Brief <input type="checkbox"/> Per Fax <input type="checkbox"/> Habe schon Kontakt aufgenommen
<b>4b. Wie wünschen Sie sich den <u>weiteren Kontakt</u> zum Pflegestützpunkt?</b> <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Vor Ort im Pflegestützpunkt <input type="checkbox"/> Bei mir zu Hause <input type="checkbox"/> Per Telefon <input type="checkbox"/> Per Email <input type="checkbox"/> Per Brief

Per Fax



**5. Wobei kann Ihnen der Pflegestützpunkt helfen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- Freizeit- und Kulturangebote**  
z.B.: Wo kann ich was unternehmen?
- Selbsthilfegruppen**  
z.B.: Wo finde ich andere betroffene Menschen, mit denen ich reden kann?
- Ehrenamtliche Hilfen**  
z.B.: Wer kommt mich unentgeltlich besuchen und hilft mir?
- Befreiungsmöglichkeiten**  
z.B.: Kann ich von Rundfunkgebühren befreit werden?
- Schwerbehindertenrecht**  
z.B.: Steht mir ein Schwerbehindertenausweis zu?
- Betreutes Wohnen**  
z.B.: Wo kann ich eine Wohnung mit Betreuung bekommen?
- Wohnraumanpassung**  
z.B.: Kann meine Wohnung für mich verbessert werden?
- Hilfs- und Pflegehilfsmittel**  
z.B.: Wo bekomme ich einen Gehwagen?
- Krankheiten**  
z.B.: Wo kann ich mich informieren?
- Ärzte**  
z.B.: Welche Fachärzte gibt es in der Nähe?
- Krankenhäuser**  
z.B.: Wie finde ich ein für mich passendes Krankenhaus?
- Hausnotrufdienste**  
z.B.: Kann ich sofort Hilfe bekommen, wenn ich alleine zu Hause in Not gerate?
- Essen auf Rädern**  
z.B.: Kann ich fertig zubereitetes Essen nach Hause bekommen?
- Haushaltshilfen**  
z.B.: Kann ich eine Hilfe für zu Hause bekommen?
- Fahrdienste**  
z.B.: Wer bringt mich zum Arzt, wenn ich nicht mehr alleine hinkomme?
- Betreuungsangebote**  
z.B.: Wer kümmert sich um mich, wenn ich mal alleine bin?

- Betreuungsverfahren**  
z.B.: Wer vertritt mich bei Kranken- und Pflegekassen, Behörden usw., wenn ich dies nicht mehr kann?
- Pflegedienste**  
z.B.: Wie erhalte ich einen passenden Pflegedienst?
- Tagespflege**  
z.B.: Wo kann ich meinen Angehörigen tageweise versorgen lassen?
- Kurzzeitpflege**  
z.B.: Wo kann ich vorübergehend außerhalb meines Zuhauses Pflege finden?
- Pflegezeiten und Pflegeurlaub**  
z.B.: Kann ich mich für die Pflege meiner Angehörigen von meinem Arbeitgeber befreien lassen?
- Pflegestufen**  
z.B.: Wie kann ich eine Pflegestufe beantragen?
- Ausfüllen von Anträgen**  
z.B.: Welche wichtigen Anträge muss ich stellen?
- Kranken- und Pflegeversicherung**  
z.B.: Was übernimmt meine Kranken- und Pflegeversicherung?
- Demenz bzw. Alzheimer Erkrankung**  
z.B.: Wo finde ich Rat und Informationen zu Demenz?
- Alten- und Pflegeheime**  
z.B.: Wie finde ich ein geeignetes Heim?
- Zuhause wohnen bleiben**  
z.B.: Wie kann ich einen Heimeinzug vermeiden?
- Sonstige, nämlich:**




---



---



---



---





**BITTE WEITER MIT ABSCHNITT B (SEITE 6)**





## ABSCHNITT B

### Angaben zum „Pflegebedürftigen“

<b>6. Geschlecht des Pflegebedürftigen?</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>7. Alter des Pflegebedürftigen?</b>	 _____ Jahre
<b>8. Spricht der Pflegebedürftige vorwiegend deutsch?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, vorwiegend  _____
<b>9. Welches ist der höchste Schulabschluss des Pflegebedürftigen?</b>	<input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Volksschule / Hauptschule <input type="checkbox"/> Kein Abschluss
<b>10. Wie lautet die Postleitzahl des Pflegebedürftigen?</b>	
<b>11. Welche Pflegestufe hat der Pflegebedürftige im Augenblick?</b>	<input type="checkbox"/> Keine / Pflegestufe 0 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 bzw. 3+
<b>11a. Wenn eine Pflegestufe vorliegt, seit wann?</b>	         Monat                      Jahr

<b>12. Mit wem wohnt der Pflegebedürftige zusammen?</b> <i>(Mehrfachantworten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Lebt alleine <input type="checkbox"/> Mit Ehepartner/Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Mit Geschwister(n) <input type="checkbox"/> Mit Kind <input type="checkbox"/> Mit Vater/Mutter <input type="checkbox"/> Mit anderen Angehörigen, Freunden oder Bekannten
---	---

<b>13. Braucht der Pflegebedürftige Hilfe im Haushalt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 13a</b> <input type="checkbox"/> Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 14</b>
--	---

<b>13a. Wenn ja: Wer hilft dem Pflegebedürftigen wie häufig?</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Angehörige</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">professioneller Dienst</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mehrmals täglich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal täglich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mehrmals wöchentlich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal wöchentlich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mehrmals monatlich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Angehörige	professioneller Dienst	Mehrmals täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrmals monatlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angehörige	professioneller Dienst																	
Mehrmals täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Mehrmals monatlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

<b>14. Braucht der Pflegebedürftige Pflege?</b>	<input type="checkbox"/> Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 14a</b> <input type="checkbox"/> Nein
---	--

<b>14a. Wenn ja: Wer pflegt den Pflegebedürftigen wie häufig?</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Angehörige</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Pflegedienst</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mehrmals täglich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal täglich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mehrmals wöchentlich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal wöchentlich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mehrmals monatlich</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Angehörige	Pflegedienst	Mehrmals täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehrmals monatlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angehörige	Pflegedienst																	
Mehrmals täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Einmal täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Mehrmals monatlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

**ANGEHÖRIGE BEANTWORTEN BITTE NOCH DIE FRAGEN IM ABSCHNITT C**

## ABSCHNITT C

### Angaben zum „Angehörigen“

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie sich in Frage 1 als Angehöriger angegeben haben!

15. Geschlecht des Angehörigen?


- weiblich  
 männlich

16. Alter des Angehörigen?

 \_\_\_\_\_ Jahre

17. Spricht der Angehörige vorwiegend deutsch?

- Ja  
 Nein, vorwiegend

 \_\_\_\_\_

18. Welches ist der höchste Schulabschluss des Angehörigen?

- Abitur  
 Realschule  
 Volksschule / Hauptschule  
 Kein Abschluss


19. Wie lautet die Postleitzahl des Angehörigen?

 | | | | |

## Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens

In ca. 4 Monaten möchten wir Sie noch einmal zu den Pflegestützpunkten befragen. Damit wir Sie, oder Ihre Angehörigen, besser erreichen können, bitten wir Sie uns Ihre Adresse mitzuteilen, an die wir den zweiten Fragebogen senden können.

**Diese Angabe ist freiwillig**

 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 1.1.2.6 Fragebogen 2 Pflegebedürftige

Codenummer: \_\_\_\_\_



Universität Hamburg

# ZWEITE BEFRAGUNG ZU PFLEGESTÜTZPUNKTEN IN HAMBURG

Das Forschungsprojekt wird gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Zusammenarbeit mit Hamburger Pflegekassen und dem UKE, Institut für Medizinsoziologie.

Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg  
Martin-Luther-King-Platz 6  
20146 Hamburg  
Tel. 040 42838 7224 (Herr Dr. Köpke)

1. Wer beantwortet diesen Fragebogen?

♣ Der **Pflegebedürftige**:

Jemand anderes, nämlich:



\_\_\_\_\_

(z.B. Ehefrau, Tochter, Sohn, Betreuer...)

## ABSCHNITT A

### Fragen zu den Pflegestützpunkten

2. Haben Sie sich seit der ersten Befragung an einen Pflegestützpunkt gewandt?

♣ Ja → **WEITER MIT FRAGE 4**

♣ Nein → **WEITER MIT FRAGE 3**

3. Wenn nein:  
Warum nicht?

*(Mehrfachantworten möglich)*

- ♣ Hatte keinen Bedarf
- ♣ Angebot sagte mir nicht zu
- ♣ War mir zu aufwändig
- ♣ Hatte noch keine Gelegenheit
- ♣ Sonstiges, nämlich:



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3a. Haben Sie andere Hilfsangebote in Anspruch genommen?

♣ Ja, → weiter mit Frage 3b

♣ Nein, → weiter mit Frage 3c

Wenn ja, welche?





\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



<p><b>3b. Wenn ja:</b></p> <p><b>Warum haben Sie diese Angebote einem Pflegestützpunkt vorgezogen?</b></p> <p><i>(Mehrfachantworten möglich)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Habe bereits anderswo gute Erfahrungen gemacht</li> <li>♣ Für mich gut erreichbar z.B.: mit öffentlichen Verkehrsmitteln</li> <li>♣ Besser zu finden z.B.: ausgeschildert</li> <li>♣ Kürzerer Anfahrtsweg</li> <li>♣ Bessere Verfügbarkeit z.B.: Telefon, Internet, Fax</li> <li>♣ Günstigere Öffnungszeiten</li> <li>♣ Weil ich weiß, was ich dort bekomme</li> <li>♣ Weil man mich dort kennt</li> </ul> <p>Sonstiges:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>3c. Wenn nein:</b></p> <p><b>Was müsste anders sein, damit Sie sich in Zukunft an einen Pflegestützpunkt wenden?</b></p>	<p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>⇒BITTE WEITER MIT FRAGE 18 IN ABSCHNITT B⇐</b></p>

<p><b>4. Wann haben Sie zum ersten Mal Kontakt zu einem Pflegestützpunkt aufgenommen?</b></p>	<p>Vor _____ Wochen</p> <p>Vor _____ Tagen</p>
---	--

**5. Wie haben Sie beim ersten Mal Kontakt zum Pflegestützpunkt aufgenommen?**

- Vor Ort im Pflegestützpunkt
- Per Telefon
- Per Email
- Per Brief
- Per Fax

**6. Wo und wie häufig fand der Kontakt statt?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

**Beispiel:**

- 3x** im Pflegestützpunkt
- 1x** bei mir zu Hause
- 2x** per Telefon

- Im Pflegestützpunkt
- Bei mir zu Hause
- Per Telefon
- Per Email
- Per Brief
- Per Fax

**7. Mit welchem Pflegestützpunkt in Hamburg hatten Sie bereits Kontakt?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- Hamburg-Mitte  
Besenbinder Hof 41
- Altona  
Achtern Born 135
- Eimsbüttel  
Garstedter Weg 13
- Hamburg-Nord  
Kümmellstraße 7
- Wandsbek  
Wandsbeker Allee 62
- Rahlstedt  
Rahlstedter Straße 151 - 157
- Bergedorf  
Wentorfer Straße 38
- Harburg  
Harburger Straße 33 - 35
- Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche  
Eppendorfer Landstraße 59





**8. Bei welchen Fragen hat Ihnen der Pflegestützpunkt geholfen?**

*(Mehrfachantworten möglich)*

- ♣ Freizeit- und Kulturangebote  
z.B.: Wo kann ich was unternehmen?
- ♣ Selbsthilfegruppen  
z.B.: Wo finde ich andere betroffene Menschen, mit denen ich reden kann?
- ♣ Ehrenamtliche Hilfen  
z.B.: Wer kommt mich unentgeltlich besuchen und hilft mir?
- ♣ Befreiungsmöglichkeiten  
z.B.: Kann ich von Rundfunkgebühren befreit werden?
- ♣ Schwerbehindertenrecht  
z.B.: Steht mir ein Schwerbehindertenausweis zu?
- ♣ Betreutes Wohnen  
z.B.: Wo kann ich eine Wohnung mit Betreuung bekommen?
- ♣ Wohnraumanpassung  
z.B.: Kann meine Wohnung für mich verbessert werden?
- ♣ Hilfs- und Pflegehilfsmittel  
z.B.: Wo bekomme ich einen Gehwagen?
- ♣ Krankheiten  
z.B.: Wo kann ich mich informieren?
- ♣ Ärzte  
z.B.: Gibt es Fachärzte in der Nähe?
- ♣ Krankenhäuser  
z.B.: Wie finde ich ein für mich passendes Krankenhaus?
- ♣ Hausnotrufdienste  
z.B.: Kann ich sofort Hilfe bekommen, wenn ich alleine zu Hause in Not gerate?
- ♣ Essen auf Rädern  
z.B.: Kann ich fertig zubereitetes Essen nach Hause bekommen?
- ♣ Haushaltshilfen  
z.B.: Kann ich eine Hilfe für zu Hause bekommen?
- ♣ Fahrdienste  
z.B.: Wer bringt mich zum Arzt, wenn ich nicht mehr alleine hinkomme?
- ♣ Betreuungsangebote  
z.B.: Wer kümmert sich um mich, wenn ich mal alleine bin?
- ♣ Betreuungsverfahren  
z.B.: Wer vertritt mich bei Kranken- und Pflegekassen, Behörden usw., wenn ich nicht mehr kann?
- ♣ Pflegedienste  
z.B.: Wie erhalte ich einen passenden Pflegedienst?
- ♣ Tagespflege




	<p><b>z.B.:</b> Wo kann ich meinen Angehörigen tageweise versorgen lassen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ <b>Kurzzeitpflege</b> z.B.: Wo kann ich vorübergehend außerhalb meines Zuhauses Pflege finden?</li> <li>♣ <b>Pflegezeiten und Pflegeurlaub</b> z.B.: Kann ich mich für die Pflege meiner Angehörigen von meinem Arbeitgeber befreien lassen?</li> <li>♣ <b>Pflegestufen</b> z.B.: Wie kann ich eine Pflegestufe beantragen?</li> <li>♣ <b>Ausfüllen von Anträgen</b> z.B.: Welche wichtigen Anträge muss ich stellen?</li> <li>♣ <b>Kranken- und Pflegeversicherung</b> z.B.: Was übernimmt meine Kranken- und Pflegeversicherung?</li> <li>♣ <b>Demenz bzw. Alzheimer</b> z.B.: Wo finde ich Rat und Informationen zu Demenz?</li> <li>♣ <b>Alten- und Pflegeheime</b> z.B.: Wie finde ich ein geeignetes Heim?</li> <li>♣ <b>Zuhause wohnen bleiben</b> z.B.: Wie kann ich einen Heimeinzug vermeiden?</li> <li>♣ <b>Sonstige, nämlich:</b></li> </ul> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---


<b>9. Welche Angebote haben Ihnen gefehlt?</b>	<p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

<b>10. Ging es im Gespräch mit dem Pflegestützpunkt auch um die Vermeidung eines Heimeinzuges?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 10A</b></li> <li>♣ Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 11</b></li> </ul>
--	---



<b>10a. Wenn Ja: Konnte der Heimeinzug vermieden werden?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Ja</li> <li>♣ Nein</li> </ul>
--	--





<b>11. Sind Ihre Erwartungen an den Pflegestützpunkt erfüllt worden?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Voll erfüllt</li> <li>♣ Weitestgehend erfüllt</li> <li>♣ Eher nicht erfüllt</li> <li>♣ Nicht erfüllt</li> </ul>
<b>11a. Ihre Begründung:</b>	 _____ _____ _____ _____


<b>12. Wie zufrieden waren Sie mit der Leistung der Pflegestützpunktes?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Sehr zufrieden</li> <li>♣ Weitestgehend zufrieden</li> <li>♣ Eher unzufrieden</li> <li>♣ Unzufrieden</li> </ul>
<b>12a. Ihre Begründung:</b>	 _____ _____ _____ _____ _____

<b>13. Was fanden Sie gut bzw. was fanden Sie nicht gut rund um den Pflegestützpunkt?</b>		<b>Gut</b>	<b>Nicht gut</b>
	Öffnungszeiten	♣	♣
	Wartezeit z.B.: Wie schnell haben Sie einen Termin bekommen?	♣	♣
	Telefonische Erreichbarkeit	♣	♣
	Erreichbarkeit z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln	♣	♣
	Ebenerdiger Zugang z.B.: Fahrstuhl oder Rollstuhlrampe	♣	♣
	Findbarkeit z.B.: Ausschilderung	♣	♣
Entfernung zum Wohnort	♣	♣	


<b>13a. Was fanden Sie darüber hinaus gut bzw. nicht gut rund um den Pflegestützpunkt?</b>	<p>Sonstiges war <b>gut</b>:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Sonstiges war <b>nicht gut</b>:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

<b>14. Wie war die Beratung im Pflegestützpunkt?</b>			
	Ja	Zum Teil	Nein
Die Beratung war für mich hilfreich.....	♣	♣	♣
Die Beratung war für mich vertraulich.....	♣	♣	♣
Die Beratung war für mich verständlich.....	♣	♣	♣
Es hat sich eine Person um meine Belange gekümmert.....	♣	♣	♣
Die Beratung war genau auf mich zugeschnitten.....	♣	♣	♣
Ich konnte alle meine Fragen stellen.....	♣	♣	♣
Meine Fragen wurden ernst genommen.....	♣	♣	♣
Alle meine Fragen wurden beantwortet.....	♣	♣	♣
Es wurde mir verschiedene Möglichkeiten unterbreitet.....	♣	♣	♣
Ich wurde nach meiner Meinung gefragt.....	♣	♣	♣
Ich wurde <b>nicht</b> nach „Schema F“ behandelt.....	♣	♣	♣
<p>Des Weiteren <b>hat mir gut</b> gefallen bei der Information bzw. Beratung:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Nicht gut</b> gefallen hat mir bei der Information bzw. Beratung:</p> <p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			



<b>15. Wurden Sie an eine andere Beratungsstelle vermittelt?</b>	♣ Ja → <b>WEITER MIT FRAGE 15A</b> ♣ Nein → <b>WEITER MIT FRAGE 16</b>
<b>15a. Wenn Ja: An welche?</b>	 _____ _____ _____

<b>16. Was könnte aus Ihrer Sicht am Angebot des Pflegestützpunktes verbessert werden?</b>	 _____ _____ _____ _____
--	--

<b>17. Werden Sie das Angebot eines Pflegestützpunktes wieder in Anspruch nehmen?</b>	♣ Ja → <b>BITTE WEITER MIT FRAGE 18 IN ABSCHNITT B</b> ♣ Nein → <b>BITTE WEITER MIT FRAGE 17a</b>
<b>17a. Wenn nein: Warum nicht?</b>	♣ Bin ausreichend informiert ♣ Angebot sagt mir nicht zu ♣ Sonstiges, nämlich:  _____ _____ _____ _____

**ABSCHNITT B**  
**ANGABEN ZUM „PFLEGEBEDÜRFTIGEN“**

18. Wie lautet die Postleitzahl des Pflegebedürftigen?

--	--	--	--	--

19. Welche Pflegestufe hat der Pflegebedürftige im Augenblick?

- ♣ Keine / Pflegestufe 0
- ♣ Pflegestufe 1
- ♣ Pflegestufe 2
- ♣ Pflegestufe 3 bzw. 3+

**ABSCHNITT C**

**ANGABEN ZUM „ANGEHÖRIGEN“**

- BITTE NUR AUSFÜLLEN, WENN SIE SICH IN FRAGE 1 ALS ANGEHÖRIGER ANGEGEBEN HABEN -

20. Wie lautet die Postleitzahl des Angehörigen?

--	--	--	--	--

**Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens**

### 1.1.3 Teilstudie 3

#### 1.1.3.1 Falldokumentationsbogen PSP Kinder und Jugendliche

##### Erfassung von Sozialdaten

Sozialdaten dürfen nur erhoben werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben des Pflegestützpunkts im konkreten Einzelfall erforderlich ist. Im Regelfall ist es nicht erforderlich, den gesamten Dokubogen auszufüllen. Es gilt der Grundsatz der Datensparsamkeit, d.h., füllen Sie nur die Teile des Fragebogens aus, die Sie in der konkreten Beratungssituation unbedingt benötigen.

#### Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche

Bearbeitet durch (Name):

Datum:

Einwilligung zur Aufnahme der Daten wurde telefonisch erteilt von .....  
am:.....

Einwilligung zur Aufnahme der Daten wurde schriftlich erteilt von .....  
am:.....

