

**ERFAHRUNGEN VON PERSONEN, DIE IN DER
GEMEINDENAHEM PFLEGEBERATUNG TÄTIG SIND**

Welche Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse haben Personen in der gemeindenahen Pflegeberatung und welche Aufgaben übernehmen sie?

Eingereicht von:

Nicole Kreuzberger, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft, Graz

unter der Anleitung von:

Erstbetreuer: FH-Prof. Dipl. Pflegepäd. Dr. Thomas Boggatz

Zweitbetreuerin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur. Pflegepäd. Christa Lohrmann

Hüttau, 28. August 2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Hüttau, am 28.08.2015

Nicole Kreuzberger, BSc eh

Danksagung

Ein großer Dank gilt dem Erstbetreuer dieser Arbeit, Herrn Dr. Thomas Boggatz, der mich während des gesamten Arbeitsprozesses unterstützt und begleitet hat.

Weiters möchte ich meiner Familie und meinen Freunden danken, die mich während des Studiums und des Verfassens dieser Arbeit unterstützt und immer wieder motiviert haben.

Und ein ganz besonderer Dank gilt meiner Studienkollegin, Frau Haussteiner Elisabeth, die sich nicht nur als zuverlässige und engagierte Forschungspartnerin bei der Interviewführung und unabhängigen Codierung dieser Arbeit bewährte, sondern mich während des gesamten Masterstudiums als Freundin begleitete.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
<i>Gliederung der Arbeit</i>	3
Pflegeberatung	4
<i>Theorien und Konzepte</i>	4
Definition und Zielgruppe	4
Ziele	5
Beratungsgestaltung und -prozess	6
Persönliche Voraussetzungen zur Pflegeberatung	9
Externe Umstände	10
Zugang zur Zielgruppe	10
Pflegeberatungsstelle Salzburg	11
<i>Perspektive der Betroffenen</i>	12
Informationsbedarf	12
Nachfrage	13
Methode	15
<i>Studiendesign</i>	15
<i>Stichprobe der Studie</i>	15
<i>Datensammlung</i>	16
<i>Ethische Aspekte</i>	18
<i>Datenauswertung</i>	18
Ergebnisse	22
<i>Pflegeberatung</i>	24
Grundverständnis – Pflegeberatung	24
Aufgaben und Themen in der Pflegeberatung	25

Zielgruppe	27
Beratungsgestaltung	27
<i>Nachfrage/ Bedarf</i>	28
Bedarfsüberblick in einem kleinen Ort	28
Bedarf gegeben	29
Bedarf schwankt	29
Bedarf nicht abdeckbar	29
Trotz Bedarf keine Nachfrage	30
Gründe für mangelnde Nachfrage	30
Pflegebedarf bei der Kontaktaufnahme	32
<i>Zugang zur Zielgruppe</i>	32
Betroffene kommen selbst	33
Vermittlung durch Dritte	33
Auf Betroffene zugehen	34
<i>Persönliche Voraussetzungen</i>	34
Vorhandene/Notwendige Voraussetzungen	34
Fehlende Voraussetzungen	36
<i>Vermuteter Nutzen</i>	37
Nutzen für Betroffene	37
Nutzen für pflegende Angehörige	38
Nutzen für Öffentlichkeit	39
Nutzen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	39
<i>Externe Umstände</i>	39
Hemmende Umstände	39
Fördernde Umstände	41
Zusammenarbeit mit der Pflegeberatungsstelle	43
<i>Zusammenfassung – Ergebnisse</i>	44

Diskussion	46
<i> Methode</i>	46
<i> Pflegeberatung</i>	46
Grundverständnis	46
Aufgaben und Themen in der Pflegeberatung	47
Zielgruppe	47
Beratungsgestaltung	47
Nachfrage/Bedarf	48
Zugang zur Zielgruppe	50
Persönliche Voraussetzungen	51
Vermuteter Nutzen	51
Externe Umstände	52
Zusammenarbeit mit der Pflegeberatungsstelle Salzburg	52
Conclusio	54
<i> Antwort auf die Forschungsfrage</i>	54
<i> Implikationen für Forschung und Praxis</i>	55
Literaturverzeichnis	I
Anhang	IV
<i> Informierte Zustimmung</i>	IV

Abkürzungsverzeichnis

SB	Sozialbeauftragte
EA	Ehrenamtliche
et al.	und andere
bzw.	Beziehungsweise
Vgl.	Vergleiche
z.B.	zum Beispiel
MIA	Mit-Angehörigen
etc.	et cetera
Usw.	Und so weiter
ev.	eventuell
uvm	und viele mehr

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozessmodell der Beratung	8
Abbildung 2: Ergebnisse der Befragung	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Persönliche Voraussetzungen zur Beratungstätigkeit	10
Tabelle 2: Stichprobe der Studie	16
Tabelle 3: Interviewleitfaden	17
Tabelle 4: Methodisches Vorgehen nach COREQ	19
Tabelle 5: Ergebnisse	22

Kurzfassung

Hintergrund: Wie in allen europäischen Ländern sieht auch die aktuelle Prognose von Statistik Austria einen Bevölkerungszuwachs für Österreich voraus. Der Anteil pflegebedürftiger Menschen wird steigen und immer mehr Menschen müssen zu Hause versorgt werden. Um deren Selbstständigkeit lange zu erhalten, gehört diese Bevölkerungsgruppe früh genug unterstützt - im Land Salzburg wurde deshalb ein Modellprojekt gestartet: In ländlichen Gemeinden sollen „Sozialbeauftragte“ und Ehrenamtliche durch gemeindenaher Pflegeberatung Pflegebedarf bei älteren Menschen erkennen und Unterstützung bieten. Da dieser Tätigkeitsbereich bisher unerforscht ist, wurde die vorliegende Forschungsarbeit erstellt.

Fragestellung: Welche Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse haben Personen in der gemeindenahen Pflegeberatung und welche Aufgaben übernehmen sie?

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Querschnittsdesign gewählt. Die Stichprobe bestand aus Sozialbeauftragten (4) und Ehrenamtlichen (8), die im Kontakt zu Gemeindegürgern und Gemeindegürgern stehen und Pflegeberatung betreiben. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mithilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring und der Software MAXQDA©11 kodiert und kategorisiert. Zur Erhöhung der Analysequalität wurden eine unabhängige Zweitauswertung sowie ein externes Audit durchgeföhrt.

Ergebnisse: Als Ergebnis entstand ein Kategorienbaum mit 6 Hauptkategorien, die sich in Subkategorien unterteilen: „Pflegeberatung“, darunter fallen das Grundverständnis, die Aufgaben und Themen, die Zielgruppe und die Beratungsgestaltung. Bei „Nachfrage/Bedarf“ werden Gründe für mangelnde Nachfrage aufgezeigt. Unter „Zugang zur Zielgruppe“ werden Möglichkeiten der Kontaktaufnahme dargestellt und unter „Persönliche Voraussetzungen“ werden notwendige Voraussetzungen beschrieben. Der „Vermutete Nutzen“ wird untergliedert in Nutzen für Betroffene, Angehörige, die Öffentlichkeit und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen. Unter „Externe Umstände“ fallen hemmende und fördernde Umstände, die eine Pflegeberatung beeinflussen.

Schlussfolgerung: Das Grundverständnis von Pflegeberatung betont die Notwendigkeit einer niederschweligen Anlaufstelle. Besondere Aufgaben der gemeindenahen

Pflegeberatung sind informelle Tätigkeiten, wie Einkaufsfahrten und Zuhören. Die Unausgeglichenheit zwischen Nachfrage und Bedarf wird auf Verdrängung oder Scham zurückgeführt, die durch den niederschweligen Zugang zur Zielgruppe ausgeglichen werden soll und aufgrund der guten Überblickbarkeit im Ort sowie ehrenamtlich Tätiger sei es möglich, die Betroffenen bei Verdacht auf Pflegebedarf aufzufangen. Vermutete Nutzen durch die gemeindenahen Pflegeberatung sind der Erhalt der Lebensqualität und Sicherheit. Eine erfolgreiche Pflegeberatung ist nur möglich, wenn auch externe Umstände gegeben sind, wie das Vorhandensein von Zeit, Raum und Personal.

Schlüsselwörter: Qualitative Studie, Gemeinde, Pflegeberatung, ältere Menschen

Abstract

Background: The current prognosis by Statistics Austria predicts an increasing population in Austria and the proportion of dependent people will increase - more and more people will need care at home. To obtain their independence, it is important to assist this elderly population before dependency occurs. That is why a pilot project regarding this issue was started in Salzburg: "Social-agents" and volunteers should determine which people might need care, especially in rural communities, and provide care if needed. Since this community based care-counselling was previously unexplored, the present research was created.

Question: What are the experiences, problems and needs of people providing community-based care-counselling and what tasks do they take over?

Method: A qualitative cross-sectional design was chosen with a sample of 4 social-agents and 8 volunteers who are in contact with citizens and give care advice in their community. The interviews were put into writing and structured using Mayring's content analysis, coded and categorized using a software called MAXQDA©11. To increase the quality of the analysis an independent coding and an external audit was carried out.

Results: The data analysis resulted in a „category-tree“, including the six main categories: "Pflegeberatung" containing the basic understanding of the care needed, tasks, the target audience and the type of counselling required. In "Nachfrage/Bedarf" the reasons for the lack of request are shown. "Zugang zur Zielgruppe" includes the different methods of approaching people in need. Under "Persönliche Voraussetzungen" necessary qualifications are described. "Vermuteter Nutzen" show benefits for patients, their families, for the public and the employees. "Externe Umstände" describe inhibiting and promoting factors that influence the care-counselling.

Conclusion: The basic understanding of care-counselling emphasizes the necessity of a low-threshold contact point. Specific tasks of the community-based care-counselling include informal activities like shopping or simple listening. That makes it possible for "social-agents" and volunteers to build confidence to the target group and to react before need for care occurs. Expected benefits are the preservation of quality-of-life and safety. A successful

community-based care-counselling is only working if there are promoting external circumstances like time, room and personnel.