#### A. Kontaktaufnahme, Basisdaten

Datum:

Aktenzeichen:

Anlass der Kontaktaufnahme:  
(Freitext )

##### Kontaktaufnehmende Person/en:

(Name, Beziehung) (Freitext )

Adresse:

Tel.:

#### 1 Persönliche Daten:

##### 1.1. Klient (hilfe-/pflegebedürftige Person):

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Krankenversicherung:

Krankenversicherungs-Nr.:

Private Pflegeversicherung:

Private Pflegeversicherung-Nr.:

1.2. Lebt bei:

Familie (mind. 2 Elternteile)

alleinerz. Elternteil

Pflegefamilie

Einrichtung

	Wohnung	derzeitiger Aufenthalt
Einrichtung		
Straße		
PLZ Ort		
Stadtteil		
Tel		
Email		
Bemerkungen		

**1.3. Klient besucht folgende Einrichtung::**

	<b>Auswahlfeld:</b> Kindertagesstätte/Schule/Tagesförderstätte/ WfB
Name der Einrichtung	
Straße	
PLZ Ort	
Stadtteil	
Tel	

**1.4 Bevollmächtigter / Bevollmächtigte; Gesetzlicher Betreuer:**

Eltern     Vormundschaft     Vorsorgevollmacht

Name, Vorname:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Falls Betreuung oder Bevollmächtigung: Aufgabenkreise:

	besteht für	ist angeregt/ beantragt für	wird angeregt / beantragt für
1. Vermögen, Finanzen			
2. Gesundheitssorge			
3. Aufenthaltsbestimmungsrecht			
4. Wohnungsangelegenheiten			
5. Behörden und Schriftverkehr			
6. Freitext			

**1.5 weitere Personen mit Bezug zum Hilfesuchenden**







## B. Assessment

### 2 Soziale Situation

2.1  alleinlebend  
zusammenlebend mit:

2.2 Beschreibung und Einschätzung

2.2 Belastungssituation von Pflegepersonen  
Beschreibung und Einschätzung

### 3 Wohnsituation

3.1  Mehrfamilienhaus  Ein-/Zweifamilienhaus  
Betreutes Wohnen  ja:  nein:  
Stockwerk:  
Fahrstuhl:  ja  nein  
Ebenerdig:  ja  nein  
Bad behindertengerecht:  ja  nein

3.2 Beschreibung und Einschätzung

### 4 Wirtschaftliche Situation

Beschreibung und Einschätzung

## 5 Körperliche Gesundheit

### 5.1 körperliche Erkrankungen/Behinderung

Diagnosen:

Einschränkungen (z.B. beim Hören, Sehen, Sprechen, in der Mobilität):

### 5.2 Allgemeinzustand

Beschreibung und Einschätzung

## 6 Psychische Gesundheit

### 6.1 geistig-seelische Erkrankungen/Behinderung

ja  nein

**Diagnosen:** (Freitext)

### 6.2. Mehrfachbehinderung

ja  nein

**Diagnosen:** (Freitext)

psychische Erkrankung (auch Suchterkrankung)

ja  nein

**Diagnosen:** (Freitext)

### 6.3 Psychische Verfassung, Bewusstsein und Verhalten

**Beschreibung und Einschätzung**

(Freitext)

## 7 Pflege

### 7.1 Pflegebedarfe

#### 7.1.1 Körperpflege - altersentsprechend

- selbständig
- mit Hilfe ➔ Art der Hilfen:
- komplette Übernahme

Auffälligkeiten

#### 7.1.2 Mobilisation, Lagerung

- selbständig
- mit Hilfe ➔ Art der Hilfen:
- komplette Übernahme

Besteht Sturzrisiko?  ja  nein

Auffälligkeiten:

#### 7.1.3 Flüssigkeitsaufnahme, Ernährung

- selbständig
- mit Hilfe ➔ Art der Hilfen:
- Magensonde  PEG

Auffälligkeiten:

#### 7.1.4 Spezielle Pflege

- ja ➔ Welche?
- nein

#### 7.1.5 weitere Beschreibung der Pflegesituation und Einschätzung

Freitext

## 7.2 Pflegerische Hilfen

Tagesplan							
Tageszeit	Uhrzeit	Verrichtung (ggf. anpassen)	selbst	Familie	LK alt	LK neu	Anmerkungen
morgens		Aufstehen	<input type="checkbox"/>				
		Waschen (teil/ganz)	<input type="checkbox"/>				
		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Zubereitung Frühstück	<input type="checkbox"/>				
		Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
		Transfer Bett, Stuhl, Lagern	<input type="checkbox"/>				
		Verlassen und/oder Wiederaufsuchen Wohnung (insb. zur Tagespflege)	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
vormittags			<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
mittags		Transfer Stuhl	<input type="checkbox"/>				
		Zubereitung Mittagessen	<input type="checkbox"/>				
		Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Transfer Bett	<input type="checkbox"/>				
		Trinken, Lagern	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
nachmittags		Verlassen und/oder Wiederaufsuchen Wohnung (insb. von der Tagespflege)	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
abends		Transfer Stuhl	<input type="checkbox"/>				
		Zubereitung Abendessen	<input type="checkbox"/>				
		Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>				
		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Teilwaschung	<input type="checkbox"/>				
		Transfer Bett	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				
nachts		Wasserlassen/Stuhlgang	<input type="checkbox"/>				
		Lagern	<input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/>				

Nichttägliche Hilfen							
Tag/Zeit	Verrichtung	Häufigkeit wöchentlich	selbst	Familie	LK alt	LK neu	Anmerkungen
	Reinigung der Wohnung		<input type="checkbox"/>				
	Vorratseinkauf		<input type="checkbox"/>				
	Wechseln und Waschen der Wäsche		<input type="checkbox"/>				
	Wechseln der Bettwäsche		<input type="checkbox"/>				
	Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung		<input type="checkbox"/>				
	kleiner Einkauf		<input type="checkbox"/>				
	Ganzkörperwäsche, Duschen, Baden (falls nicht täglich gewünscht)		<input type="checkbox"/>				
	Zubereitung einer warmen Mahlzeit		<input type="checkbox"/>				
<b>Andere Verrichtungen</b>							
	Hilfen bei der Tagesstrukturierung		<input type="checkbox"/>				
	Hilfen bei der Kommunikation		<input type="checkbox"/>				
	Haushaltskassenführung		<input type="checkbox"/>				

**Erläuterungen:**

## 8 Hilfen im Alltag

### 8.1 Ressourcen und Einschränkungen

Aktivität	selbst	Erhält Hilfe von	Fehlende bzw. nicht ausreichende Unterstützung
Soziale Kontakte/Kommunikation	<input type="checkbox"/>		
Antrieb/Beschäftigung/Spielen	<input type="checkbox"/>		
Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>		
Regelung der finanziellen Angelegenheiten/Schuldenregulierung	<input type="checkbox"/>		
Interessenvertretung	<input type="checkbox"/>		
Schriftverkehr	<input type="checkbox"/>		
Gesundheitssorge/Planung und Durchführung ärztlicher Untersuchungen und Behandlung	<input type="checkbox"/>		
<i>nur ausfüllen, wenn nicht schon im Abschnitt Pflege erfasst:</i>			
Orientierung	<input type="checkbox"/>		
Mobilität	<input type="checkbox"/>		
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	<input type="checkbox"/>		
Vorratseinkauf	<input type="checkbox"/>		
Kleiner Einkauf	<input type="checkbox"/>		
Grundreinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/>		
Reinigung der Wohnung	<input type="checkbox"/>		
Wäschepflege	<input type="checkbox"/>		
Zubereitung der Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>		
Medikamentengabe/Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>		
Baden/Duschen einmal wöchentlich	<input type="checkbox"/>		

### 8.2 Hilfsmittel: vorhanden, benötigt, erneuerungsbedürftig

Hilfsmittel	vorh.	benöt.	erneu.	Hilfsmittel	vorh.	benöt.	erneu.
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl aktiv/elektrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Badewannenlifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anti-Dekubitusmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehakarre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

### 8.3 Dienste:

vorhanden, benötigt

Dienst	vorh.	benöt.
Ambulanter Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familientlastender Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörbücherei, Medienboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahlzeitendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedrigschwellige Betreuungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeanleitung, Pflegekurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeberatung durch Pflegeberater der Kassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehrenamtlicher Dienst		
Tagespflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zivildienstleistender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sonstiges) (Freitext)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 8.4 Heilmittelverordnung und Rehabilitationsmaßnahmen anregen

Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationsmaßnahme	<input type="checkbox"/>
(Sonstiges) (Freitext)	<input type="checkbox"/>

### 8.5. Kontakt zu freiem Träger

Art des Kontaktes	
Name der Einrichtung	
Straße	
PLZ Ort	
Stadtteil	
Tel	

## 9 Wünsche, Ziele und Interessen des Klienten

(oder von wichtigen Kontaktpersonen (Angehörigen, Nachbarn))



## 10 Entscheidung Fallmanagement

- ja:       ⇒     Versorgungsplan
- nein     ⇒     Maßnahmenplan
- nein     ⇒     nur Maßnahmen gem. 7. und 8.

Begründung:

## B. Versorgungsplan

Ziele und Maßnahmen werden bei Bedarf im laufenden Fall ergänzt oder geändert.

### 11 Ziele

(in Zusammenarbeit mit dem Klienten und ggf. Angehörigen und Dritten)

Ziele der Hilfe in hierarchischer Reihenfolge: [s. Hinweise zur Zielformulierung]

Buchstabe	Ziel	Zeitziel (ab...bis)	erledigt	geändert am (1)	Änderungsgrund	Datum Zeichen
a.						
b.						
c.						

<sup>1</sup> Buchstabe neues Ziel angeben

### 12 Maßnahmen planen

(Was muss unternommen werden, um die Ziele zu erreichen?)

Nr.	Maßnahme (Art und Umfang)	Ziel	Verantwortlicher	Zeitziel (ab...bis)	erledigt	geändert am (1)	Änderungsgrund	Datum Zeichen
		<i>z.B. a.&amp;c.</i>						

<sup>1</sup> Ziffer neue Maßnahme angeben

### 13 Noch zu klären / erledigen / offene Fragen / nicht zu befriedigende Hilfebedarfe

## C. Intervention (Koordination) und Monitoring (Überwachung)

### 14 PLANUNG und Dokumentation von Kontakten

#### Kontakte

Datum	Person /Institution	Vermerk	zu Mn(1)
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	
		Anlass: Ergebnis:	

<sup>1</sup> Ziffer Maßnahme angeben

## D. Evaluation

[s. Hinweise zur Evaluation]

### 15. Zielerreichung und Ergebnis

#### 15.1 Zielerreichung

Buchstabe	aktuelle Ziel (aus Hilfeplanung übernehmen)	erreicht? ja/nein
a.		
b.		
c.		

für nicht erreichte Ziele: Gründe, warum das Ziel nicht erreicht wurde

a.

b.

c.

#### 15.2 Entscheidung Abschluss oder neue Hilfeplanung

- Fall ist abgeschlossen am .....
- Fallmanagement ist abgeschlossen am .....
- Fallmanagement wird mit neuer Hilfeplanung fortgesetzt
- Begleitung und weitere Einzelmaßnahmen erforderlich

Begründung:

Für Dokumentation vorzusehen:

## **16 Abbruch des Fallmanagements**

Datum:

Begründung:

### 1.1.3.2 Leitfaden für Expertinneninterviews

## Leitfaden für Expertinneninterviews mit Kooperationspartnern des PSP Kinder und Jugendliche

### Leitfragen

1. Unsere Aufgabe darstellen
  - Fragestellungen und methodisches Vorgehen der Studie erläutern
2. Die Aufgabe des Pflegestützpunkts für Kinder und Jugendliche darstellen
3. Unser Anliegen erläutern
  - Sicht auf den PSP K+J von extern
4. Was macht Ihre Einrichtung, dass identisch oder ähnlich dem Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche ist?
5. Wie unterscheidet sich Ihre vom PSP K+J? Arbeitsweise: Info, Beratung, Begleitung? Zielgruppe? Beratungsteam? Qualifikationen? Einzugsgebiet?
  - 5a) Einzelfallbezogen
  - 5b) Strukturell
6. Merken Sie eine Veränderung seit PSP-Einführung? Wie?
7. Wie wird der Bedarf insgesamt eingeschätzt?
8. Gibt es eine Kooperation? Wenn ja: wie? ausreichend? Wenn nein: warum nicht? sinnvoll?  
Welche Rolle spielen andere Kooperations-Partner, wie bspw. Supakids, Helios Kids in Pflege, Kinderwohngruppenhaus Osdorf, Nestwärme, Balance e.V., Lebenshilfe Hamburg.....?
9. Gibt es Konkurrenz: Einzelfallberatung? Vernetzung?
10. Einschätzung der Weiterentwicklung der spezifischen Beratung, wichtigste Herausforderung
11. Zusammenfassend: Antwort auf unsere Forschungsfrage  
Werden durch die zusätzliche Kraft im Beratungszentrum Sehen-Hören-Bewegen-Sprechen Leistungen erbracht, für die Krankenkassen bereits im Rahmen der Finanzierung der Frühförderung nach § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 30 SGB IX aufkommen?

## 1.2 Anschreiben

### 1.2.1 Teilstudien 1 und 3

#### 1.2.1.1 Einverständniserklärung Ratsuchende

Pflegestützpunkte nach dem SGB XI in Hamburg

Name: .....

Geburtsdatum:

Anschrift:

#### Informationen zum Datenschutz

Die Pflegestützpunkte bieten Ihnen auf Grundlage des Sozialgesetzbuches – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) Information, Beratung, Hilfestellungen und Begleitung an. Damit wir Sie richtig beraten können, müssen wir persönliche Angaben von Ihnen festhalten. Wir achten darauf, dass nur Daten gespeichert werden, die für unsere Aufgabenerfüllung erforderlich sind. An andere Personen oder Stellen werden Daten nur weitergegeben, wenn es erforderlich ist, um Hilfen zu organisieren, also z.B. um Krankenversicherungsleistungen zu beantragen oder um die Pflege durch einen Pflegedienst zu organisieren. Dabei achten wir strikt darauf, nur die Daten weiterzugeben, die die andere Stelle für den konkreten Zweck benötigt.

#### Einverständniserklärung zur Datenspeicherung und Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass die für die Pflegeberatung erforderlichen Informationen zu meiner Person, zu meinen persönlichen Lebensumständen und dem Pflegebedarf von meiner Pflegeberaterin bzw. meinem Pflegeberater erfasst und analysiert werden und ggf. den für die Leistungsgewährung zuständigen Leistungsträgern oder den an meiner pflegerischen Betreuung beteiligten Leistungserbringern im erforderlichen Umfang und zweckgebunden zur Verfügung gestellt (übermittelt) werden. Die Datenübermittlung dient ausschließlich dazu, die weitere Pflege zu organisieren und die notwendigen Leistungen zu koordinieren. Mir ist bewusst, dass es mir - auch ohne Angaben von Gründen - jederzeit möglich ist, die Inanspruchnahme der Pflegeberatung zu beenden. Eine entsprechende (telefonische oder schriftliche) Information an die Pflegeberaterin bzw. den Pflegeberater ist dazu ausreichend. Mit der Beendigung der Pflegeberatung endet auch die Befugnis, meine personenbezogenen Daten zu speichern oder Dritten zu übermitteln, es sei denn die Datenspeicherung oder Übermittlung ist noch für die Abrechnung bereits erbrachter Leistungen erforderlich oder aufgrund einer sonstigen Rechtsvorschrift verpflichtend.

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten für die wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte vom Institut für Medizin-Soziologie, UKE in anonymisierter Form genutzt werden dürfen. Über das Forschungsvorhaben wurde ich ausreichend informiert.

Ort, Datum

Unterschrift

## 1.2.1.2 Einverständniserklärung Mitarbeiterinterviews

### Einverständniserklärung

#### Teilstudien 1 und 3 im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Pflegestützpunkte – Interviews mit PSP-Mitarbeiterinnen

Hiermit erkläre ich mich zur Teilnahme an einem Interview zur Evaluation der Erfahrungen in der Pflegestützpunktarbeit im Rahmen der oben genannten Studie bereit.

Ich wurde von der verantwortlichen Person (siehe Kontaktadresse) für die Studie vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsschreiben gelesen, verstanden und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich bin damit einverstanden, dass das Interview digital aufgezeichnet und anschließend wörtlich verschriftlicht wird. Ich bin darüber informiert, dass meine persönlichen Daten in anonymisierter Form gehandhabt, gespeichert und ausschließlich im Rahmen der Untersuchung verwendet werden. Mir ist klar, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass bei bestimmten Themen wegen der Besonderheiten der Pflegestützpunkte und der geringen Anzahl der Mitarbeiter möglicherweise ein Rückschluss auf meine Person nicht ganz ausgeschlossen werden kann.

Ich habe mich freiwillig zur Teilnahme am Interview entschieden und weiß, dass ich jederzeit unbegründet meine Zustimmung zurücknehmen kann, ohne nachteilige Auswirkungen zu erleben. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Ein Informationsschreiben und eine unterzeichnete Einverständniserklärung verbleiben bei mir.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interviewteilnehmer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interviewer

## 1.2.2 Teilstudie 2

### 1.2.2.1 Informationsschreiben Nutzerbefragung

**Dr. phil. Sascha Köpke**  
**Anja Gerlach (MScN)**  
**Dipl. Psych. Erich Kauth-Kokshoorn**  
**wiss. Mitarbeiter**

Martin-Luther-King-Platz 6  
20146 Hamburg  
Telefon: +49 40 42838 - 7224  
[Sascha.Koepke@uni-hamburg.de](mailto:Sascha.Koepke@uni-hamburg.de)

## Anhang 2a:

### Information zur Befragung zu Pflegestützpunkten in Hamburg

#### Ziel der Untersuchung

Seit dem 16.01.2009 sind in Hamburg neun Pflegestützpunkte eingerichtet worden. Diese unabhängigen Beratungsstellen können von allen Hamburgern sowie deren Angehörigen, Freunden und Bekannten **kostenlos** aufgesucht werden. Die Pflegestützpunkte geben umfassende Auskünfte und Hilfestellungen, wenn Sie Fragen zu Hilfe und Unterstützung im Alltagsleben haben oder selbst hilfe- und pflegebedürftig geworden sind.

Ihre Pflegekasse und das Institut für Gesundheitswissenschaften der Universität Hamburg begleiten wissenschaftlich die Einführung der Pflegestützpunkte. Besonders interessieren uns dabei die Vorstellungen und Wünsche der Nutzer an einen Pflegestützpunkt.



Geplant ist 1.000 Personen zu befragen, die in den Monaten Februar bis April 2010 einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung bei ihrer Pflegekasse stellen.

### **Geplantes Vorgehen**

Sie erhalten zu Beginn der Untersuchung und noch einmal nach 4 Monaten **von ihrer Pflegekasse** einen Fragebogen zugesandt. Die Bearbeitung des Fragebogens wird je ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Wir bitten Sie, den Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag an die Universität Hamburg zurück zu schicken. Mit der Rücksendung erteilen sie ihr Einverständnis zur Studienteilnahme.

Der Fragebogen enthält rechts oben auf der ersten Seite eine Codenummer. Bei Ihrer Pflegekasse ist eine Liste hinterlegt, auf der Ihr Name, Ihre Adresse und Telefonnummer einer Codenummer zugeordnet sind. Diese Liste dient ausschließlich dazu, nachzuvollziehen, wer bereits geantwortet hat und dazu Sie evtl. telefonisch zu erinnern.

Die Mitarbeiter der Universität haben keinen Einblick in diese Liste, können also Ihre Angaben nicht mit Ihrem Namen in Verbindung bringen. Ihre Pflegekasse wiederum, weiß nur ob Sie geantwortet haben, aber nicht was, da die ausgefüllten Fragebögen an die Universität gesendet werden und dort verbleiben.

Es gibt keine Möglichkeit, die in der Studie erhobenen Daten mit der Adressliste in Verbindung zu bringen. Nach Abschluss der Studie wird auch diese Liste gelöscht. Wir versichern Ihnen, dass die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden, auch Ihre Pflegekasse hat keinen Zugriff auf ihre Antworten.

Wir verpflichten uns, Ihre Daten ausschließlich in codierter (pseudonymisierter) Form entgegen zu nehmen, zu speichern, auszuwerten und zu veröffentlichen. Wir garantieren, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person möglich sind. Die Speicherung erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Im Falle des Widerrufs des Einverständnisses werden die bereits erhobenen Daten entweder gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt. Ihre Teilnahme ist absolut freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dabei Nachteile entstehen. Nach Abschluss der Studie werden die Adressdaten gelöscht und Sie erhalten keine weitere Post mehr von uns.

Wir sichern Ihnen zu, alle Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Dieses Projekt ist beim Hamburgischen Datenschutzbeauftragten beantragt und genehmigt worden. Alle an der Studie beteiligten Personen haben sich schriftlich auf die Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet.

Sie können dem Forscherteam gerne Fragen stellen. Eine Kontaktaufnahme ist Ihnen bei Fragen mit Herrn Dr. Köpke (040 428 38 - 72 24) oder Herrn Kauth-Kokshoorn (040 428 38 - 35 28) telefonisch möglich.

**Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung**

## 1.2.2.2 Informationsschreiben NB 2

### Anlage 5:

#### **Briefkopf der Pflegekasse**

##### Adressfeld

Hamburg, XXXXX

#### **Sehr geehrte Damen und Herren,**

Sie haben vor Kurzem einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt. Deshalb bittet Sie die XXXXX an einer Befragung zu den neu eingerichteten Pflegestützpunkten in Hamburg teilzunehmen. Diese Untersuchung führen wir gemeinsam mit den anderen Pflegekassen Hamburgs und der Universität Hamburg - Institut für Gesundheitswissenschaften - durch. Die Studie wird durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit (BSG) finanziell gefördert.

**Wir bitten Sie daher den beiliegenden Fragebogen ausfüllen.**

**Die Teilnahme ist absolut freiwillig. Sollten Sie nicht teilnehmen, entstehen für Sie keinerlei Nachteile.**

Auf den nächsten Seiten finden Sie eine ausführliche Information zum Ablauf der Studie, eine Erläuterung zum Ausfüllen des Fragebogens, einen Rückumschlag sowie den Fragebogen. Außerdem erhalten Sie ein Faltblatt mit Informationen zu den Pflegestützpunkten in Hamburg.

Wir würden uns freuen, wenn Sie dieses Projekt durch Ihre Teilnahme unterstützen.

**Als kleines Dankeschön verlost die Universität Hamburg unter allen Antworten drei Geldpreise im Wert von 200, 100 und 50€.**

Mit der Beantwortung des Fragebogens helfen Sie mit, die Beratung und Betreuung von älteren und pflege- und hilfebedürftigen Menschen in unserer Stadt weiter zu entwickeln.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Mit freundlichen Grüßen

## 1.3 Tabellen

### 1.3.1 Teilstudie 1 und 3

#### 1.3.1.1 Erstkontakte

Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die folgenden Tabellen auf den Erhebungszeitraum von Anfang Februar 2010 bis Ende September 2010. Die Anzahl der erfassten Erstkontakte in diesem Zeitraum beträgt insgesamt n=4376.

**Tabelle 1: Zahl der Ratsuchenden nach Pflegestützpunkt**

	Altona	Bergedorf	Eimsbüttel	Harburg	HH-Mitte	HH-Nord	Rahlstedt	Wandsbek	K + J	Gesamt
Häufigkeit	312	471	371	561	744	431	913	350	223	4376
Prozent	7,1	10,8	8,5	12,8	17,0	9,8	20,9	8	5,1	100

**Tabelle 2: Alter der pflegebedürftigen Person, gruppiert**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 5 Jahre	1	0,6	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,6	1	0,4	1	0,2	0	0,0	62	48,4	68	2,5
6 - 10 Jahre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	18,0	23	0,9
11 - 15 Jahre	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,5	23	18,0	26	1,0
16 - 20 Jahre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	4,7	7	0,3
21 - 25 Jahre	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,4	1	0,2	0	0,0	9	7,0	13	0,5
26 - 30 Jahre	2	1,1	0	0,0	1	0,6	0	0,0	2	0,6	1	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,8	8	0,3
31 - 35 Jahre	1	0,6	3	1,1	1	0,6	0	0,0	1	0,3	1	0,4	3	0,5	0	0,0	2	1,6	12	0,4
36 - 40 Jahre	2	1,1	2	0,8	1	0,6	1	0,2	4	1,1	1	0,4	6	1,0	3	1,4	0	0,0	20	0,7
41 - 45 Jahre	4	2,2	2	0,8	4	2,5	2	0,4	8	2,3	2	0,7	8	1,3	2	0,9	0	0,0	32	1,2
46 - 50 Jahre	2	1,1	9	3,4	1	0,6	4	0,8	9	2,5	6	2,1	12	2,0	4	1,8	0	0,0	47	1,7
51 - 55 Jahre	6	3,3	7	2,7	2	1,3	0	0,0	10	2,8	6	2,1	16	2,6	10	4,6	0	0,0	57	2,1
56 - 60 Jahre	4	2,2	7	2,7	5	3,1	12	2,4	28	7,9	13	4,6	31	5,1	8	3,7	0	0,0	108	4,0
61 - 65 Jahre	14	7,8	15	5,7	7	4,4	51	10,3	28	7,9	17	6,0	41	6,7	19	8,7	0	0,0	192	7,1
66 - 70 Jahre	15	8,3	28	10,7	16	10,1	93	18,7	28	7,9	31	10,9	75	12,3	30	13,7	0	0,0	316	11,8
71 - 75 Jahre	26	14,4	35	13,4	18	11,3	109	21,9	38	10,8	43	15,1	107	17,6	27	12,3	1	0,8	404	15,0
76 - 80 Jahre	36	20,0	36	13,8	28	17,6	69	13,9	37	10,5	36	12,7	96	15,8	31	14,2	1	0,8	370	13,8
81 - 85 Jahre	32	17,8	44	16,9	29	18,2	96	19,3	45	12,7	61	21,5	117	19,2	42	19,2	0	0,0	466	17,3
86 - 90 Jahre	19	10,6	49	18,8	26	16,4	40	8,0	74	21,0	44	15,5	64	10,5	33	15,1	0	0,0	349	13,0
91 - 95 Jahre	8	4,4	15	5,7	18	11,3	18	3,6	28	7,9	16	5,6	23	3,8	7	3,2	0	0,0	133	4,9
96 - 100 Jahre	7	3,9	7	2,7	2	1,3	2	0,4	8	2,3	3	1,1	6	1,0	0	0,0	0	0,0	35	1,3
101 - 105	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	0,9	0	0,0	3	0,1

Jahre																					
Gesamt	180	6,7	261	9,7	159	5,9	353	13,1	284	10,6	497	18,5	608	22,6	219	8,1	128	4,8	2689	100	

\* Fehlend: 1687 Angaben

**Tabelle 3: Von wem ging der Erstkontakt aus?**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kontaktperson	311	99,7	451	95,8	340	91,6	412	73,4	739	99,3	401	93,0	859	94,1	333	95,1	195	87,4	4041	92,3
Pflegestützpunkt	1	0,3	20	4,2	31	8,4	149	26,6	5	0,7	30	7,0	54	5,9	17	4,9	28	12,6	335	7,7
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 4: Art der Kontaktaufnahme**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Telefonisch	206	66,0	312	66,2	210	56,6	366	65,2	612	82,3	316	73,3	625	68,5	237	67,7	186	83,4	3070	70,2
Persönlich	96	30,8	154	32,7	161	43,4	124	22,1	112	15,1	106	24,6	271	29,7	111	31,7	23	10,3	1158	26,5
Per E-Mail	7	2,2	4	0,8	0	0,0	11	2,0	18	2,4	8	1,9	11	1,2	1	0,3	7	3,1	67	1,5
Brieflich / Fax	3	1,0	1	0,2	0	0,0	60	10,7	2	0,3	1	0,2	6	0,7	1	0,3	7	3,1	81	1,9
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	14,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 5: Mit wem fand der Erstkontakt statt?**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pflegeperson	89	28,5	142	30,1	70	18,9	93	16,6	214	28,8	171	39,7	334	36,6	177	50,6	92	41,3	1382	31,6
Hilfebedürftigem	50	16,0	111	23,6	80	21,6	165	29,4	120	16,1	97	22,5	302	33,1	69	19,7	3	1,3	997	22,8
Sonstige Bezugsperson	150	48,1	135	28,7	163	43,9	72	12,8	225	30,2	75	17,4	91	10,0	59	16,9	9	4,0	979	22,4
Externer gesetzlicher Betreuer, externer Bevollmächtigter	4	1,3	8	1,7	4	1,1	13	2,3	15	2,0	4	0,9	13	1,4	10	2,9	1	0,4	72	1,6
Kranken- / Pflegekasse, MDK	1	0,3	7	1,5	1	0,3	4	0,7	11	1,5	1	0,2	22	2,4	2	0,6	6	2,7	55	1,3
Staatliche Stelle	1	0,3	10	2,1	5	1,3	56	10,0	14	1,9	8	1,9	35	3,8	7	2,0	20	9,0	156	3,6
Sonstiger Hinweisgeber, Interessierter	9	2,9	28	5,9	12	3,2	36	6,4	107	14,4	20	4,6	32	3,5	3	0,9	8	3,6	255	5,8
Ambulanter Pflegedienst	4	1,3	13	2,8	16	4,3	106	18,9	11	1,5	22	5,1	28	3,1	6	1,7	11	4,9	217	5,0
Tagespflege	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	3	0,3	1	0,3	4	1,8	10	0,2
Krankenhaus	2	0,6	5	1,1	0	0,0	11	2,0	8	1,1	3	0,7	9	1,0	4	1,1	9	4,0	51	1,2
Beratungsstelle	2	0,6	7	1,5	12	3,2	1	0,2	9	1,2	17	3,9	7	0,8	3	0,9	52	23,3	110	2,5
Gruppe Ehrenamtlicher, Selbsthilfegruppe	0	0,0	3	0,6	6	1,6	0	0,0	4	0,5	4	0,9	5	0,5	5	1,4	4	1,8	31	0,7
Pflegeheim	0	0,0	2	0,4	2	0,5	2	0,4	6	0,8	9	2,1	32	3,5	4	1,1	4	1,8	61	1,4
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 6: Zugang zum Pflegestützpunkt**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zeitung, Fernseher	81	29,1	78	20,7	115	32,1	272	67,5	201	28,5	72	18,2	344	40,0	46	14,1	9	4,1	1218	31,1
Internet	27	9,7	23	6,1	5	1,4	2	0,5	95	13,5	39	9,9	15	1,7	29	8,9	24	11,0	259	6,6
Flyer	24	8,6	19	5,0	41	11,5	5	1,2	67	9,5	64	16,2	63	7,3	49	15,0	55	25,1	387	9,9
Mund-zu-Mund-Propaganda	29	10,4	55	14,6	44	12,3	18	4,5	87	12,3	40	10,1	123	14,3	25	7,7	20	9,1	441	11,2
Beratungsstelle	14	5,0	30	8,0	15	4,2	4	1,0	94	13,3	30	7,6	29	3,4	32	9,8	18	8,2	266	6,8
Pflegedienst	4	1,4	12	3,2	5	1,4	4	1,0	8	1,1	8	2,0	12	1,4	8	2,5	0	0,0	61	1,6
Hausarzt	2	0,7	6	1,6	6	1,7	6	1,5	5	0,7	11	2,8	13	1,5	7	2,1	4	1,8	60	1,5
Krankenhaus	5	1,8	19	5,0	6	1,7	4	1,0	9	1,3	28	7,1	23	2,7	26	8,0	9	4,1	129	3,3
Krankenkasse	10	3,6	24	6,4	7	2,0	5	1,2	25	3,5	19	4,8	33	3,8	16	4,9	15	6,8	154	3,9
Behörde / Amt	53	19,1	59	15,6	97	27,1	61	15,1	41	5,8	58	14,7	159	18,5	55	16,9	57	26,0	640	16,3
Heim	2	0,7	10	2,7	4	1,1	3	0,7	1	0,1	10	2,5	24	2,8	17	5,2	2	0,9	73	1,9
Sonstiges	27	9,7	42	11,1	13	3,6	19	4,7	72	10,2	16	4,1	22	2,6	16	4,9	6	2,7	233	5,9
Gesamt	278	7,1	377	9,6	358	9,1	403	10,3	705	18,0	395	10,1	860	21,9	326	8,3	219	5,6	3921	100

\* Fehlend: 455 Angaben



**Tabelle 7: Erster Kontakt zum Pflegestützpunkt oder Folgekontakt**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	292	93,6	371	78,8	328	88,4	498	88,8	606	81,5	364	84,5	736	80,6	320	91,4	173	77,6	3688	84,3
Nein	20	6,4	100	21,2	43	11,6	63	11,2	138	18,5	67	15,5	177	19,4	30	8,6	50	22,4	688	15,7
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 8: Beziehung zur pflegebedürftigen Person\***

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kind	103	48,6	133	52,8	81	42,0	38	48,1	221	57,9	127	54,0	197	48,3	129	56,8	1	1,1	1030	49,4
Partner	43	20,3	55	21,8	52	26,9	20	25,3	82	21,5	47	20,0	99	24,3	43	18,9	0	0,0	441	21,2
Sonstige Person	66	31,1	64	25,4	60	31,1	21	26,6	79	20,7	61	26,0	112	27,5	55	24,2	94	98,9	612	29,4
Gesamt	212	10,2	252	12,1	193	9,3	79	3,8	382	18,3	235	11,3	408	19,6	227	10,9	95	4,6	2083	100

\* Fehlend: 278 Angaben. Diese Frage gehörte zu den Forschungsfragen und wurde nur gestellt, wenn die Kontaktperson gleichzeitig die Pflegeperson war. Die Grundgesamtheit setzt sich aus den Angaben „Pflegeperson“ und „sonstige Bezugsperson“ aus Tabelle 5 zusammen. Die Grundgesamtheit beträgt n=2361.

**Tabelle 9: Im PSP K + J (Aufsplitterung der Antwort Sonstige Person)**

	K + J	
	N	%
Mutter	74	56,9
Vater	10	7,7
Sonstige Person	93	71,5
Gesamt	130	100

**Tabelle 10: Höchster Schulabschluss der Kontaktperson\***

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Volks- /Hauptschule	24	17,4	39	22,4	27	12,6	11	36,7	37	22,2	25	20,8	134	39,4	25	20,2	27	28,7	349	24,9
Mittlere Reife / Realschule	87	63,0	75	43,1	76	35,5	16	53,3	51	30,5	41	34,2	146	42,9	49	39,5	36	38,3	577	41,2
Fachhochschule / Abitur	27	19,6	60	34,5	111	51,9	3	10,0	79	47,3	54	45,0	60	17,6	50	40,3	31	33,0	475	33,9
Gesamt	138	9,9	174	12,4	214	15,3	30	2,1	167	11,9	120	8,6	340	24,3	124	8,9	94	6,7	1401	100

\*Fehlend: 960 Angaben. Diese Frage gehörte zu den Forschungsfragen und wurde nur gestellt, wenn die Kontaktperson gleichzeitig die Pflegeperson war. Die Grundgesamtheit setzt sich aus den Angaben „Pflegeperson“ und „sonstige Bezugsperson“ aus Tabelle 5 zusammen. Die Grundgesamtheit beträgt n=2361.

**Tabelle 11: Altersgruppen der Kontaktpersonen\***

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kind / Jugendliche	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	3	0,2
Erwachsener im erwerbsfähigen Alter, arbeitend	98	50,5	116	55,2	102	48,6	25	43,1	198	59,8	125	57,1	184	45,0	130	58,0	35	33,7	1013	51,7
Erwachsener im erwerbsfähigen Alter, ohne Arbeit	19	9,8	19	9,0	14	6,7	8	13,8	35	10,6	17	7,8	42	10,3	16	7,1	64	61,5	234	11,9
Rentner / Pensionär	77	39,7	75	35,7	93	44,3	24	41,4	98	29,6	77	35,2	183	44,7	78	34,8	4	3,8	709	36,2
Gesamt	194	9,9	210	10,7	210	10,7	58	3,0	331	16,9	219	11,2	409	20,9	224	11,4	104	5,3	1959	100

\* Fehlend: 402 Angaben. Diese Frage gehörte zu den Forschungsfragen und wurde nur gestellt, wenn die Kontaktperson gleichzeitig die Pflegeperson war. Die Grundgesamtheit setzt sich aus den Angaben „Pflegeperson“ und „sonstige Bezugsperson“ aus Tabelle 5 zusammen. Die Grundgesamtheit beträgt n=2361.

**Tabelle 12: Geschlecht der Kontaktperson\***

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Männlich	72	32,1	60	26,1	54	29,5	22	26,5	126	31,5	68	27,5	108	25,4	72	26,5	24	16,9	606	27,5
Weiblich	152	67,9	170	73,9	129	70,5	61	73,5	274	68,5	179	72,5	318	74,6	200	73,5	118	83,1	1601	72,5
Gesamt	224	10,1	230	10,4	183	8,3	83	3,8	400	18,1	247	11,2	426	19,3	272	12,3	142	6,4	2207	100

\* Fehlend: 154 Angaben. Diese Frage gehörte zu den Forschungsfragen und wurde nur gestellt, wenn die Kontaktperson gleichzeitig die Pflegeperson war. Die Grundgesamtheit setzt sich aus den Angaben „Pflegeperson“ und „sonstige Bezugsperson“ aus Tabelle 5 zusammen. Die Grundgesamtheit beträgt n=2361.

**Tabelle 13: Fragen zu Themen**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Angebote &amp; Maßnahmen der Altenhilfe</b>																				
Nein	277	88,8	400	84,9	324	87,3	316	56,3	722	97,0	417	96,8	797	87,3	280	80,0	218	97,8	3751	85,7
Ja	35	11,2	71	15,1	47	12,7	245	43,7	22	3,0	14	3,2	116	12,7	70	20,0	5	2,2	625	14,3
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Festlegung der Pflegestufe, MDK</b>																				
Nein	251	80,4	419	89,0	286	77,1	450	80,2	605	81,3	334	77,5	626	68,6	251	71,7	148	66,4	3370	77,0
Ja	61	19,6	52	11,0	85	22,9	111	19,8	139	18,7	97	22,5	287	31,4	99	28,3	75	33,6	1006	23,0
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Finanzierung allgemein</b>																				
Nein	256	82,1	415	88,1	309	83,3	374	66,7	647	87,0	380	88,2	666	72,9	289	82,6	193	86,5	3529	80,6
Ja	56	17,9	56	11,9	62	16,7	187	33,3	97	13,0	51	11,8	247	27,1	61	17,4	30	13,5	847	19,4
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Finanzierung, Kassenleistungen</b>																				
Nein	266	85,3	393	83,4	325	87,6	449	80,0	657	88,3	367	85,2	779	85,3	276	78,9	208	93,3	3720	85,0
Ja	46	14,7	78	16,6	46	12,4	112	20,0	87	11,7	64	14,8	134	14,7	74	21,1	15	6,7	656	15,0
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Finanzierung, Sozialhilfe</b>																				
Nein	270	86,5	380	80,7	343	92,5	222	39,6	669	89,9	373	86,5	725	79,4	309	88,3	207	92,8	3498	79,9
Ja	42	13,5	91	19,3	28	7,5	339	60,4	75	10,1	58	13,5	188	20,6	41	11,7	16	7,2	878	20,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Medizinische Behandlung</b>																				
Nein	304	97,4	460	97,7	351	94,6	532	94,8	723	97,2	428	99,3	854	93,5	327	93,4	217	97,3	4196	95,9
Ja	8	2,6	11	2,3	20	5,4	29	5,2	21	2,8	3	0,7	59	6,5	23	6,6	6	2,7	180	4,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Organisation häuslicher Pflege</b>																				
Nein	222	71,2	310	65,8	268	72,2	207	36,9	441	59,3	326	75,6	506	55,4	239	68,3	142	63,7	2661	60,8
Ja	90	28,8	161	34,2	103	27,8	354	63,1	303	40,7	105	24,4	407	44,6	111	31,7	81	36,3	1715	39,2
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Organisation stationärer Pflege</b>																				
Nein	236	75,6	399	84,7	290	78,2	501	89,3	631	84,8	344	79,8	703	77,0	282	80,6	204	91,5	3590	82,0
Ja	76	24,4	72	15,3	81	21,8	60	10,7	113	15,2	87	20,2	210	23,0	68	19,4	19	8,5	766	18,0
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Palliative Versorgung</b>																				
Nein	310	99,4	469	99,6	369	99,5	560	99,8	735	98,8	426	98,8	895	98,0	344	98,3	223	100	4331	99,0
Ja	2	0,6	2	0,4	2	0,5	1	0,2	9	1,2	5	1,2	18	2,0	6	1,7	0	0,0	45	0,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Service-Wohnen</b>																				
Nein	286	91,7	417	88,5	328	88,4	463	82,5	688	92,5	407	94,4	779	85,3	303	86,6	215	96,4	3886	80,8
Ja	26	8,3	54	11,5	43	11,6	98	17,5	56	7,5	24	5,6	134	14,7	47	13,4	8	3,6	490	11,2
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sonstiges</b>																				
Nein	178	57,1	361	76,6	215	58,0	458	81,6	481	64,7	288	66,8	470	51,5	244	69,7	122	54,7	2817	64,4
Ja	134	42,9	110	23,4	156	42,0	103	18,4	263	35,3	143	33,2	443	48,5	106	30,3	101	45,3	1559	35,6
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 14: Beschwerden**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Ambulanter Dienst</b>																				
Nein	304	97,4	470	99,8	368	99,2	560	99,8	733	98,5	426	98,8	904	99,0	343	98,0	222	99,6	4330	98,9
Ja	8	2,6	1	0,2	3	0,8	1	0,2	11	1,5	5	1,2	9	1,0	7	2,0	1	0,4	46	1,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Grundsicherungs- / Sozialamt</b>																				
Nein	304	97,4	470	99,8	366	98,7	561	100	733	98,5	428	99,3	909	99,6	348	99,4	222	99,6	4341	99,2
Ja	8	2,6	1	0,2	5	1,3	0	0,0	11	1,5	3	0,7	4	0,4	2	0,6	1	0,4	35	0,8
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Heim</b>																				
Nein	312	100	471	100	371	100	560	99,8	744	100	431	100	908	99,5	350	100	223	100	4370	99,9
Ja	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,5	0	0,0	0	0,0	6	0,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Kasse</b>																				
Nein	312	100	470	99,8	370	99,7	561	100	739	99,3	430	99,8	908	99,5	348	99,4	222	99,6	4360	99,6
Ja	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	5	0,7	1	0,2	5	0,5	2	0,6	1	0,4	16	0,4
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>MDK</b>																				
Nein	311	99,7	471	100	370	99,7	560	99,8	742	99,7	427	99,1	911	99,8	342	97,7	223	100	4357	99,6
Ja	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,2	2	0,3	4	0,9	2	0,2	8	2,3	0	0,0	19	0,4
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Pflegestützpunkt</b>																				
Nein	312	100	471	100	370	99,7	561	100	743	99,9	431	100	913	100	350	100	222	99,6	4373	99,9
Ja	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	0,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Sonstiges</b>																				
Nein	309	99,0	470	99,8	363	97,8	560	99,8	732	98,4	428	99,3	907	99,3	344	98,3	221	99,1	4334	99,0
Ja	3	1,0	1	0,2	8	2,2	1	0,2	12	1,6	3	0,7	6	0,7	6	1,7	2	0,9	42	1,0
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100