Keywords: Qualitative study, care counselling, community, elderly citizens

Einleitung

Die Gesundheitssysteme werden aufgrund der demographischen Entwicklung vor neue Herausforderungen gestellt und die aktuelle Prognose der Statistik Austria zeigt, dass die Bevölkerung Österreichs stärker wachsen wird, als zunächst vermutet. Ein Grund für diese Entwicklung ist unter anderem auch die starke Zuwanderung aus anderen Ländern. Außerdem wird die Anzahl der Personen über 65 Jahre künftig massiv ansteigen. Im Jahr 2013 waren 18% der Gesamtbevölkerung 65 Jahre und älter, im Jahr 2020 soll diese Zahl um weitere 12% ansteigen und bis 2060 sogar um 29% größer werden. (Vgl. Statistik Austria 2014)

Die Bevölkerung wird also nicht nur größer, sondern aufgrund des medizinischen Fortschritts auch immer älter. Eine Begleiterscheinung dieser Entwicklung ist, dass der Anteil pflegebedürftiger Menschen bzw. von Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, ebenfalls steigen wird. (Vgl. Heinrich et al. 2013, S.3) Aufgrund verkürzter Krankenhausaufenthalte müssen immer mehr Menschen zu Hause versorgt werden. Auch die Betreuung und Pflege von älteren Menschen wird sich in den häuslichen Bereich verlagern, wodurch der gemeindenahen Versorgung neue Anforderungen erwachsen. (Vgl. Petry et al. 2014, S.393)

Da sich bei älteren Menschen funktionelle Einschränkungen, chronische Krankheiten oder fehlende soziale Unterstützung manifestieren können, ist es besonders wichtig diese Bevölkerungsgruppe früh genug aufzufangen und zu begleiten, damit Selbstständigkeit und Funktionalität noch lange erhalten bleiben können (vgl. Petry et al. 2014, S.393). Eine Studie aus Deutschland demonstriert, wie wichtig eine gemeindenaher Pflegeberatung für Betroffene und ihre Angehörigen ist: 92% aller Pflegebedürftigen erhalten private Hilfeleistungen durch Angehörige oder Bekannte (vgl. Schneekloth 2006, S.406). Die pflegenden Angehörigen weisen aber einen Mangel an Fähigkeiten und Wissen auf und fühlen sich für die Pflege ihrer Angehörigen schlecht vorbereitet und wenig unterstützt. Die Anforderungen der Pflege übersteigen ihre physischen, psychosozialen und auch finanziellen Ressourcen. Man vermisst professionelle Begleitung und Betreuung, vor allem zu Beginn der neuen Rolle des Pflegens. (Vgl. Mahrer-Imhof et al. 2014, S.232)

Die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds löst automatisch Ängste und Sorgen aus, die Betroffenen selber fürchten sich vor Abhängigkeit und Verlust der persönlichen Autonomie (vgl. Büscher & Dorin 2014, S.1). Die Familie muss Entscheidungen treffen und steht vor großen Anforderungen. 83% der betreuenden Personen geben die Belastung durch die Pflege von Angehörigen mit „eher stark“ oder sogar „sehr stark“ an. (Vgl. Schneekloth 2006, S.409)

Eine Möglichkeit um Unterstützung zu bieten, ist die Pflegeberatung in Form von präventiven Hausbesuchen: Diese wird laut Huss et al. in den Ländern Dänemark und Australien bereits erfolgreich eingesetzt. Ziele dieser Hausbesuche sind, die Gesundheit und Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten und körperliche Einschränkungen oder einen frühzeitigen Einzug in ein Pflegeheim zu vermeiden. Erfolgreiche Hausbesuch-Programme haben aber nicht nur Vorteile für die Betroffenen selbst, sondern helfen auch, Kosten und Ressourcen zu sparen. (Vgl. Huss et al. 2008, S.298f)

Auch im Bundesland Salzburg wurde ein ähnliches Modellprojekt gestartet: In den ländlichen Gemeinden sollen sogenannte „Sozialbeauftragte“ etabliert werden, welche Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Bezug auf Pflege und Unterstützung beraten und bei Bedarf an entsprechende Dienstleistungen vermitteln.

Diese Personen sollen und können einen wichtigen Teil dazu beitragen, dass die älteren Generationen so lange wie möglich in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung bleiben können. Weil das Projekt noch in Kinderschuhen steckt und Sozialbeauftragte erst in vier Gemeinden aktiv tätig sind, gibt es noch keine eigenen Planstellen. Daher übernehmen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gemeindeverwaltung diese Aufgabe nebenbei. Bisher wurde auch noch nicht erhoben, was die tatsächlichen Aufgabengebiete dieser Sozialbeauftragten sind und inwiefern diese sich des Themas „Pflegeberatung“ annehmen. Auch aufgrund der noch spärlich vorhandenen Literatur zu diesem Thema lautet die Forschungsfrage dieser Arbeit wie folgt:

Welche Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse haben Personen in der gemeindenahen Pflegeberatung und welche Aufgaben übernehmen sie?

Gliederung der Arbeit

Der Aufbau dieser Arbeit ist wie folgt: Im ersten Kapitel werden allgemeine Grundlagen zum Thema Pflegeberatung, basierend auf aktueller Literatur, dargebracht. Theorien und Konzepte werden vorgestellt, welche eine Definition und die Zielgruppe von Pflegeberatung beinhalten, Ziele der Pflegeberatung, verschiedene Beratungsansätze sowie notwendige persönliche Voraussetzungen für einen Pflegeberater/eine Pflegeberaterin werden dargestellt. Weiters wird auf die Arten der Kontaktaufnahme und im Besonderen auf die Pflegeberatungsstelle Salzburg eingegangen. Anschließend wird die Perspektive von Betroffenen bezüglich Informationsbedarf und Nachfrage vorgestellt.

Im zweiten Teil werden die, mittels halbstrukturiertem Interviewleitfaden, selbst erhobenen und ausgewerteten Ergebnisse dargestellt und teilweise durch Zitate der Befragten untermauert.

Im letzten Teil (*Diskussion*) werden die Limitationen der Studie aufgezeigt und die Erkenntnisse aus der Literatur den selbst erhobenen Ergebnissen gegenübergestellt. Abschließend werden die wichtigsten Feststellungen dieser Arbeit in der Conclusio zusammengefasst und Implikationen für Forschung und Praxis angeführt.

Pflegeberatung

Theorien und Konzepte

Um ein einheitliches Grundverständnis für die Pflegeberatung zu bekommen, wird dieser Begriff zuerst definiert, die Zielgruppe festgelegt und verschiedene Beratungsansätze vorgestellt.

Definition und Zielgruppe

Der Begriff „Pflegeberatung“ ist nicht eindeutig geklärt und definiert. Auch in den Fachbüchern wird dieser oft uneinheitlich gebraucht. Häufig wird Beratung im Gesundheitswesen mit Aufklärung, Vermittlung oder Therapie gleichgesetzt. (Vgl. Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.15)

Eine der Definition lautet wie folgt:

„Beratung ist ein Beziehungsprozess zwischen Pflegekräften und Patienten bzw. seinen Bezugspersonen mit dem Ziel, sie bei der Krankheits- und Krisenbewältigung zu unterstützen. Dies geschieht durch: Unterstützen beim Bewältigen von Problemen, unterstützen beim Finden von Entscheidungen, fördern, entdecken und erhalten von Ressourcen, unterstützen beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen.“

(Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.16)

Diese Definition beschreibt die Zielgruppe, für die eine Pflegeberatung gedacht ist, sehr gut: Nicht nur die Betroffenen selbst werden als Klienten und Klientinnen gesehen, sondern auch ihre Angehörigen und Bezugspersonen.

Eine zweite Definition hat ersterer noch hinzuzufügen:

„...informierte Entscheidungen über ihre Pflegesituation zu treffen. Dazu brauchen sie einen Überblick über die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. Sie benötigen zudem die Begleitung bei der Bewertung ihrer individuellen Lebenssituation, da sie oftmals keine Kenntnisse darüber besitzen, was sie angesichts der Pflegebedürftigkeit ihres Familienmitglieds zu erwarten haben und wie sich die Situation entwickeln kann.“ (Büscher & Dorin 2014, S.77)

Typische Themen der Beratung sind demnach z.B. die Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen und Betroffenen in schwierigen Situationen, das Fördern von Ressourcen um die Alltagsfähigkeit möglichst lange zu erhalten oder das Einschätzen des Hilfebedarfs und das Vermitteln von sozialen Dienstleistungen (vgl. MDK Bayern & FH Deggendorf 2012, S.61ff).

Weiters werden bei der Pflegeberatung vor allem die niederschweligen Betreuungsangebote betont, damit jeder Mensch die Chance hat, frühzeitig in ein Informationsnetz integriert zu werden und Hilfe zu bekommen (vgl. Schneekloth & Wahl 2005, S.79). Die Notwendigkeit der Pflegeberatung vor allem zu Beginn einer Pflegesituation wird besonders hervorgehoben, da zu diesem Zeitpunkt gemeinsam mit den Angehörigen die Bereitschaft zum Pflegen, die Wünsche im Falle einer fortschreitenden chronischen Krankheit und die Grenzen einer häuslichen Pflegesituation geklärt werden müssen. Es müssen die Bedürfnisse der Betroffenen erhoben und darauf abgestimmte Möglichkeiten aufgezeigt werden. (Vgl. Allwicher 2009, S.88f)

Ziele

„Pflegeberatung umfasst weit mehr als Informationsvermittlung. Sie verfolgt übergeordnet als Beratungsziele die Förderung von Handlungskompetenz, die Steigerung der Lebensqualität und die Reduktion emotionaler Belastungen.“ (Petter-Schwaiger 2011, S.11)

In einer Literaturarbeit von Schulz konnten folgende Ziele der Pflegeberatung identifiziert werden: Durch frühzeitige Betreuung und Unterstützung können Pflegebedürftige länger in den eigenen vier Wänden bleiben, wodurch der unerwünschte und kostenintensive Einzug ins Pflegeheim vermieden werden kann. Der Einzug in stationäre Wohnformen wird außerdem von den meisten Betroffenen abgelehnt, da dieser mit dem Verlust von Autonomie und Lebensqualität in Verbindung gebracht wird. (Vgl. Schulz 2009, S.37ff) Auch die pflegenden Angehörigen ziehen einen Nutzen aus der Pflegeberatung: Diese werden frühzeitig unterstützt und hohe Belastungen physischer und psychischer Art können dadurch vermieden werden (vgl. Büscher & Dorin 2014, S.62f).