**Tabelle 15: Interesse an Themen**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Arbeit des PSP</b>																				
Nein	312	100	456	96,8	342	92,2	559	99,6	692	93,0	397	92,1	818	89,6	324	92,6	121	54,3	4021	91,9
Ja	0	0,0	15	3,2	29	7,8	2	0,4	52	7,0	34	7,9	95	10,4	26	7,4	102	45,7	355	8,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Freiwilliges Engagement</b>																				
Nein	310	99,4	469	99,6	369	99,5	561	100	743	99,9	431	100	912	99,9	348	99,4	219	98,2	4362	99,7
Ja	2	0,6	2	0,4	2	0,5	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2	0,6	4	1,8	14	0,3
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Zusammenarbeit mit PSP</b>																				
Nein	311	99,7	459	97,5	353	95,1	559	99,6	717	96,4	394	91,4	826	90,5	330	94,3	138	61,9	4087	93,4
Ja	1	0,3	12	2,5	18	4,9	2	0,4	27	3,6	37	8,6	87	9,5	20	5,7	85	38,1	289	6,6
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Sonstigem</b>																				
Nein	311	99,7	462	98,1	360	97,0	561	100	735	98,8	425	98,6	892	97,7	364	98,9	212	95,1	4304	98,4
Ja	1	0,3	9	1,9	11	3,0	0	0,0	9	1,2	6	1,4	21	2,3	4	1,1	11	4,9	72	1,6
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 16: Anfrage Kostenübernahme durch SH-Träger**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nein	309	99,0	468	99,4	367	98,9	484	86,3	737	99,1	421	97,7	832	91,1	335	95,7	215	96,4	4168	95,2
Ja	3	1,0	3	0,6	4	1,1	77	13,7	7	0,9	10	2,3	81	8,9	15	4,3	8	3,6	208	4,8
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 17: Gesprächsergebnis**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Info gegeben</b>																				
Nein	57	18,3	181	38,4	66	17,8	120	21,4	197	26,5	163	37,8	86	9,4	91	26,0	35	15,7	996	22,8
Ja	255	81,7	290	61,6	305	82,2	441	78,6	547	73,5	268	62,2	827	90,6	259	74,0	188	84,3	3380	77,2
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Beratung durchgeführt</b>																				
Nein	213	68,3	279	59,2	253	68,2	242	43,1	379	50,9	279	64,7	271	29,7	161	46,0	128	57,4	2205	50,4
Ja	99	31,7	192	40,8	118	31,8	319	56,9	365	49,1	152	35,3	642	70,3	189	54,0	95	42,6	2171	49,6
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>An andere / zuständige Stelle verwiesen</b>																				
Nein	262	84,0	373	79,2	248	66,8	480	85,6	563	75,7	330	76,6	807	88,4	288	82,3	191	85,7	3542	80,9
Ja	50	16,0	98	20,8	123	33,2	81	14,4	181	24,3	101	23,4	106	11,6	62	17,7	32	14,3	834	19,1
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Infomaterial übergeben</b>																				
Nein	241	77,2	339	72,0	229	61,7	412	73,4	583	78,4	311	72,2	637	69,8	235	67,1	135	60,5	3122	71,3
Ja	71	22,8	132	28,0	142	38,3	149	26,6	161	21,6	120	27,8	276	30,2	115	32,9	88	39,5	1254	28,7
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Persönliche Daten aufgenommen</b>																				
Nein	302	96,8	450	95,5	357	96,2	184	32,8	644	86,6	408	94,7	830	90,9	307	87,7	156	70,0	3638	83,1
Ja	10	3,2	21	4,5	14	3,8	377	67,2	100	13,4	23	5,3	83	9,1	43	12,3	67	30,0	738	16,9
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Beratungsgespräch vereinbart</b>																				
Nein	288	92,3	440	93,4	318	85,7	523	93,2	677	91,0	383	88,9	778	85,2	287	82,0	171	76,7	3865	88,3
Ja	24	7,7	31	6,6	53	14,3	38	6,8	67	9,0	48	11,1	135	14,8	63	18,0	52	23,3	511	11,7
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Hausbesuch vereinbart</b>																				
Nein	296	94,9	436	92,6	345	93,0	290	51,7	715	96,1	410	95,1	837	91,7	323	92,3	211	94,6	3863	88,3
Ja	16	5,1	35	7,4	26	7,0	271	48,3	29	3,9	21	4,9	76	8,3	27	7,7	12	5,4	513	11,7
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100
<b>Beschwerdeklärung übernommen</b>																				
Nein	308	98,7	468	99,4	366	98,7	560	99,8	737	99,1	431	100	897	98,2	347	99,1	222	99,6	4336	99,1
Ja	4	1,3	3	0,6	5	1,3	1	0,2	7	0,9	0	0,0	16	1,8	3	0,9	1	0,4	40	0,9
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 18: Probleme aufgrund des Migrationshintergrundes**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nein	311	99,7	466	98,9	368	99,2	556	99,1	739	99,3	425	98,6	901	98,7	350	100	203	91,0	4319	98,7
Ja	1	0,3	5	1,1	3	0,8	5	0,9	5	0,7	6	1,4	12	1,3	0	0,0	20	9,0	57	1,3
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 19: Zeit für Erstkontakt**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bis 10 Minuten	71	22,8	231	49,0	147	39,6	159	28,3	295	39,7	214	49,7	264	28,9	85	24,3	89	39,9	1555	35,5
10 - 30 Minuten	137	43,9	148	31,4	161	43,4	306	54,5	302	40,6	153	35,5	329	36,0	126	36,0	95	42,6	1757	40,2
30 - 60 Minuten	78	25,0	68	14,4	48	12,9	62	11,1	106	14,2	49	11,4	196	21,5	95	27,1	34	15,2	736	16,8
Länger als 1 Stunde	26	8,3	24	5,1	15	4,0	34	6,1	41	5,5	15	3,5	124	13,6	44	12,6	5	2,2	328	7,5
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 20: Anfragen aus Bezirken**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Altona	229	92,3	5	1,4	4	1,7	0	0,0	28	6,6	5	1,7	5	0,6	5	2,1	21	15,8	302	9,3
Bergedorf	0	0,0	324	91,5	0	0,0	0	0,0	2	0,5	2	0,7	4	0,5	0	0,0	4	3,0	336	10,3
Eimsbüttel	11	4,4	3	0,8	214	92,6	0	0,0	30	7,1	29	10,1	10	1,3	6	2,5	13	9,8	316	9,7
Harburg	0	0,0	3	0,8	1	0,4	542	99,1	7	1,7	1	0,3	3	0,4	1	0,4	10	7,5	568	17,4
Mitte	4	1,6	11	3,1	2	0,9	5	0,9	254	60,0	8	2,8	16	2,0	7	2,9	14	10,5	321	9,8
Nord	2	0,8	2	0,6	5	2,2	0	0,0	51	12,1	214	74,3	30	3,8	26	10,7	32	24,1	362	11,1
Wandsbek	2	0,8	6	1,7	5	2,2	0	0,0	51	12,1	29	10,1	728	91,5	197	81,4	39	29,3	1057	32,4
Gesamt	248	7,6	354	10,9	231	7,1	547	16,8	423	13,0	288	8,8	796	24,4	242	7,4	133	4,1	3262	100

\* Fehlend: 308 außerhalb Hamburgs, 806 fehlende Angaben

**Tabelle 21: Erfassungsdatum Monat (ab 01.02.2010)**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Februar	54	17,3	76	16,1	0	0,0	149	26,6	92	12,4	42	9,7	92	10,1	0	0,0	21	9,4	526	12,0
März	40	12,8	54	11,5	9	2,4	131	23,4	112	15,1	67	15,5	86	9,4	0	0,0	27	12,1	526	12,0
April	32	10,3	46	9,8	56	15,1	108	19,3	118	15,9	44	10,2	157	17,2	26	7,4	27	12,1	614	14,0
Mai	33	10,6	53	11,3	71	19,1	104	18,5	83	11,2	66	15,3	120	13,1	50	14,3	28	12,6	608	13,9
Juni	50	16,0	52	11,0	62	16,7	49	8,7	86	11,6	53	12,3	143	15,7	44	12,6	37	16,6	576	13,2
Juli	26	8,3	62	13,2	52	14,0	5	0,9	85	11,4	49	1,4	92	10,1	78	22,3	18	8,1	467	10,7
August	30	9,6	58	12,3	69	18,6	6	1,1	73	9,8	47	10,9	116	12,7	79	22,6	35	15,7	513	11,7
September	47	15,1	70	14,9	52	14,0	9	1,6	95	12,8	63	14,6	107	11,7	73	20,9	30	13,5	546	12,5
Gesamt	312	7,1	471	10,8	371	8,5	561	12,8	744	17,0	431	9,8	913	20,9	350	8,0	223	5,1	4376	100

**Tabelle 22: Erfassungsdatum Monat (vor dem 01.02.2010)**

	Altona		Bergedorf		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Juli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	1,3
August	0	0,0	0	0,0	1	0,2	75	15,4	82	21,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	158	7,0
September	5	6,3	19	10,7	0	0,0	67	13,8	59	15,6	30	6,3	1	50,0	4	4,5	185	8,2
Oktober	21	26,6	58	32,6	188	33,5	73	15,0	106	28,0	61	12,7	0	0,0	19	21,6	526	23,3
November	14	17,7	39	21,9	137	24,4	90	18,5	42	11,1	169	35,2	0	0,0	22	25,0	513	22,8
Dezember	18	22,8	26	14,6	118	21,0	68	14,0	45	11,9	80	16,7	0	0,0	16	18,2	371	16,5
Januar	21	26,6	36	20,2	117	20,9	85	17,5	44	11,6	140	29,2	1	50,0	27	30,7	471	20,9
Gesamt	79	3,5	178	7,9	561	24,9	487	21,6	378	16,8	480	21,3	2	0,1	88	3,9	2253	100

**Tabelle 23: Geschlecht / Art der Beziehung**

	Altona		Bergedorf		Eimsbüttel		Harburg		Mitte		Nord		Rahlstedt		Wandsbek		K + J		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sohn	33	17,5	31	14,5	21	13,8	10	13,7	76	20,2	31	14,4	50	13,0	29	13,1	0	0,0	281	14,6
(Ehe)Mann	14	7,4	11	5,1	12	7,9	6	8,2	22	5,8	9	4,2	26	6,8	13	5,9	0	0,0	113	5,9
Sonstige männliche Person	16	8,5	15	7,0	10	6,6	5	6,8	26	6,9	20	9,3	19	4,9	16	7,2	14	14,9	141	7,3
Tochter	57	30,2	86	40,2	39	25,7	25	34,2	143	37,9	85	39,4	143	37,1	96	43,4	1	1,1	675	35,1
(Ehe)Frau	26	13,8	34	15,9	30	19,7	14	19,2	59	15,6	33	15,3	69	17,9	29	13,1	0	0,0	294	15,3
Sonstige weibliche Person	43	22,8	37	17,3	40	26,3	13	17,8	51	13,5	38	17,6	78	20,3	38	17,2	79	84,0	417	21,7
Gesamt	189	9,8	214	11,1	152	7,9	73	3,8	377	19,6	216	11,2	385	20,0	221	11,5	94	4,9	1921	100

### 1.3.1.2 Falldokumentation

**Tabelle 24: Anzahl der angelegten Falldokumentationen nach Pflegestützpunkten**

<b>PSP</b>	<b>Mit Einw. zur wiss. Begleitforschung</b>	<b>Ohne Einw. zur wiss. Begleitforschung</b>	<b>Gesamt</b>
Altona	22	5	27
Bergedorf	23	16	39
Eimsbüttel	8	4	12
Harburg	13	200	213
Mitte	56	21	77
Nord	11	7	18
Wandsbek-Markt	24	1	25
Rahlstedt	39	25	64
Ohne Kennung	4	4	8
K+J	13	0	13
<b>Gesamt</b>	<b>213</b>	<b>283</b>	<b>496</b>

**Tabelle 25: Geschlecht der Pflege- und Hilfsbedürftigen Personen**

	<b>N</b>	<b>%</b>
männlich	69	34,5
weiblich	115	57,5
<b>Gesamt</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

\*Fehlend 16

**Tabelle 26: Familienstand der Pflege- und Hilfsbedürftigen Personen**

	<b>N</b>	<b>%</b>
geschieden	12	6,0
getrennt	3	1,5
ledig	20	10,0
verheiratet	66	33,0
verwitwet	59	29,5
<b>Gesamt</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Fehlend 40



**Tabelle 27: Art der Vollmacht des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten, des gesetzlichen Betreuers**

	N	%
Vorsorgevollmacht	37	18,5
Bankvollmacht	19	9,5

**Tabelle 28: Falls Betreuung oder Bevollmächtigte: Aufgabenkreise**

	N	%
Vermögen besteht	29	14,5
Vermögen angeregt	5	2,5
Vermögen wird angeregt	3	1,5
Gesundheitssorge besteht	22	11,0
Gesundheitssorge angeregt	4	2,0
Gesundheitssorge wird angeregt	3	1,5
Aufenthalt besteht	18	9,0
Aufenthalt angeregt	4	2,0
Aufenthalt wird angeregt	4	2,0
Wohnungsangelegenheiten besteht	17	8,5
Wohnungsangelegenheiten angeregt	4	2,0
Wohnungsangelegenheiten wird angeregt	3	1,5
Behörde besteht	24	12,0
Behörde angeregt	4	2,0
Behörde wird angeregt	4	2,0

**Tabelle 29: Verteilung der Pflegestufen**

	N	%
I	45	43,7
II	24	23,3
III	7	6,8
keine	27	26,2
Gesamt	103	100

\*Fehlend 97

**Tabelle 30: Vorliegen einer Höherstufung**

	N	%
ja	10	5,0
nein	190	95,5
Gesamt	200	100

**Tabelle 31: Art der Leistung aus der Pflegeversicherung**

	N	%
Sachleistung	33	31,4
Geldleistung	44	41,9
Kombination aus Sach- & Geldleistung	9	8,6
Kombination aus Geldleistung & teilstationäre Pflege	3	2,9
Teilstationäre Pflege	1	0,9
Vollstationäre Pflege	9	8,6
Kurzzeitpflege	5	4,8
Verhinderungspflege	1	0,9
Gesamt	105	100

**Tabelle 32: Anerkennung nach §45a SGB XI**

	N	%
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	11	26,2
In erhöhtem Maß eingeschränkt	8	19,0
keine	23	54,8
Gesamt	42	100

\*Fehlend 158

**Tabelle 33: Verordnung gemäß SGB V**

	N	%
ja	23	11,5
nein	177	88,5
Gesamt	200	100

**Tabelle 34: Leistungen SGB XII**

	N	%
Hauswirtschaftliche Hilfen	4	36,4
Hilfen zur Pflege	6	54,5
Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes	1	9,1
Gesamt	11	100

\*Fehlend 189

**Tabelle 35: Schwerbehinderung**

	N	%
ja	62	31,0
nein	138	69,0
Gesamt	200	100

**Tabelle 36: Grad der Behinderung**

	N	%
20 %	1	2,1
30 %	1	2,1
40 %	1	2,1
50 %	6	12,8
60 %	13	6,4
70 %	9	19,1
80 %	7	14,9
90 %	4	8,5
100 %	15	31,9
Gesamt	47	100

\*Fehlend 15

**Tabelle 37: Soziale Situation - Alleinlebend**

	N	%
ja	67	33,5
nein	133	66,5
Gesamt	200	100

**Tabelle 38: Wohnsituation**

	N	%
Mehrfamilienhaus	74	70,5
Ein- / Zweifamilienhaus	24	22,4
Betreutes Wohnen	7	6,5
Gesamt	105	100

\*Fehlend 28

**Tabelle 39: Geistig seelische Erkrankungen**

	N	%
Demenzerkrankung	27	13,5
Diagnose vorhanden	14	7,0
Psychische Erkrankung	22	11,0

**Tabelle 40: Pflegebedarfe**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Körperpflege selbstständig	14	7,0
Körperpflege mit Hilfe	54	27,0
Mobilisation selbstständig	27	13,5
Mobilisation mit Hilfe	39	19,5
Sturzrisiko	41	20,5
Ernährung selbstständig	43	21,5
Ernährung mit Hilfe	23	11,5
Magensonde	2	1,0
PEG	1	0,5
Spezielle Pflege	13	6,5

### 1.3.1.3 Dokumentation der Zeitanteile (ohne Teilstudie 3)

**Tabelle 41: Übersicht der durchschnittlichen Arbeitszeit (in %) pro Modul nach Pflegestützpunkt (T1)**

T1	Altona	Bergedorf	Eimsbüttel	Harburg	Mitte	Nord	Rahlstedt	Wandsbek	Gesamt
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Modul 1	2,7	2,1	5,5	1	4,1	2	9,3	6,4	4,9
Modul 2	13,2	16,6	16,6	31	37,1	12,6	25,5	27,2	21,8
Modul 3	13,1	11	24,4	0,6	19,8	10,5	22	4,7	15,3
Modul 4	42,5	26,7	24,2	0,3	7,9	43,3	27,3	37,6	28,8
Modul 5	28,5	43,6	29,3	67	31	31,6	15,9	24,2	29,2

**Tabelle 42: Übersicht der durchschnittlichen Arbeitszeit (in %) pro Modul nach Pflegestützpunkt (T2)**

T2	Altona	Bergedorf	Eimsbüttel	Harburg	Mitte	Nord	Rahlstedt	Wandsbek	Gesamt
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Modul 1	2,6	1,2	4,4	0	3,1	1,8	5,1	5,7	3,4
Modul 2	15	25,6	24,4	100	40,2	23,2	50,9	32,4	32,1
Modul 3	10,2	20,2	29,6	0	21,2	9	9,3	10,5	15,7
Modul 4	38,8	18,1	15,1	0	12,9	31	18,2	28,3	22,2
Modul 5	33,5	34,9	26,4	0	22,5	34,9	16,5	23,1	26,6

**Tabelle 43: Übersicht der versendeten und erhaltenen Zeiterfassungsbögen nach Pflegestützpunkten**

PSP	Zeitpunkt	Anzahl versendet	Anzahl erhalten	Anmerkung
<b>Altona</b>	T1	3	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ein Mitarbeiter hat fünf Tage Urlaub</li> </ul>
	T2	3	3	
<b>Bergedorf</b>	T1	4	3	
	T2	4	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ein Mitarbeiter hat 2 Tage Urlaub</li> <li>Ein Mitarbeiter ist 2 Tage krank</li> </ul>
<b>Eimsbüttel</b>	T1	3	2	
	T2	3	2	
<b>Harburg</b>	T1	9	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>In allen Bögen fehlen Angaben</li> <li>5 Bögen sind unvollständig und zum Teil gar nicht ausgefüllt</li> </ul>
	T2	9	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ein Mitarbeiter hat acht Tage Urlaub</li> <li>2 Bögen sind unvollständig und zum Teil gar nicht ausgefüllt</li> </ul>
<b>Mitte</b>	T1	4	2	
	T2	4	2	
<b>Nord</b>	T1	7	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>4 Bögen sind unvollständig und zum Teil gar nicht ausgefüllt</li> <li>Ein Mitarbeiter hat zehn Tage Urlaub</li> </ul>
	T2	7	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Bogen ist gar nicht ausgefüllt</li> </ul>
<b>Rahlstedt</b>	T1	3	3	
	T2	3	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zwei Mitarbeiter haben jeweils fünf Tage Urlaub</li> </ul>
<b>Wandsbek</b>	T1	4	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>In einem Bogen fehlen Angaben</li> <li>2 Bögen sind unvollständig und zum Teil gar nicht ausgefüllt</li> </ul>
	T2	4	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ein Mitarbeiter hat fünf Tage Urlaub</li> </ul>
<b>Gesamt</b>	T1	37	29	
	T2	37	24	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Bögen sind genauer und vollständiger ausgefüllt als in der ersten Erhebungsphase</li> </ul>

## 1.3.2 Teilstudie 2

### 1.3.2.1 Ergebnisse: Erste Befragungswelle

**Tabelle 44: Übersicht Versendung und Rücklauf**

Krankenkasse	Versendet	Rücklauf	Rücklaufquote %
AOK	753	215	28,6
DAK	352	119	33,8
City BKK	270	77	28,5
BARMER (BEK)	209	79	37,8
TK	160	60	37,5
BARMER (GEK)	65	18	27,7
IKK	65	33	50,8
Hilfebedürftige*	211	125	59,2
Gesamt	2.085	728**	34,9

\* Nicht durch die Krankenkasse angeschriebene potentiell Hilfebedürftige

\*\* Zwei vollständig ausgefüllte Fragebogen sind ohne Codenummer zurückgekommen und mit in die Auswertung aufgenommen worden

**Tabelle 45: Antwortende Person (Frage 1)**

Antwort durch...	PB (N=574)		HB (N=112)		Gesamt (N=686*)	
	N	%	N	%	N	%
Angehörige	357	62,2	39	34,8	396	57,7
PB/HB	217	37,8	73	75,2	290	42,3

\* Keine Angabe: N=42

### 1.3.2.2 Beschreibung Pflegebedürftige (PB) / Hilfebedürftige (HB)

**Tabelle 46: Übersicht Demographie PB/HB**

	PB (N=603)		HB (N=125)		Gesamt (N=728)*	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Alter <sup>1</sup>	75,2	17,1	75,3	8,3	75,2	16,1
	N	%	N	%	N	%
Weiblich <sup>2</sup>	363	61,2	92	84,4	455	64,8
Deutschsprachig <sup>3</sup>	552	93,4	100	94,3	652	93,5
Schulabschluss <sup>4</sup>						
Abitur	69	11,9	14	13,6	83	12,2
Realschule	135	23,3	29	28,2	164	24
Volks-/Hauptschule	317	54,7	57	55,3	374	54,8
kein Abschluss	59	10,2	3	2,9	62	9,1
Pflegestufe <sup>5</sup>						
Keine/0	233	39,8	92	87,6	325	47,1
I	218	37,3	9	8,6	227	32,9
II	102	17,4	4	3,8	106	15,4
III/III+	32	5,5	0	0	32	4,6
Alleine lebend <sup>6</sup>	237	40,4	74	69,2	311	44,9

Unterschiedliche Grundgesamtheiten: keine Angabe: <sup>1</sup>N=45, <sup>2</sup>N=25, <sup>3</sup>N=31, <sup>4</sup>N=45, <sup>5</sup>N=38, <sup>6</sup>N=35

**Tabelle 47: Geschlecht PB/HB (Frage: 6)**

	PB (N=593)		HB (N=109)		Gesamt (N=702*)	
	N	%	N	%	N	%
Weiblich	363	61,2	92	84,4	455	64,8
Männlich	230	38,8	17	15,6	247	35,2

\* Keine Angabe: N=26

**Tabelle 48: Altersgruppen PB/HB (Frage: 7)**

	PB (N=583)		HB (N=100)		Gesamt (N=683*)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Durchschnittsalter: 75,2</b>						
< 19 Jahre	12	2	0	0	12	1,6
19 - 49 Jahre	32	5,3	0	0	32	4,4
50 - 54 Jahre	7	1,2	0	0	7	1,1
55 - 59 Jahre	18	3	1	0,8	19	2,9
60 - 64 Jahre	23	3,8	3	2,4	26	4
65 - 69 Jahre	41	6,8	6	4,8	47	7,4
70 - 74 Jahre	69	11,4	13	10,4	82	12,5
75 - 79 Jahre	79	13,1	22	17,6	101	13,9
80 - 84 Jahre	133	22,1	22	17,6	155	20,9
85 - 89 Jahre	103	17,1	19	15,2	122	15,8
90 - 94 Jahre	48	8	12	9,6	60	6,9
95 - 99 Jahre	18	3	2	1,6	20	2,5

\* Keine Angabe: N=45



**Tabelle 49: Hauptsprache PB/HB (Frage: 8)**

	PB (N=591)		HB (N=106)		Gesamt (N=697*)	
	N	%	N	%	N	%
Deutsch	552	93,4	100	94,3	652	93,5
Türkisch	11	1,9	2	1,9	13	1,9
Polnisch	2	0,3	1	0,9	3	0,4
Dary (Afganisch)	1	0,2	0	0	1	0,1
Bosnisch	1	0,2	0	0	1	0,1
Serbisch	1	0,2	0	0	1	0,1
Griechisch	1	0,2	0	0	1	0,1
Iranisch	1	0,2	0	0	1	0,1
Chinesisch	1	0,2	0	0	1	0,1
Portugiesisch	1	0,2	0	0	1	0,1
Kann nicht sprechen	10	1,7	0	0	10	1,4
Unbekannt	9	1,5	3	2,8	12	1,7

\*Keine Angabe: N=31

**Tabelle 50: Schulabschluss PB/HB (Frage: 9)**

	PB (N=580)		HB (N=103)		Gesamt (N=683*)	
	N	%	N	%	N	%
Abitur	69	11,9	14	13,6	83	12,2
Realschule	135	23,3	29	28,2	164	24
Volks-/Hauptschule	317	54,7	57	55,3	374	54,8
kein Abschluss	59	10,2	3	2,9	62	9,1

\* Keine Angabe: N=45

**Tabelle 51: Wohnort PB/HB (Frage: 10)**

	PB (N=585)		HB (N=104)		Gesamt (N=689*)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	28	4,8	10	9,6	38	5,5
Bergedorf	44	7,5	1	1	45	6,5
Billstedt	32	5,5	29	27,9	61	8,9
Bramfeld	21	3,6	0	0	21	3
Farmsen	3	0,5	7	6,7	10	1,5
Finkenwerder	7	1,2	2	1,9	9	1,3
Fuhlsbüttel	16	2,7	2	1,9	18	2,6
Heimfeld, Harburg	25	4,3	6	5,8	31	4,5
Innenstadt Hamburg	105	17,9	10	9,6	115	16,7
Langenhorn	26	4,4	2	1,9	28	4,1
Lurup	25	4,3	8	7,7	33	4,8
Neugraben	22	3,8	5	4,8	27	3,9
Niendorf	33	5,6	5	4,8	38	5,5
Ohlstedt, Poppenbüttel, Sasel	27	4,6	3	2,9	30	4,4
Osdorf, Groß Flottbek, Nienstedten	7	1,2	2	1,9	9	1,3
Rahlstedt	40	6,8	3	2,9	43	6,2
Rissen	3	0,5	0	0	3	0,4
Steilshoop	8	1,4	0	0	8	1,2
Stellingen, Lokstedt	22	3,8	1	1,0	23	3,3
Sülldorf, Blankenese	16	2,7	2	1,9	18	2,6
Volksdorf	11	1,9	0	0	11	1,6
Wandsbek	47	8	3	2,9	50	7,3
Wilhelmsburg	11	1,9	0	0	11	1,6
außerhalb von Hamburg	6	1	3	2,9	9	1,3

\* Keine Angabe: N=39

**Tabelle 52: Pflegestufe PB/HB (Frage: 11)**

	PB (N=585)		HB (N=105)		Gesamt (N=690*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine/0	233	39,8	92	87,6	325	47,1
I	218	37,3	9	8,6	227	32,9
II	102	17,4	4	3,8	106	15,4
III/III+	32	5,5	0	0	32	4,6

\* Keine Angabe: N=38

**Tabelle 53: Pflegestufendauer (in Kategorien) (Frage: 11a)**

	PB (N=217)		HB (N=7)		Gesamt (N=224*)	
	N	%	N	%	N	%
0 - 1 Jahr	122	56,2	4	57,1	126	56,2
2 - 3 Jahre	44	20,3	3	42,9	47	21,0
4 - 6 Jahre	27	12,4	0	0	27	12,1
7 - 9 Jahre	7	3,2	0	0	7	3,1
> 9 Jahre	17	7,8	0	0	17	7,6

\*Keine Angabe: N=141

**Tabelle 54: Lebensgemeinschaft (Frage: 12)**

Mehrfachantworten möglich	PB (N=586)		HB (N=107)		Gesamt (N=693*)	
	N	%	N	%	N	%
Lebt alleine	237	40,4	74	69,2	311	44,9
Ehegatte/Lebensgefährte	253	43,2	25	23,4	278	40,1
Kind	64	10,9	4	3,7	68	9,8
Eltern	26	4,4	0	0	26	3,8
Freunde/Bekannte	20	3,4	6	5,6	26	3,8
Geschwistern	9	1,5	0	0	9	1,3

\* Keine Angabe: N=35

**Tabelle 55: Hilfebedarf im Haushalt (Frage: 13)**

	PB (N=584)		HB (N=105)		Gesamt (N=689*)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	555	95	60	57,1	615	89,3
Nein	29	5	45	42,9	74	10,7

\* Keine Angabe: N=39

**Tabelle 56: Hilfe im Haushalt durch Angehörige? (Frage: 13a)**

	PB (N=539)		HB (N=55)		Gesamt (N=594*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine Hilfe	72	13,4	6	10,9	78	13,1
Mehrmals täglich	318	59	12	21,8	330	55,6
Einmal täglich	46	8,5	6	10,9	52	8,8
Mehrmals wöchentlich	61	11,3	14	25,5	75	12,6
Einmal wöchentlich	36	6,7	9	16,4	45	7,6
Einmal monatlich	6	1,1	8	14,5	14	2,4

\* Keine Angabe: N=21

**Tabelle 57: Hilfe im Haushalt durch professionellen Dienst? (Frage: 13a)**

	PB (N=539)		HB (N=55)		Gesamt (N=594*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine Hilfe	353	65,5	44	80,0	397	66,8
Mehrmals täglich	82	15,2	2	3,6	84	14,1
Einmal täglich	42	7,8	0	0	42	7,1
Mehrmals wöchentlich	32	5,9	3	5,5	35	5,9
Einmal wöchentlich	24	4,5	5	9,1	29	4,9
Einmal monatlich	6	1,1	1	1,8	7	1,2

\* Keine Angabe: N=21

**Tabelle 58: Pflegebedarf (Frage: 14)**

	PB (N=573)		HB (N=101)		Gesamt (N=674*)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	519	90,6	26	25,7	545	80,9
Nein	54	9,4	75	74,3	129	19,1

\* Keine Angabe: N=54

**Tabelle 59: Pflege durch Angehörige (Frage: 14a)**

	PB (N=511)		HB (N=25)		Gesamt (N=536*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine Pflege	104	20,4	7	28	111	20,7
Mehrmals täglich	309	60,5	11	44	320	59,7
Einmal täglich	38	7,4	1	4	39	7,3
Mehrmals wöchentlich	43	8,4	5	20	48	9
Einmal wöchentlich	12	2,3	1	4	13	2,4
Einmal monatlich	5	1	0	0	5	0,9

\* Keine Angabe: N=9

**Tabelle 60: Pflege durch professionellen Dienst (Frage: 14a)**

	PB (N=511)		HB (N=25)		Gesamt (N=536*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine Pflege	302	59,1	14	56	316	59
Mehrmals täglich	100	19,6	3	12	103	19,2
Einmal täglich	66	12,9	2	8	68	12,7
Mehrmals wöchentlich	27	5,3	3	12	30	5,6
Einmal wöchentlich	14	2,7	3	12	17	3,2
Einmal monatlich	2	0,4	0	0	2	0,4

\* Keine Angabe: N=9

### 1.3.2.3 Beschreibung Angehörige

**Tabelle 61: Übersicht Demographie Angehörige**

	PB (N=357)		HB (N=39)		Gesamt (N=395)*	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Alter <sup>1</sup>	60,9	13,7	66,5	17,9	61,2	14
	N	%	N	%	N	%
Weiblich <sup>2</sup>	263	73,3	19	67,9	282	72,9
Deutschsprachig <sup>3</sup>	348	97,5	26	96,3	374	97,4
Schulabschluss <sup>4</sup>						
Abitur	90	25,8	7	26,9	97	25,9
Realschule	121	34,7	13	50	134	35,7
Volks-/Hauptschule	132	37,8	5	19,2	137	36,5
kein Abschluss	6	1,7	1	3,8	7	1,9

\* Unterschiedliche Grundgesamtheiten: keine Angabe: <sup>1</sup>N=46, <sup>2</sup>N=29, <sup>3</sup>N=32, <sup>4</sup>N=41

**Tabelle 62: Art der Angehörigen (Frage 1)**

Angehöriger	PB (N=367)		HB (N=33)		Gesamt (N=400*)	
	N	%	N	%	N	%
Ehegatte/Lebensgefährte	130	35,4	12	36,4	142	35,5
(Schwieger-)Tochter/Sohn	112	30,5	4	12,1	116	29
(Schwieger-)Sohn	39	10,6	2	6,1	41	10,3
Betreuer	28	7,6	1	3,0	29	7,3
Eltern	17	4,6	0	0	17	4,3
Andere Verwandte	15	4,1	1	3,0	16	4
Freunde/Bekannte	7	1,9	8	24,2	15	3,8
Enkelkinder	6	1,6	1	3	7	1,8
Geschwister	5	1,4	2	6,1	7	1,8
Pflegedienst	3	0,8	0	0	3	0,8
Nachbarn	1	0,3	1	3,0	2	0,5
Sonstige	4	1,1	1	3,0	5	1,3

\*Keine Angabe: N=16

**Tabelle 63: Geschlecht Angehörige (Frage: 15)**

	vom PB (N=359)		vom HB (N=28)		Gesamt (N=387*)	
	N	%	N	%	N	%
Weiblich	263	73,3	19	67,9	282	72,9
Männlich	96	26,7	9	32,1	105	27,1

\* Keine Angabe: N=29

**Tabelle 64: Alter Angehörige (in Kategorien) (Frage: 16)**

	vom PB (N=348)		vom HB (N=33)		Gesamt (N=381*)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Durchschnittsalter: 61,2 Jahre</b>						
< 30 Jahre	5	1,4	2	6,1	7	1,8
30 - 34 Jahre	7	2	0	0	7	1,8
35 - 39 Jahre	9	2,6	0	0	9	2,4
40 - 44 Jahre	18	5,2	0	0	18	4,7
45 - 49 Jahre	23	6,6	3	9,1	26	6,8
50 - 54 Jahre	41	11,8	0	0	41	10,8
55 - 59 Jahre	44	12,6	1	3,0	45	11,8
60 - 64 Jahre	45	12,9	3	9,1	48	12,6
65 - 69 Jahre	38	10,9	3	9,1	41	10,8
70 - 74 Jahre	38	10,9	2	6,1	40	10,5
75 - 79 Jahre	27	7,8	6	18,2	33	8,7
80 - 84 Jahre	22	6,3	3	9,1	25	6,6
> 84 Jahre	8	2,3	2	6,1	10	2,6

\* Keine Angabe: N=35

**Tabelle 65: Hauptsprache Angehörige (Frage: 17)**

	vom PB (N=357)		vom HB (N=27)		Gesamt (N=384*)	
	N	%	N	%	N	%
Deutsch	348	97,5	26	96,3	374	97,4
Türkisch	5	1,4	1	3,7	6	1,6
Polnisch	1	0,3	0	0	1	0,3
Portugiesisch	1	0,3	0	0	1	0,3
Unbekannt	2	0,6	0	0	2	0,5

\* Keine Angabe: N=32

**Tabelle 66: Schulabschluss Angehörige (Frage: 18)**

	vom PB (N=349)		vom HB (N=26)		Gesamt (N=375*)	
	N	%	N	%	N	%
Abitur	90	25,8	7	26,9	97	25,9
Realschule	121	34,7	13	50	134	35,7
Volks-/Hauptschule	132	37,8	5	19,2	137	36,5
keinen Abschluss	6	1,7	1	3,8	7	1,9

\* Keine Angabe: N=41

**Tabelle 67: Wohnort Angehöriger (Frage: 19)**

	vom PB (N=351)		vom HB (N=27)		Gesamt (N=378*)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	20	5,7	1	3,7	21	5,6
Bergedorf	36	10,3	0	0	36	9,5
Billstedt	18	5,1	3	11,1	21	5,6
Bramfeld	9	2,6	1	3,7	10	2,6
Farmsen	4	1,1	1	3,7	5	1,3
Finkenwerder	6	1,7	0	0	6	1,6
Fuhlsbüttel	8	2,3	0	0	8	2,1
Heimfeld, Harburg	10	2,8	1	3,7	11	2,9
Innenstadt Hamburg	48	13,7	4	14,8	52	13,8
Langenhorn	8	2,3	0	0	8	2,1
Lurup	10	2,8	2	7,4	12	3,2
Neugraben	13	3,7	0	0	13	3,4
Niendorf	21	6	3	11,1	24	6,3
Ohlstedt, Poppenbüttel, Sasel	14	4	2	7,4	16	4,2
Osdorf, Groß Flottbek, Nienstedten	2	,6	2	7,4	4	1,1
Rahlstedt	22	6,3	1	3,7	23	6,1
Rissen	2	,6	0	0	2	0,5
Steilshoop	4	1,1	0	0	4	1,1
Stellingen, Lokstedt	12	3,4	0	0	12	3,2
Sülldorf, Blankenese	9	2,6	0	0	9	2,4
Volkendorf	7	2	1	3,7	8	2,1
Wandsbek	26	7,4	3	11,1	29	7,7
Wilhelmsburg	8	2,3	0	0	8	2,1
außerhalb von Hamburg	34	9,7	2	7,4	36	9,5

\* Keine Angabe: N=38

### 1.3.2.4 Antworten Pflegestützpunkte (PSP)

**Tabelle 68: PSP bereits bekannt? (Frage: 2)**

	PB (N=594)		HB (N=122)		Gesamt (N=716*)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	213	35,9	71	58,2	284	39,7
Nein	381	64,1	51	41,8	432	60,3

\* Keine Angabe: N=12

**Tabelle 69: Wodurch bekannt? (Frage: 2a)**

Mehrfachantworten möglich	PB (N=210)		HB (N=70)		Gesamt (N=280*)	
	N	%	N	%	N	%
Medien	91	43,3	28	40	119	42,5
Werbung	49	23,3	18	25,7	67	23,9
Familie, Freunde, Bekannte	53	25,2	12	17,1	65	23,2
Beratungsstellen	19	9,0	32	45,7	51	18,2
Krankenkasse	33	15,7	3	4,3	36	12,9
Krankenhaus	27	12,9	7	10	34	12,1
Pflegedienst	30	14,3	4	5,7	34	12,1
Behörde/Ämter	12	5,7	13	18,6	25	8,9
Arzt	21	10	2	2,9	23	8,2
Andere	8	3,8	3	4,3	11	3,9

\* Keine Angabe: N=4

**Tabelle 70: PSP bereits genutzt? (Frage: 2b)**

	PB (N=210)		HB (N=68)		Gesamt (N=278)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	61	29	12	17,6	73	26,3
Nein	149	71	56	82,4	205	73,7

\* Keine Angabe: N=6

**Tabelle 71: Nutzung geplant? (Frage: 3)**

	PB (N=587)		HB (N=118)		Gesamt (N=728)*	
	N	%	N	%	N	%
Ja	415	70,7	102	86,4	517	73,3
Nein	172	29,3	16	13,6	188	26,7

\* Keine Angabe: N=23



**Tabelle 72: Gründe für Nichtnutzung (Frage: 3a)**

	PB (N=165)		HB (N=14)		Gesamt (N=179)*	
	N	%	N	%	N	%
Anders informiert	66	39,5	5	35,7	71	39,2
=> Durch Pflegedienste	26	15,8	2	14,3	28	15,6
=> Durch andere Beratungsstellen	21	12,7	1	7,1	22	12,3
=> Sonstiges	9	5,5	2	14,3	11	6,1
=> Keine Angabe	10	6,1	0	0	10	5,6
Kein Bedarf	61	36,5	7	50,0	68	37,6
Zu aufwändig	28	16,8	3	21,4	31	17,1
Angebot sagt nicht zu	7	4,2	0	0	7	3,9
Kein Interesse	11	6,6	0	0	11	6,1
Sonstiges	32	19,2	2	14,3	34	18,8