Durch einen Pflegeberater/eine Pflegeberaterin kann die Koordination von Dienstleistungen bei Pflegebedarf organisiert werden, wodurch die häusliche Pflegesituation bedarfsgerecht gestaltet und gestärkt werden kann. Aus der Vielfalt vorhandener Angebote kann somit die

für den individuellen Einzelfall richtige Unterstützung gemeinsam mit dem/der Betroffenen und dessen/deren Netzwerk ausgewählt und koordiniert werden. (Vgl. Schulz 2009, S.50f)

„Ziel ist es, die bestmögliche Leistung zum richtigen Zeitpunkt durch adäquate Leistungserbringer zu bündeln.“ (Schulz 2009, S.51)

Beratungsgestaltung und -prozess

Es gibt verschiedene Beratungsansätze, die auf unterschiedlichen psychologischen Theorien basieren und einen Einfluss auf die Pflegeberatung haben können. Diese theoretischen Hintergründe dienen dem Vergleich, der Übersicht und der Erkenntnis, nach welchem Modell eine Beratung stattfinden kann. Selten wird eine Reinform eines Beratungsmodells angewendet, eher ist die Mischform aus verschiedenen Modellen die Regel. Eine strikte Trennung dieser Ansätze ist nicht möglich. (Vgl. Fröse 2010, S.15)

Der vermittlungsorientierte Ansatz

Der vermittlungsorientierte Ansatz sieht als Ziel die Aufklärung und Information der Betroffenen. Es wird angenommen, dass es dem Klienten/der Klientin an Informationen und Fertigkeiten mangelt, die zum Selbstmanagement notwendig sind. Beratung zielt deshalb auf den Ausgleich von Wissensdefiziten ab, wodurch es zur Lösung von Problemen kommen soll. Charakterisierend für diesen Ansatz ist, dass auf der einen Seite der/die Lehrende (der Berater/die Beraterin) mit seinem/ihrem Informationsvorsprung ist und auf der anderen Seite der/die Lernende (der/die zu Beratende) mit seinem/ ihrem Informationsdefizit. Dieser Ansatz kann relevant sein, wenn es um die Vermittlung von Informationen bezüglich pflegerelevanter Themen geht. (Vgl. Petter-Schwaiger 2011, S.47)

Der handlungsorientierte Ansatz

Der handlungsorientierte Ansatz hat sich aus den Erkenntnissen der Sozialarbeitswissenschaften entwickelt, Aspekte davon sind aber auch in der Pflege anzutreffen: Wie auch bei der Pflegeplanung werden bei diesem Ansatz gemeinsam mit dem/der Betroffenen Ziele vereinbart, die durch die Pflegeberatung erreicht werden sollen. Dabei soll die Reflexionsfähigkeit unterstützt werden, um eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen und das Recht auf Mitbestimmung zu bewahren. (Vgl. Petter-Schwaiger 2011, S.49f)

Der lösungs- und ressourcenorientierte Ansatz

Ein ähnlicher Ansatz, der sich vom handlungsorientierten nicht strikt trennen lässt, ist der lösungs- und ressourcenorientierte Ansatz. Dieser weist ebenfalls Parallelen mit der Pflegeplanung auf, da der Fokus auf die Ressourcen des Patienten/der Patientin gelegt wird. Der Blick des Beraters/der Beraterin wird bei diesem Ansatz stets darauf gelenkt, was der Betroffene/die Betroffene kann oder was ihn/sie stärkt. Durch die Aktivierung dieser Ressourcen werden neue Lösungsmöglichkeiten sichtbar. (Vgl. Petter-Schwaiger 2011, S.52)

Humanistisch-personenorientierter Ansatz

Der humanistisch-personenorientierte Ansatz geht auf den Psychotherapeuten Carl Rogers und der von ihm entwickelten klientenzentrierten Beratung bzw. auf das „Aktive Zuhören“ zurück. Der/Die Betroffene wird ganzheitlich wahrgenommen und der Ansatz zeichnet sich durch das aktive „Reden lassen“ und Zuhören aus. Dadurch soll die Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit bei dem/der zu Beratenden gewahrt werden, mit dem Ziel Kräfte und Ressourcen zu aktivieren. Der wichtigste Aspekt dieses Beratungsansatzes ist die Beziehung zwischen Klient/Klientin und Berater/Beraterin. Dieser Ansatz ist besonders relevant, wenn es um die Anteilnahme an diversen Schicksalen geht und Beistand oder Unterstützung in schwierigen Situationen gefragt sind. (Vgl. Petter-Schwaiger 2011, S.46; Vgl. Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.9)

Der systemisch-konstruktivistische Ansatz

Kennzeichen des systemisch-konstruktivistischen Ansatzes ist, dass ein Problem des Einzelnen nicht isoliert, sondern im Gefüge des ganzen Familien- und sozialen Bezugssystems betrachtet wird. Es wird also berücksichtigt, welche Auswirkungen die Krankheit eines Familienmitglieds auf das gesamte Familienleben bzw. das soziale Bezugssystem hat und umgekehrt. Bei diesem Ansatz wird versucht, die Beziehungen und Zusammenhänge im System transparent zu machen, um dadurch zu einer Problemlösung zu kommen. Relevant wird dieser Beratungsansatz vorwiegend bei der Beratung von chronisch Kranken und deren pflegenden Angehörigen, oder bei einer durch eine Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ausgelösten Krise, die zu schwerwiegenden Veränderungen im gesamten Familienkonstrukt führt. Der Patient/Die Patientin und die Bezugspersonen sollen

durch diesen Ansatz Kompetenzen erwerben, um die - durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden - Belastungen bewältigen zu können. (Vgl. Petter-Schwaiger 2011, S.51)

Beratung als Prozessmodell

Die zuvor vorgestellten Ansätze kann man auch in Form eines Prozessmodells darstellen: Der Begriff „Prozess“ bezieht sich dabei auf eine Abfolge, in der sich die Situation des Betroffenen vom Problem zur Lösung entwickeln soll. Ähnlich wie es in der Pflege den Pflegeprozess gibt, mit den sechs Schritten „Informationen sammeln“, „Probleme und Ressourcen definieren“, „Ziele festlegen“, „Maßnahmen planen“, „Maßnahmen durchführen“ und „Evaluation“, gibt es ein Prozessmodell in der Beratung (siehe *Abbildung 1*). Da die Beratung ein interaktiver Prozess ist, läuft sie nicht zwingend nach einem vorgegebenen Schema ab – die einzelnen Phasen des Prozessmodells in der Beratung können somit verschmelzen. (Vgl. Petter-Schwaiger 2011, S.121)



Abbildung 1: Prozessmodell der Beratung

Die sechs Schritte des Prozessmodells in der Beratung:

1. **Beziehung herstellen:** Die Kontaktaufnahme und ein symmetrischer Beziehungsaufbau zwischen Berater/Beraterin und zu Beratendem/Beratender finden statt.
2. **Beratungsbedarf erfassen:** Gemeinsam mit dem/der Betroffenen wird der Beratungsbedarf erhoben. Kennzeichen sind strukturiertes Beobachten, Analysieren und Bewerten der Situation.
3. **Beratungsziele aushandeln:** Dieser Schritt kommt auch in den zuvor erläuterten Ansätzen beim handlungsorientierten Ansatz zur Sprache, wenn es um die gemeinsame Zielfestlegung geht. Auch der humanistisch-personenorientierte Ansatz findet sich hier wieder, denn beim Aushandeln der Beratungsziele ist es wichtig, den zu Beratenden/die zu Beratende ganzheitlich zu sehen und auch Emotionen zu berücksichtigen. Ergänzt wird bei diesem Schritt des Prozessmodells der systemisch-konstruktivistische Ansatz: Alle Menschen im

sozialen- und familiären Netz sind von Rollenveränderungen beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes betroffen und müssen bei der Vereinbarung von Beratungszielen miteingebunden werden.

4. **Lösungen entwickeln:** Bei diesem Schritt werden gemeinsam mit allen Beteiligten akzeptable Lösungen entwickelt, wie es bereits im lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz erwähnt wurde.
5. **Reflexion:** Die Reflexion dient der Zusammenfassung des Erkenntnisgewinns und der Vereinbarung von konkreten Handlungsschritten.
6. **Beratung beenden:** Am Ende des Beratungsprozesses sollte das Gespräch bewusst beendet und dokumentiert werden. Zudem sollte der/die zu Beratende über den weiteren Verlauf informiert werden.

(Vgl. Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.29f)

Persönliche Voraussetzungen zur Pflegeberatung

Um in seiner/ihrer Arbeit als Pflegeberater/Pflegeberaterin erfolgreich zu sein, werden in der Literatur verschiedene Voraussetzungen und notwendige Kompetenzen angeführt. Eine wichtige Kompetenz ist die Handlungskompetenz: Handlungsfähigkeit und die Bereitschaft zum Handeln (Wille, Selbstvertrauen, Lernbereitschaft) sind wichtig, um in konkreten Situationen zielgerichtet, reflektiert und verantwortlich zu handeln. Die Handlungskompetenz lässt sich in vier Unterpunkte einteilen:

1. **Fachkompetenz:** Kenntnisse über spezielle pflegerelevante Themen
2. **Methodenkompetenz:** Wahl der richtigen Beratungsmethode für die jeweilige Situation
3. **Sozialkompetenz:** Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Beziehungsgestaltung
4. **Personalkompetenz:** Reflexion der eigenen Haltung

(Vgl. Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.50ff)

Laut Fröse wird bei den Voraussetzungen von „Hardskills“ und „Softskills“ gesprochen: Hardskills sind die fachlichen Fähigkeiten, inklusive Schul- und Berufsbildung. Softskills sind persönliche Fähigkeiten, Eigenschaften, Kompetenzen oder Charakterzüge. Diese werden in *Tabelle 1* dargestellt.

Tabelle 1: Persönliche Voraussetzungen zur Beratungstätigkeit

Hardskills	Softskills
<ul style="list-style-type: none">• Kenntnisse über Leistungen der Pflegeversicherung	<ul style="list-style-type: none">• Einfühlungsvermögen, Verständnis
<ul style="list-style-type: none">• Kenntnisse des Betreuungsrechts	<ul style="list-style-type: none">• Objektivität, Teamfähigkeit
<ul style="list-style-type: none">• Notwendige Formulare	<ul style="list-style-type: none">• Zuhören können
<ul style="list-style-type: none">• Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none">• Rhetorische Kenntnisse
	<ul style="list-style-type: none">• Belastungsfähigkeit, Disziplin
	<ul style="list-style-type: none">• Organisationsfähigkeit/ Flexibilität
	<ul style="list-style-type: none">• Höflichkeit/ Respekt

(Vgl. Fröse 2010, S.36f)

Externe Umstände

Für eine erfolgreiche Beratung sind nicht nur die Voraussetzungen des Beraters/ der Beraterin ausschlaggebend, sondern auch externe Umstände, unter welchen die Beratungssituation stattfindet. In der Literatur wird das Beratungssetting als externer Umstand erwähnt: Wichtig für eine erfolgreiche Pflegeberatung ist hier die Räumlichkeit, in welcher die Beratung stattfindet. Außerdem ist es wichtig, ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben. Fördernd sind auch unterstützende Medien wie Broschüren, Infoblätter etc. (Vgl. Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.25) Eine gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wurde ebenfalls als förderlich beschrieben. Neben der pflegerischen Hilfe ist es für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wichtig, auch Hilfe bei der Haushaltsführung zu haben oder im Bedarfsfall auf jemanden zurückgreifen zu können, welcher sie bei Arztbesuchen und Behördengängen begleitet (Vgl. Büscher & Dorin 2014, S.70).

Als hemmende Faktoren werden das Fehlen an regionalen, pflegerelevanten Angeboten oder die schwere Erreichbarkeit sowie weite Wegstrecken, die häufig zurückgelegt werden müssen, erwähnt (vgl. Weidner et al. 2008, S.118).

Zugang zur Zielgruppe

Es gibt zwei Arten der Kontaktaufnahme: die „Zugehende Beratung“, in Form von präventiven Hausbesuchen, und die „Empfangende Beratung“:

Zugehende Beratung - Präventive Hausbesuche

Bei dieser Art von Beratung geht der Berater/die Beraterin auf die Ratsuchenden zu und führt die Beratung in der gewohnten Umgebung bei den Betroffenen durch. Ein Vorteil

dieser Beratungsart ist die persönliche Atmosphäre. Auch Gestik und Mimik können besser gedeutet werden (geben häufig Auskunft über unangenehme Themen, Probleme, Scham, Ängste,...). Außerdem haben die Betroffenen in der vertrauten Umgebung mehr Selbstsicherheit und ersparen sich einen womöglich weiten und anstrengenden Weg zu einer Pflegeberatungsstelle. Zudem sind längere und tiefere Beratungen möglich und auch Gefahrenpotenziale, wie steile Treppen/Stolperfallen können erkannt und angesprochen werden. (Vgl. Fröse 2010, S.17)

Empfangende Beratung

Bei der empfangenden Beratung gibt es zwei Unterpunkte: die Telefonberatung, die sich für kurze und akut auftretende Fragen anbietet (vgl. Fröse 2010, S.18), und Stellen, wo Betroffene vor Ort beraten werden. In Deutschland wird dies in Form von so genannten Pflegestützpunkten bereits seit Jahren angeboten. Diese haben die Aufgabe, neutrale, unabhängige und wohnortnahe Versorgungs- und Betreuungsangebote zu vermitteln und Auskünfte zu Pflege- und Sozialleistungen etc. zu geben. Häufig haben Betroffene aber Schwierigkeiten, die Beratungsstellen aufzusuchen, sei es aufgrund der eingeschränkten Mobilität oder aus Angst und Scham. (Vgl. Fröse 2010, S.31) Die Pflegeberatungsstelle in der Stadt Salzburg ist vergleichbar mit einem Pflegestützpunkt und wird im Anschluss näher vorgestellt.

Pflegeberatungsstelle Salzburg

Aufgrund des Anstiegs an Pflegebedarf wurde im Jahr 2008 die Pflegeberatungsstelle in Salzburg errichtet. Ziele dieser Beratungsstelle sind die Erhöhung der Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen und die Entlastung von Angehörigen. Als ihre Aufgabe sieht die Pflegeberatungsstelle die individuelle Information und Hilfestellung bei pflegerelevanten Belangen. Die Themen ihrer Beratung sind Informationen rund um das Pflegegeld, die Vermittlung von Hilfsmittel, Haushaltshilfen, Hauskrankenpflege sowie die 24-Stunden-Betreuung und Essenzustellung („Essen auf Räder“). Weiters werden Plätze in Tageszentren oder Senioren-/Pflegeheimen organisiert und weitere pflegespezifische Themen abgedeckt. Als Zielgruppe werden Menschen, die Orientierung, Beratung oder Information zum Thema Pflege benötigen, gesehen. Konkret können dies pflegebedürftige Menschen, ihre Angehörigen oder interessierte Personen sein, die sich auf das Älter-werden vorbereiten möchten. Im Team der Pflegeberatungsstelle finden sich Personen mit Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege, Diplomsozialarbeiter und Diplomsozialarbeiterinnen.

Die Pflegeberatungsstelle Salzburg bietet primär eine empfangende Beratung an, das heißt die Betroffenen müssen das Büro der Berater/Beraterinnen aufsuchen. Nur auf Wunsch bzw. wenn es den Betroffenen aufgrund von Mobilitätseinschränkungen nicht möglich ist zu kommen, werden zugehende Beratungen vor Ort durchgeführt. (Vgl. Pflegeberatungsstelle Salzburg 2015)

Perspektive der Betroffenen

In der aktuellen Forschung liegen Erkenntnisse vor, die zunächst die Wünsche von Betroffenen bezüglich Beratungsthemen beschreiben und anschließend auf die Nachfrage nach Pflegeberatung aus Sicht der Betroffenen eingehen.

Informationsbedarf

Die Erwartungen der Betroffenen an die Pflegeberatung wurden in Deutschland im Rahmen von zwei offenen Bürgerveranstaltungen von Nickel et al. (2011) und Heinrich et al. (2013) mittels halbstrukturiertem Fragebogen erhoben und qualitativ ausgewertet. Befragt wurden durch Pflegebedürftigkeit direkt betroffene Personen, Angehörige und interessierte Bürger und Bürgerinnen (insgesamt 158 Personen), die Wünsche bezüglich folgender Information äußerten:

Information zum Versorgungssystem

- Leistungen der Pflegeversicherung
- Informationen zur Versorgungslandschaft: Ambulante, teilstationäre, stationäre und alternative Angebote
- Rechtssicherheit im Alter: Autonome Lebensführung, Selbstbestimmung, Vorsorge- und Betreuungsvollmachten und Patientenverfügungen

Informationen zu Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem

- Ergänzende Angebote, professionelle- und nichtprofessionelle Angebote, Schulungen, Broschüren oder Ratgeber, Erfahrungen anderer Betroffener
- Alternative Wohnformen, Wohngemeinschaften und Wohnraumanpassung

Informationen zu regionalen Dienstleistern

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen – Informationen zum Preis-Leistungs-Verhältnis, Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie personelle Ausstattung
- Nicht-professionelle/nichtpflegerische Einrichtungen: Vereine, Nachbarschaftshilfen, stadtteilbezogene Angebote

Situations- und krankheitsspezifische Fragen

- Hilfsmittel
- Umgang mit Demenzkranken
- Krankheitsbezogene Probleme: Krankheitsarten, akute und chronische Verläufe, Verhalten bei bestimmten Problemen/Symptomen.

(Vgl. Nickel et al. 2011, S.110ff; Vgl. Heinrich et al. 2013, S.4ff)

Weidner et al. haben bereits 2008 in Deutschland eine Erhebung zur Wirksamkeit von präventiven Hausbesuchen bei Senioren und Seniorinnen durchgeführt. Der Wunsch nach folgenden Beratungsthemen konnte bei dieser Studie erhoben werden: Kassenleistungen, gefolgt von medizinischer Versorgung, Sturz, Ernährung, Formalitäten (Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung etc.), Einschränkungen, Schmerz, Sicherheit (Rufahren) und weitere Themen. (Vgl. Weidner et al. 2008, S.95)

Nachfrage

Trotz der vorhin erwähnten Vorteile und Nutzen durch die Pflegeberatung für die Betroffenen, ist ein Mangel an Nachfrage zu konstatieren (vgl. Allwicher 2009, S.85).