\* Keine Angabe: N=9

**Tabelle 73: Zeitpunkt der geplanten Kontaktaufnahme (Frage: 4)**

	PB (N=392)		HB (N=98)		Gesamt (N=490*)	
	N	%	N	%	N	%
Noch in dieser Woche	29	7,4	2	2	31	6,3
In diesem Monat	40	10,2	4	4,1	44	9
Im nächsten Monat	54	13,8	4	4,1	58	11,8
Später	234	59,7	79	80,6	313	63,9
Bin schon da gewesen	35	8,9	9	9,2	44	9

\* Keine Angabe: N=27

**Tabelle 74: Art des geplanten Erstkontakts (Frage: 4a)**

	PB (N=392)		HB (N=87)		Gesamt (N=479*)	
	N	%	N	%	N	%
Per Telefon	264	67,3	53	60,9	317	66,2
Im PSP	73	18,6	20	23	93	19,4
Per Brief	11	2,8	3	3,4	14	2,9
Per Email	9	2,3	1	1,1	10	2,1
Per Fax	1	0,3	1	1,1	2	0,4
Hatte bereits Kontakt	34	8,7	9	10,3	43	9

\* Keine Angabe: N=38

**Tabelle 75: Art des geplanten weiteren Kontakts? (Frage: 4b)**

Mehrfachantworten möglich	PB (N=398)		HB (N=98)		Gesamt (N=496*)	
	N	%	N	%	N	%
Per Telefon	216	54,3	43	43,9	259	52,2
Zu Hause	204	51,3	45	45,9	249	50,2
Im PSP	133	33,4	46	46,9	179	36,1
Per Brief	45	11,3	9	9,2	54	10,9
Per Email	36	9	4	4,1	40	8,1
Per Fax	8	2	1	1	9	1,8

\* Keine Angabe: N=21

**Tabelle 76: Gewünschte Hilfetemen (Frage: 5)**

Mehrfachantworten möglich	PB (N=401)		HB (N=100)		Gesamt (N=501*)	
	N	%	N	%	N	%
Zuhause wohnen bleiben	199	49,6	59	59	252	50,3
Haushaltshilfen	178	44,4	62	62	240	47,9
Betreuungsangebote	175	43,6	57	57	232	46,3
Fahrdienste	181	45,1	50	50	231	46,1
Kranken- und Pflegeversicherung	146	36,4	34	34	180	35,9
Befreiungsmöglichkeiten	133	33,2	40	40	173	34,5
Ausfüllen von Anträgen	125	31,2	41	41	166	33,1
Pflegedienste	132	32,9	33	33	165	32,9
Pflegestufen	115	28,7	48	48	163	32,5
Kurzzeitpflege	118	29,4	37	37	155	30,9
Hausnotrufdienste	113	28,2	38	38	151	30,1
Hilfs- und Pflegemittel	115	28,7	35	35	150	29,9
Ehrenamtliche Hilfen	114	28,4	34	34	148	29,5
Schwerbehindertenrecht	117	29,2	28	28	145	28,9
Betreuungsverfahren	106	26,4	33	33	139	27,7
Wohnraumanpassung	105	26,2	29	29	134	26,7
Tagespflege	112	27,9	22	22	134	26,7
Ärzte	105	26,2	16	16	121	24,2
Betreutes Wohnen	84	20,9	35	35	119	23,8
Freizeit- und Kulturangebote	71	17,7	43	43	114	22,8
Alten- und Pflegeheime	85	21,2	28	28	113	22,6
Selbsthilfegruppen	76	19,	34	34	110	22
Krankenhäuser	81	20,2	20	20	101	20,2
Demenz und Alzheimer	73	18,2	21	21	94	18,8
Krankheiten	62	15,5	23	23	85	17
Essen auf Rädern	62	15,5	14	14	76	15,2
Pflegezeiten und Pflegeurlaub	35	8,7	6	6	41	8,2
Sonstiges	28	7	9	9	37	7,4

\* Keine Angabe: N=42

**Tabelle 77: Gewünschte Hilfetemen: Kategorien (Frage: 5)**

Mehrfachantworten möglich	PB (N=401)		HB (N=100)		Gesamt (N=501*)	
	N	%	N	%	N	%
Ergänzende Versorgung	351	87,5	96	96	447	89,2
Sonstige Beratung	303	75,6	84	84	387	77,2
Pflege	289	72,1	71	71	360	71,9
Zu Hause wohnen bleiben	199	49,6	59	59	252	50,3
Medizin und Therapie	190	47,4	44	44	234	45,9
Bürgerschaftliches Engagement	164	40,1	58	58	222	44,3

\* Keine Angabe: N=42

### 1.3.2.5 Ergebnisse: Zweite Befragungswelle

**Tabelle 78: Übersicht Versendung und Rücklauf**

Krankenkasse	Versendet	Rücklauf	Rücklaufquote %
AOK	214	151	70,6
DAK	119	82	68,1
BARMER (BEK)	77	62	80,5
City BKK	77	60	77,9
TK	58	45	77,6
IKK	31	26	83,9
BARMER (GEK)	18	17	94,4
Hilfebedürftige*	125	100	80
Gesamt	721	543	75,2

\* Nicht durch die Krankenkasse angeschriebene potentielle HB

**Tabelle 79: Antwortende Person (Frage: 1)**

	PB (N=422)		HB (N=80)		Gesamt (N=502*)	
	N	%	N	%	N	%
Angehörige	276	65,4	21	26,3	297	59,2
PB/HB	146	34,6	59	73,8	205	40,8

\* Keine Angabe: N=41

### 1.3.2.6 Beschreibung "Antwortende HB/PB"

**Tabelle 80: Übersichtstabelle: Charakteristika Antwortende HB/PB**

	Nutzer (N=90)		Nichtnutzer (N=453)		Gesamt (N=543)*	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Alter <sup>1</sup>	73,9	13,6	75,7	16,9	75,4	16,4
	N	%	N	%	N	%
Weiblich <sup>2</sup>	53	61,6	291	66,9	344	66
Deutschsprachig <sup>3</sup>	81	96,4	403	93,1	484	93,6
Schulabschluss <sup>4</sup>						
Abitur	9	10,8	50	11,8	59	11,7
Realschule	19	22,9	102	24,2	121	24
Volks- /Hauptschule	45	54,2	235	55,7	280	55,4
kein Abschluss	10	12	35	8,3	45	8,9
Pfleigestufe <sup>5</sup>						
Keine/0	20	23,8	120	29,8	140	28,8
I	44	52,4	175	43,4	219	45
II	16	19	83	20,6	99	20,3
III/III+	4	4,8	25	6,2	29	6
Alleine lebend <sup>6</sup>	27	31	202	45,4	229	43

Unterschiedliche Grundgesamtheiten: keine Angabe: <sup>1</sup>N=37, <sup>2</sup>N=22, <sup>3</sup>N=26, <sup>4</sup>N=38, <sup>5</sup>N=56, <sup>6</sup>N=11

**Tabelle 81: Geschlecht**

	PB (N=433)		HB (N=88)		Gesamt (N=521)	
	N	%	N	%	N	%
weiblich	271	62,5	73	83	344	66
männlich	162	37,4	15	17	177	34

\* Keine Angabe: N=22

**Tabelle 82: Alter (Kategorien)**

	PB (N=426)		HB (N=79)		Gesamt (N=505)	
	N	%	N	%	N	%
< 19 Jahre	10	2,3	0	0	10	2
19 - 49 Jahre	21	4,9	0	0	21	4,1
50 - 54 Jahre	6	1,4	2	2,5	8	1,6
55 - 59 Jahre	12	2,8	2	2,5	14	2,8
60 - 64 Jahre	13	3,1	3	3,8	16	3,1
65 - 69 Jahre	30	7	10	12,7	40	8
70 - 74 Jahre	52	12,2	18	22,8	70	14
75 - 79 Jahre	57	13,4	17	22	74	14,7
80 - 84 Jahre	98	23	14	17,8	112	22,2
85 - 89 Jahre	79	18,5	11	14	90	17,9
90 - 94 Jahre	34	8	2	2,5	36	7,1
95 - 99 Jahre	14	3,3	0	0	14	2,8

\* Keine Angabe: N=38

**Tabelle 83: Hauptsprache**

	PB (N=432)		HB (N=85)		Gesamt (N=517)	
	N	%	N	%	N	%
Deutsch	404	94	80	94,1	484	93,6
Türkisch	8	1,9	2	2,4	10	1,9
Polnisch	2	0,5	1	1,2	3	0,6
Bosnisch	1	0,2	0	0	1	0,2
Iranisch	1	0,2	0	0	1	0,2
Chinesisch	1	0,2	0	0	1	0,2
Kann nicht sprechen	10	2,3	0	0	10	1,9
unbekannt	5	1,2	2	2,4	7	1,4

\* Keine Angabe: N=26

**Tabelle 84: Höchster Schulabschluss**

	PB (N=423)		HB (N=82)		Gesamt (N=505)	
	N	%	N	%	N	%
Abitur	47	11,1	12	14,6	59	11,7
Realschule	95	22,5	26	31,7	121	24
Volks- /Hauptschule	238	56,3	42	51,2	280	55,4
keinen Abschluss	43	10,2	2	2,4	45	8,9

\* Keine Angabe: N=38

**Tabelle 85: Wohnort**

	PB (N=410)		HB (N=81)		Gesamt (N=491)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	17	4,1	6	7,4	23	4,7
Bergedorf	33	8	0	0	33	6,7
Billstedt	21	5,1	17	21	38	7,7
Bramfeld	15	3,7	0	0	15	3
Farmsen	1	0,2	6	7,4	7	1,4
Finkenwerder	3	0,7	0	0	3	0,6
Fuhlsbüttel	10	2,4	2	2,5	12	2,4
Heimfeld, Harburg	15	3,7	4	4,9	19	3,9
Innenstadt Hamburg	71	17,3	13	16	84	17,1
Langenhorn	15	3,7	2	2,5	17	3,5
Lurup	17	4,1	5	6,2	22	4,5
Neugraben	17	4,1	6	7,4	23	4,7
Niendorf	28	6,8	3	3,7	31	6,3
Ohlstedt, Poppenbüttel, Sasel	22	5,3	3	3,7	25	5,1
Osdorf, Groß Flottbek, Nienstedten	5	1,2	2	2,5	7	1,4
Rahlstedt	30	7,3	2	2,5	32	6,5
Rissen	1	0,2	0	0	1	0,2
Steilshoop	4	1	0	0	4	0,8
Stellingen, Lokstedt	20	4,9	2	2,5	22	4,5
Sülldorf, Blankenese	12	2,9	1	1,2	13	2,6
Volksdorf	10	2,4	0	0	10	2
Wandsbek	32	7,8	3	3,7	35	7,1
Wilhelmsburg	6	1,5	1	1,2	7	1,4
außerhalb von Hamburg	5	1,2	3	3,7	8	1,6

\* Keine Angabe: N=52

**Tabelle 86: Pflegestufe**

	PB (N=411)		HB (N=76)		Gesamt (N=487)	
	N	%	N	%	N	%
Keine/0	75	18,2	65	85,5	140	28,8
I	213	51,8	6	7,9	219	45
II	96	23,4	3	3,9	99	20,3
III / III+	27	6,6	2	2,6	29	6

\* keine Angabe: N=56

**Tabelle 87: Wohnsituation**

Mehrfachantworten	PB (N=445)		HB(N=87)		Gesamt (N=532)	
	N	%	N	%	N	%
Lebt alleine	169	38	60	69	229	43
Ehegatte/Lebensgefährte	189	42,5	20	23	209	39,3
Geschwister	9	2	0	0	9	1,7
Kind	43	9,7	3	3,4	46	8,6
Eltern	22	4,9	2	2,3	24	4,5
Freunde/Bekannte	13	2,9	2	2,3	15	2,8

\* Keine Angabe: N= 11

### 1.3.2.7 Beschreibung Nutzerinnen

**Tabelle 88: Geschlecht**

	PB (N=71)		HB (N=15)		Gesamt (N=86)	
	N	%	N	%	N	%
Weiblich	42	59,2	11	73,3	53	61,6
Männlich	29	40,8	4	26,7	33	38,4

\* Keine Angabe: N=4

**Tabelle 89: Alter (Kategorien)**

	PB (N=69)		HB (N=15)		Gesamt (N=84*)	
	N	%	N	%	N	%
< 19 Jahre	1	1,4	0	0	1	1,1
19 - 49 Jahre	2	2,7	0	0	2	2,2
50 - 54 Jahre	3	4,1	1	5,9	3	3,3
55 - 59 Jahre	0	0	0	0	1	1,1
60 - 64 Jahre	4	5,5	1	5,9	5	5,6
65 - 69 Jahre	9	12,3	2	11,8	11	12,2
70 - 74 Jahre	14	19,2	5	29,4	19	21,1
75 - 79 Jahre	8	11	1	5,9	9	10
80 - 84 Jahre	17	23,3	3	17,6	20	22,2
85 - 89 Jahre	7	9,6	0	0	7	7,8
90 - 94 Jahre	4	5,5	2	11,8	6	6,7

\* Keine Angabe: N=6

**Tabelle 90: Hauptsprache**

	PB (N=69)		HB (N=15)		Gesamt (N=84*)	
	N	%	N	%	N	%
Deutsch	66	95,7	15	100	81	96,4
Türkisch	1	1,4	0	0	1	1,2
Polnisch	1	1,4	0	0	1	1,2
unbekannt	1	1,4	0	0	1	1,2

\* Keine Angabe: N=6

**Tabelle 91: Höchster Schulabschluss**

	PB (N=68)		HB (N=15)		Gesamt (N=83*)	
	N	%	N	%	N	%
Abitur	8	11,8	1	6,7	9	10,8
Realschule	12	17,6	7	46,7	19	22,9
Volks- /Hauptschule	39	57,4	6	40	45	54,2
keinen Abschluss	9	13,2	1	6,7	10	12

\* Keine Angabe: N=7



**Tabelle 92: Wohnort**

	PB (N=69)		HB (N=15)		Gesamt (N=84*)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	2	2,9	2	13,3	4	4,8
Bergedorf	9	13,0	0	0	9	10,7
Billstedt	3	4,3	3	20	6	7,1
Bramfeld	2	2,9	0	0	2	2,4
Farmsen	0	0	1	6,7	1	1,2
Finkenwerder	1	1,4	0	0	1	1,2
Heimfeld, Harburg	4	5,8	1	6,7	5	6
Innenstadt Hamburg	13	18,8	2	13,3	15	17,9
Langenhorn	3	4,3	0	0	3	3,6
Lurup	6	8,7	3	20	9	10,7
Neugraben	2	2,9	1	6,7	3	3,6
Niendorf	5	7,2	2	13,3	7	8,3
Osdorf, Groß Flottbek, Nienstedten	1	1,4	0	0	1	1,2
Rahlstedt	7	10,1	0	0	7	8,3
Stellingen, Lokstedt	3	4,3	0	0	3	3,6
Sülldorf, Blankenese	1	1,4	0	0	1	1,2
Volksdorf	2	2,9	0	0	2	2,4
Wandsbek	4	5,8	0	0	4	4,8
außerhalb von Hamburg	1	1,4	0	0	1	1,2

\* Keine Angabe: N=6

**Tabelle 93: Pflegestufe**

	PB (N=70)		HB (N=14)		Gesamt (N=84*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine/0	11	15,7	9	64,3	20	23,8
I	42	60	2	14,3	44	52,4
II	15	21,4	1	7,1	16	19
III / III+	2	2,9	2	14,3	4	4,8

\* keine Angabe: N=6

**Tabelle 94: Wohnsituation**

Mehrfachantworten	PB (N=70)		HB (N=16)		Gesamt (N=86*)	
	N	%	N	%	N	%
Lebt alleine	18	25,4	9	56,3	27	31
Ehegatte/Lebensgefährte	45	63,4	5	31,3	50	57,5
Geschwister	1	1,4	0	0	1	1,1
Kind	4	5,6	0	0	4	4,6
Eltern	2	2,8	2	12,5	4	4,6

\* Keine Angabe: N=4

### 1.3.2.8 Beschreibung Nichtnutzerinnen

**Tabelle 95: Geschlecht**

	PB (N=362)		HB (N=73)		Gesamt (N=435*)	
	N	%	N	%	N	%
Weiblich	229	63,3	62	84,9	291	66,9
Männlich	133	36,7	11	15,1	144	33,1

\* Keine Angabe: N=18

**Tabelle 96: Alter (Kategorien)**

	PB (N=357)		HB (N=64)		Gesamt (N=421*)	
	N	%	N	%	N	%
< 19 Jahre	9	2,4	0	0	9	2,0
19 - 49 Jahre	19	5,1	0	0	19	4,2
50 - 54 Jahre	3	,8	1	1,2	4	0,9
55 - 59 Jahre	12	3,3	2	2,4	14	3,1
60 - 64 Jahre	9	2,4	2	2,4	11	2,4
65 - 69 Jahre	21	5,7	8	9,6	29	6,4
70 - 74 Jahre	38	10,3	13	15,7	51	11,3
75 - 79 Jahre	49	13,3	16	19,3	65	14,4
80 - 84 Jahre	81	22	11	13,3	92	20,4
85 - 89 Jahre	72	19,5	11	13,3	83	18,4
90 - 94 Jahre	30	8,1	0	0	30	6,6
95 - 99 Jahre	14	3,8	0	0	14	3,1

\* Keine Angabe: N=32

**Tabelle 97: Hauptsprache**

	PB (N=363)		HB (N=70)		Gesamt (N=433*)	
	N	%	N	%	N	%
Deutsch	338	93,1	65	92,9	403	93,1
Türkisch	7	1,9	2	2,9	9	2,1
Polnisch	1	0,3	1	1,4	2	0,5
Bosnisch	1	0,3	0	0	1	0,2
Iranisch	1	0,3	0	0	1	0,2
Chinesisch	1	0,3	0	0	1	0,2
Kann nicht sprechen	10	2,8	0	0	10	2,3
unbekannt	4	1,1	2	2,9	6	1,4

\* Keine Angabe: N=20

**Tabelle 98: Höchster Schulabschluss**

	PB (N=355)		HB (N=67)		Gesamt (N=422*)	
	N	%	N	%	N	%
Abitur	39	11,0	11	16,4	50	11,8
Realschule	83	23,4	19	28,4	102	24,2
Volks- /Hauptschule	199	56,1	36	53,7	235	55,7
keinen Abschluss	34	9,6	1	1,5	35	8,3

\* Keine Angabe: N=31

**Tabelle 99: Wohnort**

	PB (N=341)		HB (N=66)		Gesamt (N=407*)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	15	4,4	4	6,1	19	4,7
Bergedorf	24	7	0	0	24	5,9
Billstedt	18	5,3	14	21,2	32	7,9
Bramfeld	13	3,8	0	,0	13	3,2
Farmsen	1	0,3	5	7,6	6	1,5
Finkenwerder	2	0,6	0	0	2	0,5
Fuhlsbüttel	10	2,9	2	3,0	12	2,9
Heimfeld, Harburg	11	3,2	3	4,5	14	3,4
Innenstadt Hamburg	58	17	11	16,7	69	17
Langenhorn	12	3,5	2	3,0	14	3,4
Lurup	11	3,2	2	3,0	13	3,2
Neugraben	15	4,4	5	7,6	20	4,9
Niendorf	23	6,7	1	1,5	24	5,9
Ohlstedt, Poppenbüttel, Sasel	22	6,5	3	4,5	25	6,1
Osdorf, Groß Flottbek, Nienstedten	4	1,2	2	3	6	1,5
Rahlstedt	23	6,7	2	3	25	6,1
Rissen	1	0,3	0	0	1	0,2
Steilshoop	4	1,2	0	0	4	1
Stellingen, Lokstedt	17	5	2	3	19	4,7
Sülldorf, Blankenese	11	3,2	1	1,5	12	2,9
Volksdorf	8	2,3	0	0	8	2
Wandsbek	28	8,2	3	4,5	31	7,6
Wilhelmsburg	6	1,8	1	1,5	7	1,7
außerhalb von Hamburg	4	1,2	3	4,5	7	1,7

\* Keine Angabe: N=46

**Tabelle 100: Pflegestufe**

	PB (N=341)		HB (N=62)		Gesamt (N=403*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine/0	64	18,8	56	90,3	120	29,8
I	171	50,1	4	6,5	175	43,4
II	81	23,8	2	3,2	83	20,6
III / III+	25	7,3	0	0	25	6,2