Warum pflegende Angehörige oft ungern Hilfe in Anspruch nehmen, wurde von Allwicher 2009 in einer Literaturarbeit zusammengefasst: 67% gaben an, keine Hilfe zu benötigen, etwa 30% haben eine negative Einstellung zu den Angeboten der Pflegeberatung, 5% mangelt es an Information und die restlichen Angaben bezogen sich auf die schlechte Erreichbarkeit oder die komplizierte Bürokratie. (Vgl. Allwicher 2009, S.85)

Auch Unüberschaubarkeit der Unterstützungsangebote und deren mangelhafte Vernetzung, Versorgungslücken und fehlende niederschwellige Angebote wurden angeführt (vgl. Schulz 2009, S.37). Weiters wurden psychologische Hemmschwellen pflegender Angehöriger und Pflegebedürftiger mit dem Problem des „Loslassens“ erwähnt. Auch die Überzeugung, dass

Pflege eine Familienangelegenheit sei, oder die Scheu, um Unterstützung zu bitten, tragen zur mangelnden Nachfrage bei. Die Angst, von Fremden bevormundet oder kontrolliert zu werden, kam ebenso zur Sprache, wie der Mangel an qualifizierter und nachhaltiger Beratung und zugehenden Angeboten. (Vgl. Schulz 2009, S.46) Ein weiterer Grund für die mangelnde Nachfrage ist die Verdrängung und das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Pflegebedürftigkeit (vgl. Koch-Straube 2008, S.185).

Eine große Herausforderung stellt die kultursensible Pflege von älteren Migranten und Migrantinnen dar. Die Probleme in diesem Bereich ergeben sich oft durch unzureichende Sprachkompetenz, Scham, Unkenntnis oder Scheu. (Vgl. Allwicher 2009, S.46f)

Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine qualitative Studie durchgeführt. In diesem Kapitel werden das verwendete Studiendesign, die Stichprobe, die Vorgehensweise bei der Datensammlung sowie ethische Aspekte dieser Arbeit sowie die Datenauswertung dargestellt.

Studiendesign

Es wurde ein Querschnittsdesign gewählt und Interviews mit Hilfe eines halbstrukturierten Leitfadens durchgeführt, da die Aufgabenbereiche, Bedürfnisse und Probleme von Personen in der gemeindenahen Pflegeberatung bisher unerforscht sind.

Stichprobe der Studie

Die Rekrutierung der Stichprobe fand mit Hilfe der *Gemeindeentwicklung Salzburg* statt. Teilnehmen durften nur Personen, die im Rahmen der Gemeindeentwicklung im Salzburger Flachgau entweder ehrenamtlich oder als Sozialbeauftragte Pflegeberatung durchführen. Es konnten alle bisher tätigen Sozialbeauftragten (vier) für diese Erhebung gewonnen werden, weshalb eine Vollerhebung stattgefunden hat. Weiters haben die Sozialbeauftragten durch ein Network-Sampling acht ehrenamtlich Tätige weitervermittelt, die schon längere Zeit im Auftrag der Gemeindeentwicklung tätig sind (vgl. Polit & Beck 2012, S.276). Diese Methode kommt zum Einsatz, wenn der Zugang zur Stichprobe nur schwer zu finden ist (vgl. Brandenburg et al. 2013, S.147). Insgesamt konnten zwölf Personen für diese Studie gewonnen werden. Ein Einschlusskriterium war, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen tatsächlich im Kontakt zu den Gemeindegängern und Gemeindegängerinnen stehen und hinsichtlich „Pflegeberatung“ in ihrer Gemeinde tätig sind. Ausgeschlossen wurden jene, die Pflegeberatung als ihre Aufgabe sehen, aber nicht in den Flachgauer Gemeinden in persönlichem Kontakt mit der Bevölkerung stehen.

In *Tabelle 2* sind die Eckdaten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ersichtlich. Das Durchschnittsalter beträgt bei den Sozialbeauftragten 50 Jahre und bei den Ehrenamtlichen 62 Jahre. Die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit beträgt bei den Sozialbeauftragten 5 Jahre, bei den Ehrenamtlichen 12 Jahre. Alle Sozialbeauftragten waren weiblich. Bei den ehrenamtlich Tätigen waren fünf Personen männlich und drei weiblich. Unter allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen bringen insgesamt vier eine Vorbildung im Gesundheits- und Sozialbereich mit, wovon zwei davon ehrenamtlich tätig sind und zwei als Sozialbeauftragte angestellt sind. Zu „Vorbildung im Gesundheitsbereich“ zählen das Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege oder die Ausbildung zum Altenfachbetreuer/zur Altenfachbetreuerin. Unter „Vorbildung im Sozialbereich“ zählt die Ausbildung für Erwachsenenbildung. Die übrigen Teilnehmer und Teilnehmerinnen bringen zum Beispiel eine Ausbildung zum/zur Bankangestellten oder eine Ausbildung im Verkauf mit.

Tabelle 2: Stichprobe der Studie

	Sozialbeauftragte (4)	Ehrenamtliche (8)
Alter (Durchschnitt)	50 Jahre	62 Jahre
Dauer der Tätigkeit (Durchschnitt)	5 Jahre	12 Jahre
Männlich	0	5
Weiblich	4	3
Vorbildung im Gesundheitsbereich	1	1
Vorbildung im Sozialbereich	1	1
Keine spezielle Vorbildung	2	6

Datensammlung

Zur Erhebung der Daten wurden elf halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Der Leitfaden wurde anhand der aktuellen Literatur zum Thema Pflegeberatung (siehe *Kapitel Pflegeberatung*) erstellt, was das Resultat einer Datenbankrecherche in PubMed und Cinahl war. Die Datenerhebung fand im Zeitraum von April bis Juni 2015 statt. Gesamt wurden elf Interviews mit zwölf Personen geführt. Bei einem Interview hat ein Teilnehmer auf eigenen Wunsch das Interview gemeinsam mit seiner Ehepartnerin, die ebenfalls Studienteilnehmerin war, geführt. Um bei der Durchführung der Interviews für eine vertrauliche Atmosphäre zu sorgen, konnten sich die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen den Ort aussuchen. Drei der elf Interviews wurden bei den

Teilnehmern und Teilnehmerinnen zu Hause geführt, die übrigen wurden im Büro der Sozialbeauftragten oder in Räumlichkeiten der Gemeinde abgehalten. Interviewt wurde von zwei Studentinnen des Masterstudiums „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“ der Medizinischen Universität Graz, da beide an einem Projekt der Gemeindeentwicklung beteiligt sind. Das Kennenlernen einiger Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen und den Interviewerinnen fand bereits bei einem Treffen der Sozialbeauftragten Anfang April statt, wodurch der Vertrauensaufbau erleichtert wurde. Die Dauer der Interviews variiert zwischen 25 und 60 Minuten und wurde mittels Diktiergerät aufgezeichnet. Die offenen Fragen des Leitfadens sind in *Tabelle 3* ersichtlich.

Tabelle 3: Interviewleitfaden

1. Was sind Ihre Aufgaben in der Pflegeberatung?
2. Beschreiben Sie kurz Ihren persönlichen Hintergrund!
3. Wie würden Sie Pflegeberatung definieren?
4. Welche Ziele sehen Sie in der Pflegeberatung?
5. Wer ist Ihre Zielgruppe, wen wollen Sie erreichen?
6. Wie erfolgt die Kontaktaufnahme? Wie groß ist der Pflegebedarf bei der Kontaktaufnahme?
7. Welche Themen behandeln Sie in der Beratung?
8. Was bringt diese Beratung den Klienten und Klientinnen?
9. Gibt es Probleme/Grenzen, mit denen Sie konfrontiert wurden?
10. Haben Sie irgendwelche Wünsche, wodurch Ihre Arbeit erleichtert werden könnte?
11. Was wünschen Sie sich für die Gemeinde in Bezug auf Ihre Tätigkeit?
12. Was würden Sie jemandem mit auf den Weg geben, der mit dieser Thematik zu arbeiten beginnt?

Zusätzlich zu den Interviews wurde eine schriftliche Anfrage an die Pflegeberatungsstelle Salzburg mit den Interviewfragen gestellt und eine schriftliche Rückmeldung per Mail angefordert. Diese Ergebnisse wurden im vorigen Kapitel aufgezeigt und werden im Diskussionsteil mit den Ergebnissen der Erhebung diskutiert.

Ethische Aspekte

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden über das Ziel, den Zweck, die Freiwilligkeit und den Ablauf der Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihre Zustimmung schriftlich eingeholt (siehe Anhang *Informierte Zustimmung*). Weiters wurden die Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen darüber aufgeklärt, dass ihre Daten vertraulich und anonym verarbeitet werden und sie stets die Möglichkeit haben, das Interview abzubrechen oder ihre Zustimmung zurückzuziehen. Für mögliche Fragen wurden den Teilnehmern und Teilnehmerinnen auch die Kontaktdaten der Studentinnen übermittelt.

Im Ergebnisteil dieser Arbeit werden einige Ergebnisse mit Zitaten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen untermauert. Um die Anonymität dieser Personen zu wahren, werden Personencodes vergeben. Zusätzlich wird angegeben, ob die Person, von der die Aussage stammt, männlich oder weiblich ist und als Sozialbeauftragte (SB) oder Ehrenamtliche/Ehrenamtlicher (EA) tätig ist. Das Alter wird bewusst nicht angegeben, um keine Rückschlüsse ziehen zu können.

Datenauswertung

Die digital aufgezeichneten Interviews wurden zunächst wortwörtlich transkribiert. Die Auswertung erfolgte anschließend durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Hierbei wurde nach einer induktiven Kategorienbildung vorgegangen, da die Kategorien direkt aus dem Material abgeleitet wurden, wobei sich die Autorin an den Hauptkategorien des Leitfadens orientiert hat. (Vgl. Mayring 2003, S.75) Es wurden kleinste, zusammenhängende Gedankengänge als maximale Kodiereinheit festgelegt, welche auch mehreren Aussagen zugewiesen werden konnten. Die Codes, die dadurch hervorgegangen sind, wurden entsprechend ihres Sinnzusammenhangs in Kategorien zusammengefasst. Anschließend wurden die Aussagen der einzelnen Teilnehmer und Teilnehmerinnen miteinander verglichen. Dadurch konnte eine weitere Verdichtung des Datenmaterials erreicht werden.

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der Software MAXQDA© 11 - einem Datenverarbeitungsprogramm für qualitative Studien - wodurch ein systematisches Arbeiten möglich war und Zusammenhänge leichter erkannt werden konnten (vgl. Polit & Beck 2012, S.561). Mit Hilfe dieses Programms konnten die Ergebnisse übersichtlich auf fünf Ebenen

dargestellt werden. Ein weiterer Vorteil dieses Datenverarbeitungsprogramms ist die Möglichkeit der Archivierung und Aufbewahrung (vgl. Brandenburg et al. 2013, S.154).

Zur Erhöhung der Analysequalität wurde eine unabhängige Zweitauswertung durch eine Mitstudentin durchgeführt und ein Audit erfolgte durch einen externen Gutachter. Die Autorin hat die Ergebnisse anschließend auf die aktualisierte Struktur angepasst und einen Kategorienbaum gebildet. Anschließend wurde die Datensammlung von der Mitstudentin, unabhängig vom Thema „Pflegeberatung“, mit Hilfe des bereits existierenden Kategorienbaums durchgearbeitet und auf Logik und Stringenz geprüft. Die Ergebnisse der beiden Analyseverfahren wurden verglichen und Unstimmigkeiten diskutiert. Die Ergebnisse waren danach wiederum einem Audit durch einen externen Gutachter ausgesetzt, wurden mehrmals überarbeitet und diskutiert, sodass subjektiv beeinflusste Ergebnisse so gut wie möglich vermieden werden konnten. (Vgl. Mayring 2003, S.46) Ein Member Check, also das Vorlegen der analysierten Resultate den Teilnehmenden zur Begutachtung – um mögliche Missverständnisse aufdecken zu können - wurde aus zeitlichen Gründen nicht durchgeführt (vgl. Brandenburg et al. 2013, S.81).

Zusammenfassend wird die eben beschriebene Methode dieser Forschungsarbeit, gemäß den Vorgaben „COREQ – Consolidated criteria for reporting qualitative studies“, in *Tabelle 4* dargestellt.

Tabelle 4: Methodisches Vorgehen nach COREQ

Domain 1: Forschungsteam und Reflexivität		
Persönliche Eigenschaften		
1. Interviewerinnen	Wer führte die Interviews?	Zwei Studentinnen des Masterstudiums „Gesundheits- und Pflegewissenschaft“ der MedUni Graz
2. Qualifikation	Welche Qualifikation hat die Autorin?	BSc, Arbeit zur Erlangung des MSc
3. Berufstätigkeit	Welche Berufstätigkeit übt die Autorin aus?	Studentin
4. Geschlecht	Ist die Autorin männlich oder weiblich?	Weiblich
5. Erfahrungen und Übung	Welche Erfahrungen/ welche Übung hat die Autorin?	Wissenschaftliches Arbeiten im Zuge der Bachelor-Ausbildung, erste eigene qualitative Studie
Beziehung zu den Teilnehmern und Teilnehmerinnen		
6. Beziehung bekannt	War eine Beziehung zu den Studienteilnehmern und Teilnehmerinnen vor Beginn der	Nein

	Studie gegeben?	
7. Wissen der Teilnehmer/-innen über die Interviewerinnen	Was wussten die Teilnehmern und Teilnehmerinnen über die Autorinnen?	Ausbildung, Vorerfahrungen
8. Eigenschaften der Interviewerinnen	Welche Eigenschaften hatten die Interviewerinnen?	Auseinandersetzung aktueller Literatur zum Thema Pflegeberatung, siehe vorherige Kapitel
Domain 2: Studiendesign		
Theoretischer Rahmen		
9. Methode und Theorie	Welcher Methode wurde diese Studie untergeordnet?	Inhaltsanalyse nach Mayring
Auswahl Probanden/ Probandinnen		
10. Sampling	Wie wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ausgewählt?	Vollerhebung der Sozialbeauftragten, Network Sampling (Ehrenamtliche)
11. Kontaktaufnahme	Wie passierte die Kontaktaufnahme mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen?	Treffen der Sozialbeauftragten Anfang April, telefonisch und per Mail
12. Anzahl der Teilnehmer/ Teilnehmerinnen	Wie viele nahmen an der Studie teil?	Zwölf Personen
13. Teilnahme verweigert/ zurückgezogen	Wie viele haben die Teilnahme verweigert/ haben diese zurückgezogen?	Niemand
Setting		
14. Ort der Interviews	Wo wurden die Interviews durchgeführt?	In öffentlichen Räumen (Büro, Gemeinde), zu Hause
15. Anwesenheit anderer Personen	War außer den Teilnehmern/ Teilnehmerinnen jemand während der Interviews anwesend?	Nein, außer bei einem Interview bei dem auf Wunsch der Teilnehmer/Teilnehmerinnen dieses gemeinsam geführt wurde.
16. Beschreibung der Stichprobe	Welche Eigenschaften haben die Teilnehmer/Teilnehmerinnen – Demografische Daten, etc.	Siehe Tabelle 2, Stichprobe
Datensammlung		
17. Interviewleitfaden	Wurden Fragen von den Autorinnen vorbereitet? Fand eine Pilotstudie statt?	Ja, ein halbstrukturierter Interviewleitfaden (Tabelle 3 Interviewleitfaden)
18. Wiederholung von Interviews	Wurden Interviews wiederholt? Wenn ja, wie viele?	Nein
19. Datensicherung	Wurden zur Datensicherung auditive oder visuelle Methoden eingesetzt?	Ja, ein Diktiergerät
20. Feldnotizen	Wurden Feldnotizen während/nach den Interviews gemacht?	Nein
21. Dauer	Wie lange war die Dauer der Interviews?	25-60 Minuten

22. Datensättigung	Wurde eine Datensättigung erreicht?	Eine gewisse Datensättigung wurde am Ende erreicht
23. Member-Check	Wurde ein Member-Check durchgeführt?	Nein
Domain 3: Analyse und Ergebnisse		
Datenanalyse		
24. Anzahl der Codierer	Wieviele voneinander unabhängige Personen haben die Codierung durchgeführt?	Zwei Codierungen und ein externes Audit wurde durchgeführt
25. Beschreibung der Ergebniskategorien	Hat die Autorin eine Beschreibung der Ergebniskategorien beigefügt?	Ja, 6 Überkategorien mit bis zu 5 Ebenen
26. Ursprung der Themen	Wurden die Themen bereits vorher festgelegt oder von den Ergebnissen hergeleitet?	Themen wurden durch die Literaturrecherche und den daraus resultierenden halbstrukturierten Interviewleitfaden vorher grob festgelegt.
27. Software	Welche Software wurde zur Datenverarbeitung verwendet?	MAXQDA© 11 (Release 11.1.0)
28. Prüfung durch die Teilnehmer/Teilnehmerinnen	Haben die Teilnehmer/Teilnehmerinnen ein Feedback auf die Ergebnisse gegeben?	Nein
Auswertung		
29. Zitate angeführt	Wurden Zitate von den Teilnehmern/-innen angeführt zur Ergebnisdarstellung? Kann jedes Zitat identifiziert werden? Z.B. mittels Teilnehmernummer	Ja, siehe Ergebnisse Personencodes wurden vergeben
30. Einheitlichkeit von Daten und Ergebnissen	War die Einheitlichkeit zwischen den dargestellten Daten und Ergebnissen gegeben?	Ja, siehe Ergebnisse
31. Klarheit der Überkategorien	Sind die Überkategorien im Ergebnisteil klar dargestellt?	Ja, siehe Ergebnisse
32. Klarheit der Unterkategorien	Gibt es eine Beschreibung von verschiedenen Fällen oder Diskussion der Unterkategorien?	Ja, siehe Ergebnisse/ Diskussion

Ergebnisse

In den Interviews schilderten die Befragten ihre Auffassung von Pflegeberatung, das Verhältnis zwischen Nachfrage und Bedarf, den Zugang zur Zielgruppe, die persönlichen Voraussetzungen von Beratern und Beraterinnen, den vermuteten Nutzen durch die Pflegeberatung und die externen Umstände, welche die Pflegeberatung beeinflussen. *Tabelle 5* zeigt diese Oberkategorien mit den jeweiligen Unterkategorien.

Tabelle 5: Ergebnisse

Pflegeberatung	Grundverständnis	Niederschwellige Anlaufstelle Bedarfsorientierung vs. Abgrenzung Möglichkeiten aufzeigen
	Aufgaben und Themen	Information/ Beratung Koordination Bindeglied Entlastung Vermittlung von Hilfsmitteln/ Dienstleistungen/ Heimplätzen Unterstützung bei formalen Angelegenheiten Gesprächsbedarf befriedigen/ Zuhören
	Zielgruppe	Betroffene, Angehörige
	Beratungsgestaltung	Selbstbestimmung respektieren Langsame Annäherung – Vertrauensaufbau Angehörige miteinbeziehen Direktive Beratung
Nachfrage/ Bedarf	„Bedarfsüberblick in kleinem Ort“	
	Bedarf gegeben	
	Bedarf schwankt	
	Bedarf nicht abdeckbar	
	Trotz Bedarf keine Nachfrage	
	Gründe für mangelnde Nachfrage	Eigenschaften von Betroffenen Verdrängung Hilfe-nicht-annehmen-wollen Hemmungen/ Scham
	Pflegebedarf bei Kontaktaufnahme	
Zugang zur Zielgruppe	Betroffene kommen selbst	
	Vermittlung durch Dritte	Bürgermeister