\* Keine Angabe: N=50

**Tabelle 101: Wohnsituation**

Mehrfachantworten	PB (N=374)		HB(N=71)		Gesamt (N=445*)	
	N	%	N	%	N	%
Lebt alleine	151	40,4	51	71,8	202	45,4
Ehegatte/Lebensgefährte	144	38,5	15	21,1	159	35,7
Geschwister	8	2,1	0	0	8	1,8
Kind	39	10,4	3	4,2	42	9,4
Eltern	20	5,3	0	0	20	4,5
Freunde/Bekannte	12	3,2	2	2,8	14	3,1

\* Keine Angabe: N=8

**Tabelle 102: Wohnort PB/HB (Frage: 18)**

	PB (N=410)		HB (N=81)		Gesamt (N=591*)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	17	4,1	6	7,4	23	4,7
Bergedorf	33	8,0	0	0	33	6,7
Billstedt	21	5,1	17	21	38	7,7
Bramfeld	15	3,7	0	0	15	3,1
Farmsen	1	0,2	6	7,4	7	1,4
Finkenwerder	3	0,7	0	0	3	0,6
Fuhlsbüttel	10	2,4	2	2,5	12	2,4
Heimfeld, Harburg	15	3,7	4	4,9	19	3,9
Innenstadt Hamburg	71	17,3	13	16	84	17,1
Langenhorn	15	3,7	2	2,5	17	3,5
Lurup	17	4,1	5	6,2	22	4,5
Neugraben	17	4,1	6	7,4	23	4,7
Niendorf	28	6,8	3	3,7	31	6,3
Ohlstedt, Poppenbüttel, Sasel	22	5,4	3	3,7	25	5,1
Osdorf, Groß Flottbek, Nienstedten	5	1,2	2	2,5	7	1,4
Rahlstedt	30	7,3	2	2,5	32	6,5
Rissen	1	0,2	0	0	1	0,2
Steilshoop	4	1	0	0	4	0,8
Stellingen, Lokstedt	20	4,9	2	2,5	22	4,5
Sülldorf, Blankenese	12	2,9	1	1,2	13	2,6
Volkendorf	10	2,4	0	0	10	2
Wandsbek	32	7,8	3	3,7	35	7,1
Wilhelmsburg	6	1,5	1	1,2	7	1,4
außerhalb von Hamburg	5	1,2	3	3,7	8	1,6

\* Keine Angabe: N=53

**Tabelle 103: Pflegestufe PB/HB (Frage: 19)**

	PB (N=411)		HB (N=76)		Gesamt (N=487*)	
	N	%	N	%	N	%
Keine/0	75	18,2	65	85,5	140	28,7
I	213	51,8	6	7,9	219	45
II	96	23,4	3	3,9	99	20,3
III / III+	27	6,6	2	2,6	29	6

\* Keine Angabe: N=56

### 1.3.2.9 Beschreibung Angehörige

**Tabelle 104: Art der Angehörigen (Frage: 1)**

Mehrfachantworten gegeben	PB (N=284)		HB (N=23)		Gesamt (N=307*)	
	N	%	N	%	N	%
Ehegatte/Lebensgefährte	101	35,6	6	26,1	107	34,9
(Schwieger-)Tochter	94	33,1	5	21,7	99	32,2
(Schwieger-)Sohn	30	10,6	3	13	33	10,7
Eltern	21	7,4	0	0	21	6
Betreuer	16	5,6	1	4,3	17	5,5
Enkelkinder	5	1,8	0	0	5	1,6
Pflegedienst	5	1,8	0	0	5	1,6
Geschwister	3	1,1	1	4,3	4	1,3
Andere Verwandte	3	1,1	1	4,3	4	1,3
Sonstige	6	2,2	6	26	12	3,9

\* Keine Angabe: N=41

\*\* 10 Angehörige haben den Bogen zusammen mit den PB/HB ausgefüllt

**Tabelle 105: Wohnort Angehöriger (Frage: 20)**

	PB (N=270)		HB (N=18)		Gesamt (N=288*)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	19	7	1	5,6	20	6,9
Bergedorf	31	11,5	0	0	31	10,8
Billstedt	12	4,4	3	16,7	15	5,2
Bramfeld	6	2,2	1	5,6	7	2,4
Farmsen	3	1,1	1	5,6	4	1,4
Finkenwerder	2	0,7	0	0	2	0,7
Fuhlsbüttel	6	2,2	0	0	6	2,1
Heimfeld, Harburg	8	3	1	5,6	9	3,1
Innenstadt Hamburg	41	15,2	1	5,6	42	14,6
Langenhorn	8	3	0	0	8	2,8
Lurup	6	2,2	0	0	6	2,1
Neugraben	14	5,2	0	0	14	4,9
Niendorf	14	5,2	3	16,7	17	5,9
Ohlstedt, Poppenbüttel, Sasel	11	4,1	1	5,6	12	4,2
Osdorf, Groß Flottbek, Nienstedten	2	0,7	1	5,6	3	1
Rahlstedt	16	5,9	1	5,6	17	5,9
Rissen	3	1,1	0	0	3	1
Steilshoop	2	0,7	0	0	2	0,7
Stellingen, Lokstedt	10	3,7	0	0	10	3,5
Sülldorf, Blankenese	5	1,9	0	0	5	1,7
Volksdorf	4	1,5	1	5,6	5	1,7
Wandsbek	20	7,4	1	5,6	21	7,3
Wilhelmsburg	6	2,2	0	0	6	2,1
außerhalb von Hamburg	21	7,8	2	11,1	23	8

\* Keine Angabe: N=9

### 1.3.2.10 Antworten Pflegestützpunkte (PSP)

**Tabelle 106: PSP Nutzung (Frage: 2)**

	PB (N=443)		HB (N=100)		Gesamt (N=543)	
	N	%	N	%	N	%
Ja („Nutzerinnen“)	73	16,5	17	17	90	16,6
Nein („Nichtnutzerinnen“)	370	83,5	83	83	453	83,4

**Tabelle 107: Nutzerinnen: Art Erstkontakt (Frage: 5)**

	PB (N=66)		HB (N=17)		Gesamt (N=83*)	
	N	%	N	%	N	%
Telefon	44	66,7	10	58,8	54	65,1
Persönlich im PSP	19	28,8	4	23,5	23	27,7
Sonstige	3	4,5	3	17,6	6	7,2

\* Keine Angabe: N=7

**Tabelle 108: Nutzerinnen: Anzahl Kontakte (Frage: 6)**

	PB (N=70)		HB (N=8)		Gesamt (N=78*)	
	N	%	N	%	N	%
Einmal	35	50	4	50	39	50
Zweimal	14	20	1	12,5	15	19,2
Dreimal	10	14,3	1	12,5	11	14,1
Viermal	5	7,1	1	12,5	6	7,7
Fünfmal	3	4,3	0	0	3	3,8
Sechsmal	1	1,4	1	12,5	2	2,6
Zehnmal	1	1,4	0	0	1	1,3
Zwölfmal	1	1,4	0	0	1	1,3

\* Keine Angabe: N=12

**Tabelle 109: Nutzerinnen: Art und Anzahl weiterer Kontakte (Frage: 6)**

	PB (N=70)		HB (N=16)		Gesamt (N=86*)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Mehrfachantworten möglich</b>						
Per Telefon	78	50	15	45,5	93	49,2
Im PSP	36	23,1	6	18,2	42	22,2
Bei mir zu Hause	37	23,7	5	15,2	42	22,2
Per Email	2	1,3	4	12,1	6	3,2
Per Brief	2	1,3	3	9,1	5	2,6
Per Fax	1	0,6	0	0	1	0,5
Gesamt	156	100	33	100	189	100

\* Keine Angabe: N=4

**Tabelle 110: Nutzerinnen: PSP-Standort (Frage: 7)**

	PB (N=66)		HB (N=17)		Gesamt (N=83*)	
	N	%	N	%	N	%
Altona	10	15,4	6	37,5	16	19,8
Bergedorf	10	15,4	1	6,3	11	13,6
Eimsbüttel	8	12,3	0	0	8	9,9
Hamburg-Mitte	4	6,2	4	25	8	9,9
Hamburg-Nord	9	13,8	3	12,5	12	14,8
Harburg	7	9,2	2	12,5	9	11,1
Rahlstedt	13	20	0	0	13	16
Wandsbek	5	7,7	1	6,3	6	7,4

\* Keine Angabe: N=7

**Tabelle 111: Nutzerinnen: Beratungsthemen (Frage: 8)**

Mehrfachantworten möglich	PB (N=70)		HB (N=17)		Gesamt (N=87*)	
	N	%	N	%	N	%
Pflegestufen	23	32,9	5	29,4	28	32,2
Pflegedienste	19	27,1	8	47,1	27	31
Haushaltshilfen	20	28,6	6	35,3	26	29,9
Schwerbehindertenrecht	19	27,1	2	11,8	21	24,1
Betreutes Wohnen	14	20	7	41,2	21	24,1
Kurzzeitpflege	17	24,3	4	23,5	21	24,1
Kranken- und Pflegeversicherung	15	21,4	6	35,3	21	24,1
Betreuungsverfahren	19	27,1	1	5,9	20	23
Befreiungsmöglichkeiten	19	27,1	0	0	19	21,8
Fahrdienste	12	17,1	4	23,5	16	18,4
Ehrenamtliche Hilfen	13	18,6	2	11,8	15	17,2
Hilfs- und Pflegemittel	15	21,4	0	0	15	17,2
Selbsthilfegruppen	11	15,7	3	17,6	14	16,1
Wohnraumanpassung	8	11,4	6	35,3	14	16,1
Betreuungsangebote	12	17,1	2	11,8	14	16,1
Zuhause wohnen bleiben	8	11,4	5	29,4	13	14,9
Ärzte	10	14,3	2	11,8	12	13,8
Hausnotrufdienste	7	10	5	29,4	12	13,8
Tagespflege	11	15,7	1	5,9	12	13,8
Alten- und Pflegeheime	7	10	4	23,5	11	12,6
Essen auf Rädern	7	10	2	11,8	9	10,3
Ausfüllen von Anträgen	7	10,0	2	11,8	9	10,3
Freizeit- und Kulturangebote	4	5,7	4	23,5	8	9,2
Demenz und Alzheimer	6	8,6	1	5,9	7	8
Krankenhäuser	4	5,7	2	11,8	6	6,9
Krankheiten	4	5,7	1	5,9	5	5,7
Pflegezeiten und Pflegeurlaub	3	4,3	1	5,9	4	4,6
Sonstige	11	15,7	2	11,8	13	14,9

\* Keine Angabe: N=3

**Tabelle 112: Gewünschte Hilfetemen: Kategorien (Frage: 8)**

	PB (N=70)		HB (N=17)		Gesamt (N=87*)	
	N	%	N	%	N	%
Sonstige Beratung	48	68,4	11	64,7	59	67,8
Pflege	43	61,4	11	64,7	54	62,1
Ergänzende Versorgung	39	55,7	12	70,6	51	58,6
Bürgerschaftliches Engagement	17	24,3	4	23,5	21	24,1
Medizin und Therapie	16	22,9	4	23,5	20	23
Zu Hause wohnen bleiben	8	11,4	5	29,4	13	14,9

\* Keine Angabe: N=3

**Tabelle 113: Thema Vermeidung eines Heimeinzuges? (Frage: 10 & 10a)**

	PB (N=65)		HB (N=15)		Gesamt (N=80*)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	11	16,9	6	40	17	21,3
Ergebnis: Heimeinzug vermieden	5	62,5	5	100	10**	76,9
Ergebnis: Heimeinzug nicht vermieden	3	37,5	0	0	3	23,1
Nein	54	83,1	9	60	63	78,8

\* Keine Angabe: N=10, \*\* Keine Angabe: N=4

**Tabelle 114: Nutzerinnen: Erwartungen erfüllt? (Frage: 11)**

	PB (N=65)		HB (N=16)		Gesamt (N=81*)	
	N	%	N	%	N	%
Voll erfüllt	34	52,3	8	50,0	42	51,9
Weitestgehend erfüllt	25	38,5	7	43,8	32	39,5
Eher nicht erfüllt	4	6,2	1	6,2	5	6,2
Nicht erfüllt	2	3,1	0	0	2	2,5

\* Keine Angabe: N=9

**Tabelle 115: Nutzerinnen: Zufriedenheit (Frage: 12)**

	PB (N=65)		HB (N=13)		Gesamt (N=78*)	
	N	%	N	%	N	%
Sehr zufrieden	33	50,8	7	53,8	40	51,3
Weitestgehend zufrieden	28	43,1	5	38,5	33	42,3
Eher unzufrieden	3	4,6	0	0	3	3,8
Unzufrieden	1	1,5	1	7,7	2	2,6

\* Keine Angabe: N=12



**Tabelle 116: Nutzerinnen: Bewertung Infrastruktur (Frage: 13)**

	PB		HB		Gesamt	
	N=36	%	N=9	%	N=45*	%
<b>Öffnungszeiten</b>						
Gut	30	83,3	7	77,8	37	82,2
Nicht Gut	6	16,7	2	22,2	8	17,8
<b>Wartezeit</b>	N=32	%	N=9	%	N=41*	%
Gut	31	96,9	9	100	40	97,6
Nicht Gut	1	3,1	0		1	2,4
<b>Telefonische Erreichbarkeit</b>	N=54	%	N=9	%	N=63*	%
Gut	49	90,7	7	77,8	56	88,9
Nicht Gut	5	9,3	2	22,2	7	11,1
<b>Erreichbarkeit</b>	N=25	%	N=10	%	N=35*	%
Gut	21	84	9	90	30	85,7
Nicht Gut	4	16	1	10	5	14,3
<b>Ebenerdiger Zugang</b>	N=26	%	N=5	%	N=31*	%
Gut	25	96,2	5	100	30	96,8
Nicht Gut	1	3,8	0		1	3,2
<b>Findbarkeit</b>	N=27	%	N=8	%	N=35*	%
Gut	25	92,6	6	75	31	88,6
Nicht Gut	2	7,4	2	25	4	11,4
<b>Entfernung zum Wohnort</b>	N=38	%	N=11	%	N=49*	%
Gut	31	81,6	9	81,8	40	81,6
Nicht Gut	7	18,4	2	18,2	9	18,4

\* Unterschiedliche Anzahl fehlender Angaben: N=27 – N=69

**Tabelle 117: Nutzerinnen: Bewertung Beratung (Frage: 14)**

	PB		HB		Gesamt	
<b>Hilfreich</b>	<b>N=56</b>	<b>%</b>	<b>N=14</b>	<b>%</b>	<b>N=70*</b>	<b>%</b>
Ja	47	83,9	12	85,7	59	84,3
Nein	9	16,1	2	14,3	11	15,7
<b>Vertraulich</b>	<b>N=41</b>	<b>%</b>	<b>N=9</b>	<b>%</b>	<b>N=50</b>	<b>%</b>
Ja	38	92,7	8	88,9	46	92
Nein	3	7,3	1	11,1	4	8
<b>Verständlich</b>	<b>N=53</b>	<b>%</b>	<b>N=13</b>	<b>%</b>	<b>N=66</b>	<b>%</b>
Ja	49	92,5	12	92,3	61	92,4
Nein	4	7,5	1	7,7	5	7,6
<b>Eine Person zuständig</b>	<b>N=46</b>	<b>%</b>	<b>N=8</b>	<b>%</b>	<b>N=54*</b>	<b>%</b>
Ja	42	91,3	7	87,5	49	90,7
Nein	4	8,7	1	12,5	5	9,3
<b>Individuell zugeschnitten</b>	<b>N=37</b>	<b>%</b>	<b>N=8</b>	<b>%</b>	<b>N=45</b>	<b>%</b>
Ja	23	62,2	5	62,5	28	62,2
Nein	14	37,8	3	37,5	17	37,8
<b>Konnten alle Fragen stellen</b>	<b>N=44</b>	<b>%</b>	<b>N=13</b>	<b>%</b>	<b>N=57*</b>	<b>%</b>
Ja	41	93,2	13	100,0	54	94,7
Nein	3	6,8	0		3	5,3
<b>Fragen wurden ernst genommen</b>	<b>N=46</b>	<b>%</b>	<b>N=10</b>	<b>%</b>	<b>N=56*</b>	<b>%</b>
Ja	43	93,5	10	100	53	94,6
Nein	3	6,5	0		3	5,4
<b>Alle Fragen wurden beantwortet</b>	<b>N=51</b>	<b>%</b>	<b>N=11</b>	<b>%</b>	<b>N=62*</b>	<b>%</b>
Ja	41	80,4	9	81,8	50	80,6
Nein	10	19,6	2	18,2	12	19,4
<b>Unterbreitung verschiedener Möglichkeiten</b>	<b>N=36</b>	<b>%</b>	<b>N=7</b>	<b>%</b>	<b>N=43*</b>	<b>%</b>
Ja	29	80,6	6	85,7	35	81,4
Nein	7	19,4	1	14,3	8	18,6
<b>Eigene Meinung erfragt</b>	<b>N=37</b>	<b>%</b>	<b>N=7</b>	<b>%</b>	<b>N=44*</b>	<b>%</b>
Ja	29	78,4	5	71,4	34	77,3
Nein	8	21,6	2	28,6	10	22,7
<b>Nicht nach "Schema F" behandelt</b>	<b>N=44</b>	<b>%</b>	<b>N=6</b>	<b>%</b>	<b>N=50*</b>	<b>%</b>
Ja	35	79,5	5	83,3	40	80
Nein	9	20,5	1	16,7	10	20

\* Unterschiedliche Anzahl fehlender Angaben: N=20 – N=47

**Tabelle 118: Nutzerinnen: Vermittlung an andere Beratungsstellen (Frage: 15)**

	PB (N=64)		HB (N=15)		Gesamt (N=79*)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	5	7,8	3	20,0	8	10,1
Nein	59	92,2	12	80,0	71	89,9

\*Keine Angabe: N=11

**Tabelle 119: Nutzerinnen: Zukünftige Nutzung geplant? (Frage: 17)**

	PB (N=63)		HB (N=17)		Gesamt (N=80*)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	54	85,7	17	100	71	88,7
Nein	9	14,3	0	0	9	11,3
Ausreichend informiert	3	37,5				
Angebot nicht zusagend	1	12,5				
Sonstiges	3	50				

\* Keine Angabe: N=10

**Tabelle 120: Nichtnutzerinnen: Begründung (Frage: 3)**

Mehrfachantworten möglich	PB (N=358)		HB (N=81)		Gesamt (N=439)	
	N	%	N	%	N	%
Kein Bedarf	235	65,6	65	80,2	300	68,3
Keine Gelegenheit	70	19,6	12	14,8	82	18,7
Zu aufwändig	50	14	8	9,9	58	13,2
PSP nicht bekannt	14	4,1	1	1,2	15	3,5
Angebot nicht zusagend	8	2,2	0	0	8	1,8
Sonstiges	16	4,7	0	0	16	3,8

\* Keine Angabe: N=14

**Tabelle 121: Nichtnutzerinnen: Andere Hilfsangebote genutzt? (Frage: 3a)**

	PB (N=360)		HB (N=77)		Gesamt (N=437*)	
	N	%	N	%	N	%
Ja	163	45,3	18	23,4	181	41,4
Nein	197	54,7	59	76,6	256	58,6

\* Keine Angabe: N=15

**Tabelle 122: Nichtnutzerinnen: Art der genutzten Hilfsangebote (Frage: 3a)**

	PB (N=139)		HB (N=17)		Gesamt (N=156*)	
	N	%	N	%	N	%
Pflegedienste	71	51,1	5	29,4	76	48,7
Andere Beratungsstellen	39	28,1	2	11,8	41	26,3
Persönliches Netzwerk	18	12,9	4	23,5	22	14,1
Pflegeeinrichtung / Betreutes Wohnen	11	7,9	6	35,3	17	10,9

\* Keine Angabe: N=25

**Tabelle 123: Nichtnutzerinnen: Begründung für Nutzung anderer Angebote**  
(Frage: 3b)

	PB (N=123)		HB (N=13)		Gesamt (N=136*)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Mehrfachantworten möglich</b>						
Bereits gute Erfahrungen	57	46,3	6	46,2	63	46,3
Bin dort bekannt	48	39	4	30,8	52	38,2
Weiß, was ich dort bekomme	31	25,2	5	38,5	36	26,5
Gute Erreichbarkeit	29	23,6	4	30,8	33	24,3
Bessere Verfügbarkeit	18	14,6	2	15,4	20	14,7
Kürzerer Anfahrtsweg	8	6,5	1	7,7	9	6,6
Günstigere Öffnungszeiten	1	0,8	2	15,4	3	2,2
Besser zu finden	0	0	1	7,7	1	0,7
Sonstiges	32	26	4	30,8	36	26,5