		<p>Arzt/ Ärztin, Pfarre Nachbarn, Angehörige Hilfsdienst/ Essensfahrer/ MIA</p>
	Auf Betroffene zugehen	
Persönliche Voraussetzungen	Vorhandene/notwendige Voraussetzungen	<p>Einschlägige Erfahrungen Aus-, Fortbildungen (Hardskills) Neugierde Abgrenzung Soziale Kompetenz (Softskills) Durchhaltevermögen</p>
	Fehlende Voraussetzungen	<p>Richtige Kontaktaufnahme Medizinische Grundlagen</p>
Vermuteter Nutzen	Nutzen für Betroffene	<p>Ergänzung von fehlenden Hilfeleistungen Finanzielle Vorteile In gewohnter Umgebung bleiben können Ansprechperson Ständige Erreichbarkeit Sicherheit Selbstständigkeit erhalten Lebensqualität Organisatorisches wird übernommen</p>
	Nutzen für Angehörige	<p>Lebensqualität Erleichterung/ Unterstützung/ Psychosoziale Entlastung Verfügbarkeit von Hilfe Erhalt von Gesundheit</p>
	Nutzen für Öffentlichkeit	<p>Finanzielle Vorteile</p>
	Nutzen für Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen	<p>Geben und Nehmen Gefühl der Freude, Dankbarkeit</p>
Externe Umstände	Hemmende Umstände	<p>Mangelndes Verständnis von Kollegen/ Kolleginnen Mangelnde öffentliche Unterstützung Räumlichkeiten Mangelnde Heimplätze Mangelnde finanzielle Unterstützung Zeitmangel, Personalmangel</p>
	Fördernde Umstände	<p>Öffentlichkeitsarbeit Möglichkeiten der Psychohygiene Räumlichkeiten Gute Zusammenarbeit Möglichkeiten zu Fortbildungen Ehrenamtlich Tätige Ausreichend Zeit Finanzielle Unterstützung</p>
	Zusammenarbeit mit der Pflegeberatungsstelle Salzburg	

Pflegeberatung

Grundverständnis – Pflegeberatung

Pflegeberatung bedeutet für die Befragten das Aufzeigen von verschiedenen Möglichkeiten. Dies soll durch das Vermitteln von Informationen zu Pflegeanbietern, finanzieller Unterstützung, Haushaltshilfen, Hilfsmittel etc. geschehen. Der Großteil der Befragten sah dabei in der Pflegeberatung eine niederschwellige Anlaufstelle, weil das Erreichen aller beratungsbedürftigen Menschen nur auf diesem Weg möglich sei.

„Ja, für mich ist Pflegeberatung eine Anlaufstelle ... dass man den Menschen auch das Gefühl gibt, es ist keine Hürde da, wie z.B. Politik, sondern, dass sie einfach diese Schwellenangst nimmt und dass sie kommen und ihre Anliegen vorbringen“.

(EA8, Ehrenamtlicher, männlich)

„Dass der Betroffene, der Hilfe sucht, diese Hilfe ganz unbürokratisch am Anfang bekommt und dass man ihm einen Lösungsansatz aufzeigt .. so könnten Sie es machen oder so könnten Sie es machen.“

(EA8, Ehrenamtlicher, männlich)

Weiters verstehen die Befragten unter Pflegeberatung eine Ergänzung von fehlenden Hilfeleistungen, vor allem niederschwelligen Angeboten wie „Da-zu-Sein“ oder praktische Tätigkeiten, wie Einkaufsfahrten, Kirchenbesuche etc.

„Wir ersetzen keine professionellen Dienste, sondern versuchen diese Hilfeleistungen zu ergänzen, die nicht angeboten werden können. Z.B. Zeit haben, Zuhören, Tätigkeiten im niederschwelligen Bereich, Einkaufsfahrten, Fahrdienste zu privaten Erledigungen, Kirchen bzw. Friedhofsbesuche, Begleitung zu Arztbesuchen, Krankenhäuser und auch noch Zeit um ev. anschließend einen Kaffee zu trinken und über das Erlebte zu reden.“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Ein Teilnehmer wies darauf hin, dass unter Pflegeberatung eine Bedarfsorientierung zu verstehen sei, dass man sich jedoch auch abgrenzen müsse und keine direkte Pflege durchführe.

„Ich gehe zu einem älteren Mitbürger, zu älteren Menschen, dann meint er, "wäscht du mich, oder was tust du mit mir?" Man muss ihm einmal sagen, um was es geht.“

(EA5, Ehrenamtlicher, männlich)

Im Rahmen des Grundverständnisses wurden von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen folgende Aufgaben im Zusammenhang mit Pflegeberatung genannt:

Aufgaben und Themen in der Pflegeberatung

Von allen Befragten wurde „Information/Beratung“ als Aufgabe beschrieben. Wissen vermitteln, Beratung zukommen lassen, richtige Empfehlungen an den Mann/an die Frau bringen und dabei als Kommunikations- und Informationsdrehscheibe fungieren sind weitere. Außerdem sehen sie es als ihre Aufgabe, Aufklärungsarbeiten durchzuführen und alle Möglichkeiten hinsichtlich Finanzen, Institutionen oder Dienstleistern aufzuzeigen. Auch das Organisieren von richtigen Ansprechpartnern und Ansprechpartnerinnen oder Dienstleistungen gehört zu den Aufgabenbereichen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Das Beraten von Angehörigen, z.B. was „Angehörigen-Pflege“ bedeutet, wird von der gemeindenahen Pflegeberatung ebenfalls abgedeckt. Dies ist notwendig, damit sich Angehörige bewusst werden, ob sie sich diese Aufgabe zutrauen oder ob sie diese Aufgabe an professionelle Dienstleister abgeben sollen.

Pflegen Angehörige selber, geht es im Rahmen der Pflegeberatung um deren Entlastung.

„...denn die sind einfach bis zu einem gewissen Grad in einem Ausnahmezustand und können wirklich nicht mehr. Das hat dann viel mit Erschöpfung aufgrund dieser Pflegeaufgabe zu tun.“

(EA1, Ehrenamtlicher, männlich)

In Situationen bei denen jemand aus dem Spital entlassen wird und die Angehörigen nicht wissen, wie mit dem plötzlich pflegebedürftigen Angehörigen umgegangen werden soll, bzw. was zu beachten ist, steht auch die Pflegeberatung zur Seite.

„...meist stehen Pflegebedürftige im Mittelpunkt, die belastende Situation von Angehörigen wird oft nicht gesehen“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Die Hauptaufgaben der Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sind dabei die Koordination und Organisation von freiwilligen Helfern, vom Bürgerbus – der in Gemeinden für Senioren

und Seniorinnen angeboten wird – sowie von Pflegeleistungen. Dabei sehen sich die Befragten als Bindeglied zwischen Gemeinde, Institutionen wie Krankenhäuser, Seniorenheime, Ärzte und Ärztinnen oder Bürger und Bürgerinnen, kurz als:

„Dreh- und Angelpunkt für alle Angelegenheiten“

(EA4, Ehrenamtlicher, männlich).

Auch die Vermittlung von Hilfsmittel, Dienstleistungen oder Heimplätzen sehen die Zuständigen der gemeindenahen Pflegeberatung als ihr Aufgabenfeld. So können Bewohner und Bewohnerinnen unter anderem spezielle Lagerungshilfsmittel wie Matratzen bekommen, Leibstühle, diverse Therapiegeräte wie ein Motomed oder ein Laufband, Rollstühle, Pflegebetten, Rollatoren, Einlagen oder Rufuhren. Dienstleistungen, welche vermittelt werden, sind die 24-Stunden-Betreuung, „Essen auf Rädern“, die Hauskrankenpflege oder der ehrenamtliche Hilfsdienst. Es werden auch Heimplätze, Plätze zur Tagesbetreuung oder zur Kurzzeitpflege organisiert.

Unterstützt wird aber auch bei formalen Angelegenheiten: Finanzielle Möglichkeiten wie Förderungen, Begünstigungen, Behindertenpässe, Rezeptgebührenbefreiung, Pflegezuschuss, Pflegegeldanträge oder die Berechnung, welche Wahl für den individuell Betroffenen/ die individuell Betroffene finanziell am geeignetsten erscheint, werden aufgezeigt. Weiters werden Betroffene und ihre Angehörigen beim Ausfüllen von Anträgen, bei diversen Behördengängen, beim Beantragen einer Sachwalterschaft, bei Selbstversicherung, bei Hospizkarenz oder bei der genauen Produktbezeichnung für einen Verordnungsschein unterstützt.

Zwei Teilnehmerinnen haben erwähnt, dass für sie auch das Vermitteln von Pflege Techniken zum Aufgabenbereich der Pflegeberatung gehöre. Pflege Techniken sind hierbei richtige Handgriffe beim Lagern/Umsetzen oder das Wechseln von Inkontinenzversorgungen. Anzumerken ist, dass Personen einen pflegerischen Hintergrund haben. Ansonsten führt keiner der Befragten pflegerische Tätigkeiten am Betroffenen durch. Diese grenzen sich ganz klar von der medizinischen Pflege ab und sehen das Vermitteln und Organisieren als ihren Aufgabenbereich in der Pflegeberatung.

Weitere Themen der Pflegeberatung sind das Befriedigen des Gesprächsbedarfs und das Zuhören: Anliegen, Wünsche, Probleme oder Sorgen werden angehört und viele Menschen kommen zur gemeindenahen Pflegeberatung um zu Reden, bzw. „Ratschen“ und weil sie sich aussprechen wollen. Die Sozialbeauftragten und ehrenamtlich Tätigen wollen den

Betroffenen das Gefühl vermitteln, in den oft schwierigen Situationen nicht alleine gelassen zu werden und diese Zeit gemeinsam durchzustehen.

Zielgruppe

Als Zielgruppe wurden von den Befragten all jene Menschen gesehen, die von Pflege betroffen sind oder in Zukunft betroffen sein können. Nicht nur die Betroffenen selbst zählen zur Zielgruppe, sondern auch ihre Angehörigen und interessierte Personen.

Beratungsgestaltung

Die Beratungsgestaltung wird von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen unterschiedlich beschrieben: Es wird von manchen versucht die Selbstbestimmung der Betroffenen zu respektieren und eine langsame Annäherung, einen langsamen Vertrauensaufbau zu gewährleisten. Hierbei ist besonders wichtig, dass die Berater und Beraterinnen die Betroffenen zuerst reden lassen und dann Grenzen setzen, da die Menschen sonst nicht genügend offen sind.