\* Keine Angabe: N=45

**Tabelle 124: Nichtnutzerinnen: Bedingungen für zukünftige PSP-Nutzung**  
(Frage: 3c)

	PB (N=144)		HB (N=33)		Gesamt (N=177*)	
	N	%	N	%	N	%
Bedarf / Änderung der Versorgungssituation	65	45,1	23	69,7	88	49,7
Wohnortnähe	18	12,5	7	21,2	25	14,1
Mehr Informationen	18	12,5	2	6,1	20	11,3
Werde noch zum PSP gehen	10	6,9	0	0	10	5,6
Verbesserung des Gesundheitszustands	8	5,6	1	3,0	9	5,1
Kundenorientierter	8	5,6	0	0	8	4,5
Sonstiges	17	11,8	0	0	17	9,6

\* Keine Angabe: N=276

### 1.3.2.11 Weitere Analysen

**Tabelle 125: Prädiktoren für die Inanspruchnahme**

Prädiktor	Ausprägungen	Pearson Chi <sup>2</sup>	p-Wert
Selbständige Bearbeitung des Fragebogens (Welle 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen selbst bearbeitet</li> <li>• Bearbeitung durch Dritte</li> </ul>	4,9	0,089
Beratungsanliegen: Vermeidung von Heimeinzug	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> </ul>	0,27	0,16
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiblich</li> <li>• Männlich</li> </ul>	0,36	0,21
Hauptsprache	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsch</li> <li>• Andere</li> </ul>	0,05	0,82
Schulabschluss HB/PB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitur</li> <li>• Realschule</li> <li>• Hauptschule</li> <li>• Keiner</li> </ul>	1,25	0,74
Pflegestufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegestufe 0</li> <li>• Pflegestufe 1</li> <li>• Pflegestufe 2</li> <li>• Pflegestufe 3/3+</li> </ul>	3,22	0,35
Wohnsituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allein lebend</li> <li>• Nicht allein lebend</li> </ul>	7,1	0,008
Selbst berichteter Hilfebedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> </ul>	6,3	0,012
Schulabschluss Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitur</li> <li>• Realschule</li> <li>• Hauptschule</li> <li>• Keiner</li> </ul>	2,8	0,42
Selbst berichteter Pflegebedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> </ul>	0,1	0,78
Selbständige Bearbeitung des Fragebogens (Welle 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragebogen selbst bearbeitet</li> <li>• Bearbeitung durch Dritte</li> </ul>	2,1	0,35

**Tabelle 126: Geplante PSP-Nutzung (1.Welle/Frage 3) / Tatsächliche Nutzung (2.Welle/Frage 2)**

		Haben Sie sich an einen PSP gewandt?					
		PB (N=430)		HB (N=95)		Gesamt (N=525*)	
Werden Sie das Angebot der PSPs nutzen?		Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
	Ja (N=386)	65	237	16	68	81	305
	Nein (N=139)	6	122	0	11	6	133
	Gesamt (N=525)	71	359	16	79	87	438

\* keine Angabe: N=18

### 1.3.3 Annäherung Bedarfsberechnungsmodell

**Tabelle 127: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Altona sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Altona (PSP übergreifend)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	107	6,1
2	Ottensen	1279	13	1,02
3	Bahrenfeld	1117	25	2,24
4	Groß Flottbek Othmarschen	1228	23	1,87
5	Lurup	1621	53	3,27
7	Osdorf	1396	65	4,66
8	Nienstedten Blankenese	1196	29	2,42
9	Iserbrook Sülldorf	1117	19	1,7
10	Rissen	954	21	2,2

**Tabelle 128: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Bergedorf sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Bergedorf (PSP übergreifend)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Lohbrügge	2237	120	5,36
2	Bergedorf	1824	238	13,05
3	Curslack Altengamme Neuengamme Ochsenwerder Kirchwerder	1004	57	5,68
4	Reitbrook Allermöhe Billwerder Moorfleet Tatenberg Spadenland	392	42	10,71

**Tabelle 129: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Eimsbüttel sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Eimsbüttel (PSP übergreifend)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	126	4,38
2	Rotherbaum Harvestehude	1470	11	0,75
3	Lokstedt	1316	35	2,66
4	Niendorf	2417	84	3,48
5	Schnelsen	1328	30	2,26
6	Eidelstedt	1687	34	2,02
7	Stellingen	1217	26	2,14

**Tabelle 130: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Harburg sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Harburg (PSP übergreifend)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Harburg	848	396	46,7
2	Neuland Gut Moor Wilstorf Rönneburg Langenbek Sinstorf Marmstorf	2044	114	5,58
3	Eißendorf	1270	110	8,66
4	Heimfeld	900	81	9
5	Hausbruch	805	150	18,63
6	Neugraben- Fischbek	1436	208	14,48
7	Moorburg Altenwerder Francop Neuenfelde Cranz	287	14	4,88

**Tabelle 131: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Mitte sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Mitte (PSP übergreifend)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Hamburg-Altstadt Neustadt St.Pauli	1264	59	4,67
2	St.Georg Hammerbrook Borgfelde HafenCity Rothenburgsort Billbrook	1196	51	4,26
3	Hamm-Nord Hamm-Mitte Hamm-Süd	1707	68	3,98
4	Horn	1712	64	3,74
5	Billstedt	3145	98	3,12
6	Wilhelmsburg	1954	41	2,1
7	Veddel Kleiner Grasbrook Steinwerder Waltershof Finkenwerder Insel Neuwerk	748	33	4,41



**Tabelle 132: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Nord sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Nord (PSP übergreifend)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontttakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Hoheluft-Ost Eppendorf	1446	82	5,67
2	Groß Borstel Alsterdorf	1077	43	3,99
3	Winterhude	2136	60	2,81
4	Uhlenhorst Hohenfelde	1207	37	3,07
5	Barmbek-Süd	1418	43	3,03
6	Dulsberg Barmbek-Nord	2345	100	4,26
7	Ohlsdorf Fuhlsbüttel	1305	31	2,38
8	Langenhorn	2163	64	2,96

**Tabelle 133: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile im Bezirk Wandsbek sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf im Bezirk Wandsbek (PSP übergreifend)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Eilbek Marienthal	1682	49	2,91
2	Wandsbek	1699	212	12,48
3	Jenfeld Tonndorf	1760	64	3,64
4	Farmsen-Berne	1685	84	4,99
5	Bramfeld	2737	78	2,85
6	Steilshoop	888	25	2,82
7	Wellingsbüttel Hummelsbüttel	1558	32	2,05
8	Sasel	1313	20	1,52
9	Poppenbüttel	1489	44	2,96
10	Lemsahl- Mellingstedt Duvenstedt Wohldorf-Ohlstedt Bergstedt	1307	20	1,53
11	Volksdorf	1145	38	3,32
12	Rahlstedt	4797	804	16,76

**Tabelle 134: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Altona (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	78	4,44
2	Ottensen	1279	8	0,63
3	Bahrenfeld	1117	16	1,43
4	Groß Flottbek Othmarschen	1228	17	1,38
5	Lurup	1621	42	2,59
6	Osdorf	1396	58	4,15
7	Nienstedten Blankenese	1196	22	1,84
8	Iserbrook Sülldorf	1117	16	1,43
9	Rissen	954	17	1,78
10	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	5	1,17
11	Niendorf	2417	1	0,04
12	Schnelsen	1328	2	0,15
13	Stellingen	1217	4	0,33
14	Hamburg-Altstadt Neustadt St. Pauli	1264	3	0,24
15	St. Georg Hammerbrook Borgfelde HafenCity Rothenburgsort Billbrook	1196	1	0,08
16	Wandsbek	1699	2	0,12
17	Jenfeld Tonndorf	1760	1	0,06
18	Hoheluft-Ost Eppendorf	1446	1	0,07
19	Alsterdorf Groß Borstel	1077	1	0,09
20	Eidelstedt	1687	3	0,18
40	Farmsen-Berne	1685	4	0,24
41	Bramfeld	2737	12	0,44
42	Wellingsbüttel Hummelsbüttel	1558	5	0,32
43	Sasel	1313	1	0,08
44	Poppenbüttel	1489	7	0,47
45	Lemsahl-Mellingstedt Duvenstedt Wohldorf-Ohlstedt Bergstedt	1307	1	0,08

46	Volksdorf	1145	4	0,35
47	Rahlstedt	4797	12	0,25

**Tabelle 135: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Bergedorf (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Lohbrügge	2237	119	5,32
2	Bergedorf	1824	219	12,01
3	Curslack Altengamme Neuengamme Ochsenwerder Kirchwerder	1004	56	5,58
4	Reitbrook Allermöhe Billwerder Moorfleet Tatenberg Spadenland	392	38	9,69
5	Dulsberg Barmbek-Nord	2345	1	0,04
6	Langenhorn	2163	1	0,05
7	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	2	0,07
8	Niendorf	2417	2	0,08
9	Eidelstedt	1687		
10	Stellingen	1217	1	0,08
11	Lurup	1621	1	0,06
12	Osdorf	1396	3	0,21
13	Nienstedten Blankenese	1196	1	0,08
14	St. Georg Hammerbrook Borgfelde HafenCity Rothenburgsort Billbrook	1196	3	0,25
15	Hamm-Nord Hamm-Mitte Hamm-Süd	1707	4	0,23
16	Horn	1712	1	0,06
17	Billstedt	3145	7	0,22
18	Harburg	848	1	0,12
19	Neugraben-Fischbek	1436	1	0,07
20	Wandsbek	1699	1	0,06
21	Jenfeld Tonndorf	1760	2	0,11
22	Bramfeld	2737	1	0,04
23	Sasel	1313	1	0,08
24	Volksdorf	1145	1	0,09
25	Rahlstedt	4797	2	0,04

26	Uhlenhorst Hohenfelde	1207	1	0,08
27	Hamburg-Altstadt Neustadt St. Pauli	1264	1	0,08
28	Moorburg Altenwerder Francop Neuenfelde Cranz	287	1	0,35

**Tabelle 136: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Eimsbüttel (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	0	0
2	Rotherbaum Harvestehude	1470	1	0,07
3	Lokstedt	1316	25	1,9
4	Niendorf	2417	58	2,4
5	Schnelsen	1328	21	1,58
6	Eidelstedt	1687	24	1,42
7	Stellingen	1217	15	1,23
8	Hoheluft-Ost Eppendorf	1446	1	0,07
9	Alsterdorf Groß Borstel	1077	2	0,19
10	Barmbek-Süd	1418	1	0,07
11	Langenhorn	2163	1	0,05
12	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	3	0,17
13	Nienstedten Blankenese	1196	1	0,08
14	Harburg	848	1	0,12
15	St. Georg Hammerbrook Borgfelde HafenCity Rothenburgsort Billbrook	1196	1	0,08
16	Billstedt	3145	1	0,03
17	Wellingsbüttel Hummelsbüttel	1558	1	0,06
18	Rahlstedt	4797	4	0,08

**Tabelle 137: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Harburg (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Harburg	848	374	44,1
2	Neuland Gut Moor Wilstorf Rönneburg Langenbek Sinstorf Marmstorf	2044	111	5,43
3	Eißendorf	1270	110	8,66
4	Heimfeld	900	80	8,89
5	Hausbruch	805	149	18,51
6	Neugraben-Fischbek	1436	206	14,35
7	Moorburg Altenwerder Francop Neuenfelde Cranz	287	12	4,18
8	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	1	0,06
9	Bergedorf	1824	6	0,33
10	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	1	0,03
11	Hamburg-Altstadt Neustadt St. Pauli	1264	1	0,08
12	Veddel Kleiner Grsbrook Steinwerder Waltershof Finkenwerder Insel Neuwerk	748	2	0,27
13	Reitbrook Allermöhe Billwerder Moorfleet Tatenberg Spadenland	392	1	0,26
14	Wandsbek	1699	1	0,06
15	Lemsahl-Mellingstedt Duvenstedt Wohldorf-Ohlstedt Bergstedt	1307	1	0,08
16	Wilhelmsburg	1954	11	0,56

**Tabelle 138: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Mitte (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Hamburg-Altstadt Neustadt St. Pauli	1264	49	3,88
2	St. Georg Hammerbrook Borgfelde HafenCity Rothenburgsort Billbrook	1196	40	3,34
3	Hamm-Nord Hamm-Mitte Hamm-Süd	1707	53	3,1
4	Horn	1712	49	2,86
5	Billstedt	3145	86	2,73
6	Wilhelmsburg	1954	26	1,33
7	Veddel Kleiner Grsbrook Steinwerder Waltershof Finkenwerder Insel Neuwerk	748	31	4,14
8	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	20	1,14
9	Ottensen	1279	5	0,39
10	Bahrenfeld	1117	6	0,54
11	Groß Flottbek Othmarschen	1228	5	0,41
12	Lurup	1621	5	0,31
13	Nienstedten Blankenese	1196	5	0,42
14	Iserbrook Sülldorf	1117	3	0,27
15	Rissen	954	3	0,31
16	Lohbrügge	2237	1	0,04
17	Bergedorf	1824	7	0,38
18	Reitbrook Allermöhe Billwerder Moorfleet Tatenberg Spadenland	392	2	0,51
19	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	26	0,9
20	Rotherbaum Harvestehude	1470	4	0,27
21	Lokstedt	1316	4	0,3
22	Niendorf	2417	11	0,46



23	Schnelsen	1328	3	0,23
24	Eidelstedt	1687	2	0,12
25	Stellingen	1217	2	0,16
26	Hoheluft-Ost Eppendorf	1446	7	0,48
27	Alsterdorf Groß Borstel	1077	8	0,74
28	Winterhude	2136	9	0,42
29	Uhlenhorst Hohenfelde	1207	13	1,08
30	Barmbek-Süd	1418	8	0,56
31	Dulsberg Barmbek-Nord	2345	21	0,9
32	Ohlsdorf Fuhlsbüttel	1305	1	0,08
33	Langenhorn	2163	7	0,32
34	Harburg	848	15	1,77
35	Hausbruch	805	1	0,12
36	Neugraben-Fischbek	1436	1	0,07
37	Eilbek Marienthal	1682	14	0,83
38	Wandsbek	1699	30	1,77
39	Jenfeld Tonndorf	1760	4	0,23
40	Farmsen-Berne	1685	4	0,24
41	Bramfeld	2737	12	0,44
42	Wellingsbüttel Hummelsbüttel	1558	5	0,32
43	Sasel	1313	1	0,08
44	Poppenbüttel	1489	7	0,47
45	Lemsahl-Mellingstedt Duvenstedt Wohldorf-Ohlstedt Bergstedt	1307	1	0,08
46	Volksdorf	1145	4	0,35
47	Rahlstedt	4797	12	0,25

**Tabelle 139: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Nord (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Hoheluft-Ost Eppendorf	1446	67	4,63
2	Alsterdorf Groß Borstel	1077	30	2,79
3	Winterhude	2136	47	2,2
4	Uhlenhorst Hohenfelde	1207	18	1,49
5	Barmbek-Süd	1418	20	1,41
6	Dulsberg Barmbek-Nord	2345	49	2,09
7	Ohlsdorf Fuhlsbüttel	1305	23	1,76
8	Langenhorn	2163	51	2,36
9	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	1	0,06
10	Bahrenfeld	1117	1	0,09
11	Groß Flottbek Othmarschen	1228	1	0,08
12	Lurup	1621	1	0,06
13	Osdorf	1396	3	0,21
14	Rissen	954	1	0,1
15	Bergedorf	1824	2	0,11
16	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	17	0,59
17	Lokstedt	1316	5	0,38
18	Niendorf	2417	7	0,29
19	Schnelsen	1328	3	0,23
20	Eidelstedt	1687	1	0,06
21	Stellingen	1217	4	0,33
22	Hamburg-Altstadt Neustadt St. Pauli	1264	3	0,24
23	Hamm-Nord Hamm-Mitte Hamm-Süd	1707	4	0,23
24	Horn	1712	4	0,23
25	Wilhelmsburg	1954	2	0,1
26	Harburg	848	3	0,35
27	Moorburg Altenwerder Francop Neuenfelde Cranz	287	1	0,35
28	Wandsbek	1699	8	0,47

29	Jenfeld Tonndorf	1760	1	0,06
30	Farmsen-Berne	1685	6	0,36
	Bramfeld	2737	12	0,44
31	Steilshoop	888	2	0,23
32	Wellingsbüttel Hummelsbüttel	1558	10	0,64
33	Sasel	1313	2	0,15
34	Poppenbüttel	1489	10	0,67
35	Lemsahl-Mellingstedt Duvenstedt Wohldorf-Ohlstedt Bergstedt	1307	4	0,31
36	Volksdorf	1145	3	0,26
37	Rahlstedt	4797	3	0,06
38	Rotherbaum Harvestehude	1470	4	0,27
39	Curslack Altengamme Neuengamme Ochsenwerder Kirchwerder	1004	1	0,1

**Tabelle 140: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Rahlstedt (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Eilbek Mariantal	1682	20	1,19
2	Wandsbek	1699	51	3,0
3	Jenfeld Tonndorf	1760	43	2,44
4	Farmsen-Berne	1685	57	3,38
5	Bramfeld	2737	46	1,68
6	Steilshoop	888	20	2,25
7	Wellingsbüttel Hummelsbüttel	1558	11	0,71
8	Sasel	1313	14	1,07
9	Poppenbüttel	1489	22	1,48
10	Lemsahl-Mellingstedt Duvestedt Wohldorf-Ohlstedt Bergstedt	1307	10	0,77
11	Volksdorf	1145	24	2,1
12	Rahlstedt	4797	780	16,26
13	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	2	0,11
14	Lurup	1621	3	0,19
15	Osdorf	1396	1	0,07
16	Bergedorf	1824	4	0,22
17	Reitbrook Allermöhe Billwerder Moorfleet Tatenberg Spadenland	392	1	0,26
18	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	2	0,07
19	Rotherbaum Harvestehude	1470	2	0,14
20	Lokstedt	1316	1	0,08
21	Niendorf	2417	4	0,17
22	Schnelsen	1328	1	0,08
23	Eidelstedt	1687	1	0,06
24	Hoheluft-Ost Eppendorf	1446	6	0,41
25	Alsterdorf Groß Borstel	1077	1	0,09
26	Winterhude	2136	3	0,14
27	Uhlenhorst Hohenfelde	1207	5	0,41

28	Barmbek-Süd	1418	4	0,28
29	Dulsberg Barmbek-Nord	2345	18	0,77
30	Ohlsdorf Fuhlsbüttel	1305	4	0,31
31	Langenhorn	2163	4	0,18
32	Hamburg-Altstadt Neustadt St. Pauli	1264	1	0,08
33	St. Georg Hammerbrook Borgfelde HafenCity Rothenburgsort Billbrook	1196	6	0,5
34	Hamm-Nord Hamm-Mitte Hamm-Süd	1707	3	0,18
35	Horn	1712	8	0,47
36	Billstedt	3145	4	0,13
37	Wilhelmsburg	1954	2	0,1
38	Harburg	848	2	0,24
39	Neuland Gut Moor Wilstorf Rönneburg Langenbek Sinstorf Marmstorf	2044	2	0,1
40	Heimfeld	900	1	0,11

**Tabelle 141: Einteilung und Zusammenlegung der Stadtteile sowie Verhältnis von Erstkontakten zum Bedarf des PSP Wandsbek-Markt (Hamburg weit)**

Stadtteileinheit	Stadtteile	Bedarf	Erstkontakte	Verhältnis Erstkontakte zu Bedarf
1	Eilbek Mariantal	1682	15	0,89
2	Wandsbek	1699	119	7,0
3	Jenfeld Tonndorf	1760	13	0,74
4	Farmsen-Berne	1685	17	1,01
5	Bramfeld	2737	7	0,26
6	Steilshoop	888	3	0,34
7	Wellingsbüttel Hummelsbüttel	1558	5	0,32
8	Sasel	1313	2	0,15
9	Poppenbüttel	1489	5	0,34
10	Lemsahl-Mellingstedt Duvestedt Wohldorf-Ohlstedt Bergstedt	1307	4	0,31
11	Volksdorf	1145	6	0,52
12	Rahlstedt	4797	3	0,06
13	Alsterdorf Groß Borstel	1077	1	0,09
14	Winterhude	2136	1	0,05
15	Barmbek-Süd	1418	10	0,71
16	Dulsberg Barmbek-Nord	2345	11	0,47
17	Ohlsdorf Fuhlsbüttel	1305	3	0,23
18	Hamm-Nord Hamm-Mitte Hamm-Süd	1707	4	0,23
19	Horn	1712	2	0,12
20	Eimsbüttel Hoheluft-West Sternschanze	2875	3	0,1
21	Niendorf	2417	1	0,04
22	Eidelstedt	1687	2	0,12
23	Altona-Altstadt Altona-Nord	1755	2	0,11
24	Bahrenfeld	1117	2	0,18
25	Lurup	1621	1	0,06
26	Neuland Gut Moor Wilstorf Rönneburg Langenbek Sinstorf Marmstorf	2044	1	0,05

27	Hamburg-Altstadt Neustadt St. Pauli	1264	1	0,08
----	---	------	---	------