„Menschen, die ich persönlich kenne, denen fällt es leichter mit mir Kontakt aufzunehmen. Wir tun dafür sehr viel. Wir schauen auf die soziale Gemeinschaft/ Integration, bevor die Menschen einen Pflegebedarf haben.“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Mehr als die Hälfte der Interviewten setzten bei ihrer Beratungsgestaltung auch darauf, die Angehörigen und Bezugspersonen von Betroffenen in den Beratungsprozess miteinzubeziehen, da

„...die nach außen hin beste Lösung zu einem Bumerang werden kann, wenn nicht alle Beteiligten damit einverstanden sind“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

und häufig bringen die Angehörigen durch das Gespräch selbst die besten Lösungsvorschläge.

Ein Beteiligter stellt die Notwendigkeit einer direktiven Beratung in den Vordergrund, wenn die Betroffenen z.B. hohe Ansprüche haben oder es um einen Seniorenheimplatz geht. Wird ein Platz frei, wollen diese ihn häufig nicht annehmen.

„...immer wieder ein paar Fälle, wo es wirklich notwendig ist, dass ich das persönlich erledige. Und dass ich da wirklich Tacheles rede. Selbst unter der Androhung, dass das jetzt dann erledigt

ist, wenn ich da aufstehe und weggehe, dann habt ihr keine Priorität mehr.“

(EA1, Ehrenamtlicher, männlich)

Großer Wert wird auch auf gute Erreichbarkeit gelegt:

„Die rufen uns an - wir sind per Handy eigentlich 24 Stunden erreichbar. Rund um die Uhr. Und auch Samstag, Sonntag, Feiertag, immer. Das gibt es auch, dass sie einmal Feiertags anrufen und sagen, es geht nicht mehr, aber es ist Feiertag, dann schauen wir auch hin. Was einfach Not tut, und dann setzt man sich einfach und redet einmal mit den Leuten.“ (EA6, Ehrenamtliche, weiblich)

Bei der Beratungsgestaltung wird somit ein Spannungsfeld deutlich – einerseits ist Selbstbestimmung wichtig, jedoch nicht immer zielführend. Andererseits muss Einsicht erzeugt werden: Ist die Einsicht für Pflegebedarf nicht vorhanden, muss entweder behutsam oder direktiv vorgegangen werden.

Nachfrage/ Bedarf

Bedarfsüberblick in einem kleinen Ort

Einige der Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben an, dass sie einen guten Überblick über den Bedarf im Ort, in welchem sie tätig sind, haben - da sie betroffene Personen im Ort regelmäßig treffen und da man sich untereinander kennt, wisse man wer wen pflegt.

„Man geht eigentlich auch selber mit offenen Augen durch den Ort.“

(EA6, Ehrenamtliche, weiblich)

Man wisse, wen man längere Zeit nicht im Ort angetroffen hat oder spricht Personen an, wenn ein Verdacht geschöpft wird, dass Hilfsbedarf bestehen könnte.

„Oft entsteht Kontakt durch zufällige Begegnungen im Dorf. Man trifft sich und da frag ich auch schon mal nach, wie es geht.“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Zum Bedarf im jeweiligen Ort hatten die Befragten unterschiedliche Meinungen:

Bedarf gegeben

Einige sagten, dass der Bedarf nach unterstützenden Dienstleistungen, wie zum Beispiel Essen auf Rädern, aufgrund der zahlreichen Nachfrage gegeben sei.

Bedarf schwankt

Einige relativierten den Bedarf nach gemeindenaher Pflegeberatung und sehen diesen eher als schwankend an: Manchmal kommen die Sozialbeauftragten mit 40 Stunden pro Woche kaum aus, zu einer anderen Zeit sind 28 Stunden schon zu viel. Vor allem der Sommer wird als ruhiger empfunden.

„Dann haben wir wieder Phasen, wo irrsinnig viele Leute sterben oder auch im Seniorenwohnheim...6 Leute auf einmal...dann haben wir natürlich schauen müssen, wie wir die Betten wieder voll kriegen.“
(SB1, Sozialbeauftragte, weiblich)

„Es sind immer so Stoßzeiten, unter Anführungszeichen wieder, wo dann wieder viel Bedarf da ist und dann wieder weniger.“
(SB2, Sozialbeauftragte, weiblich)

Bedarf nicht abdeckbar

Andere hingegen sagten sogar, dass der Bedarf nicht abdeckbar sei: Laut einer Befragten seien 20 Stunden für die Arbeit, die anstehen würde, nicht ausreichend. Es gebe so viele pflegende Angehörige, die an ihre Grenzen kommen, da ihnen aufgrund des fehlenden Personals nicht geholfen werden kann.

„Da brauchst du eine 200% Stelle, dass du wirklich alles auffängst. Weil ich hätte jetzt so viele Termine, ich habe eh am Tag 10 Termine immer ... ich habe fast jede 1,5 Stunden einen Termin und es wäre so viel zum Abklären, so viel zum Organisieren, so viel zum Machen ... das ist eigentlich ein Tropfen auf den heißen Stein.“
(SB4, Sozialbeauftragte, weiblich)

Trotz Bedarf keine Nachfrage

In manchen Fällen haben die Sozialbeauftragten und ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen den Verdacht, dass es bei manchen Betroffenen Pflegebedarf gebe, diese aber nicht um Hilfe fragen und den Bedarf überspielen.

„...diese geben in den meisten Fällen nicht freiwillig zu was sie nicht mehr können, sondern gaukeln eine heile Welt vor...“
(EA1, Ehrenamtlicher, männlich)

Es wird sogar von aggressiven Reaktionen auf Hilfsangebote berichtet:

„Was bildest du dir ein?! Wir wissen schon selber, was wir können, wir brauchen eure Hilfe nicht.“
(EA1, Ehrenamtlicher, männlich)

Gründe für mangelnde Nachfrage

Gründe für diese mangelnde Nachfrage von Betroffenen können z.B. die familiäre Struktur sein. Vor allem bei Immigranten fällt es Sozialbeauftragten schwer, den Kontakt herzustellen, da diese andere soziale Strukturen haben und es gewohnt sind, Probleme innerhalb der Familie zu lösen. Daher wollen sie keine Hilfe von außen annehmen. Auch kann es an generationsbedingten Gewohnheiten liegen, dass keine Nachfrage vorhanden ist.

„Die Generation, die jetzt hauptsächlich betroffen ist, die kennen das nicht anders, die wollen so lange es geht selber.“
(SB1, Sozialbeauftragte, weiblich)

Andere sehen den Grund, dass nicht nach Hilfe gefragt wird, im Charakter der einzelnen Personen verankert.

„Ein großes Problem ist auch der Stolz, wenn sie glauben, sie brauchen das nicht. Die Uneinsichtigkeit.“
(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Weitere Gründe, die für eine mangelnde Nachfrage erwähnt wurden, sind Hemmungen und Scham. Den Menschen sei ihr Pflegebedarf häufig peinlich und sie wollen aus diesem Grund keine fremde Hilfe in Anspruch nehmen. Daher sei es für die gemeindenahe Pflegeberatung besonders wichtig auf unterschwellige Hinweise und Andeutungen Betroffener zu achten, da die Problematik häufig nicht direkt angesprochen wird. Als schwieriges Thema wird in diesem Zusammenhang die Inkontinenz gesehen. Mit diesem Thema müssen die Berater und Beraterinnen äußerst sensibel umgehen, denn häufig sei dieses auch in der Familie noch ein Tabuthema, welches sich Ehepartner auch gegenseitig nicht anvertrauen wollen. Einige Betroffene empfinden so viel Scham über ihre Pflegebedürftigkeit, dass sie anonym bleiben wollen und lieber Hilfe über das Internet suchen, anstatt eine Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen.

Als krankheits- und altersbedingte Gründe wurden zum Beispiel die Demenz, Aggression oder Alkoholsucht genannt, welche ebenfalls zu einem Mangel an Nachfrage beitragen können.

„Herr S. hat eine schwere Demenz und ist aggressiv. Einst hatte ich die Aufgabe, mit Herrn S. ins Krankenhaus zu fahren und am Weg versuchte er immer wieder auszusteigen, aber ich habe das Auto zugesperrt. Im Krankenhaus angekommen, wollte er nicht auf die Neurologie ...“.

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Nicht zuletzt spielen auch finanzielle Gründe eine Rolle. So wollen manche das Geld nicht dafür aufwenden, wofür es gedacht wäre, wie es bei Pflegegeldern häufig der Fall sei. Dieses werde gern als zusätzliches Familieneinkommen genutzt oder den Kindern vererbt.

„In den Köpfen von den Leuten ist halt "Ich muss so viel wie möglich vererben". Das ist wirklich was ... auch mit den Pflegegeldern denk ich mir oft, die kriegen oft Pflegegelder und dann verteilen sie es an die Kinder.“

(SB2, Sozialbeauftragte, weiblich)

Schwierig sei die Situation auch mit sehr alten, gebrechlichen Personen, die alleine in einem Haushalt leben und diesen aufgrund der starken Bindung ans Haus nicht verlassen wollen – dies kommt sehr häufig vor, wenn es um den Umzug in ein Seniorenheim geht.

„Eine Dame, die lebt in einem alten Haus mit X Katzen zusammen und da war also auch schon der Amtsarzt und sie will nicht ins Altenheim wegen der Katzen und da können sie auch nichts machen.“

(EA4, Ehrenamtlicher, männlich)

Manche zeigen sogar ein widersprüchliches Verhalten: Sie wollen einerseits in einer sehr hohen Priorität geführt werden und üben ordentlichen Nachdruck aus, um einen Heimplatz zu bekommen. Wenn jedoch dann ein Platz frei ist, wollen sie diesen plötzlich nicht mehr annehmen.

„Wenn sie schlecht beinand sind und sie suchen dringend einen Platz fürs Seniorenheim und kaum geht ihnen wieder besser, ist das wieder kein Thema.“

(SBI, Sozialbeauftragte, weiblich)

An diese Personen komme man besonders schwer heran und sie verlangen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der gemeindenahen Pflegeberatung einen sehr sensiblen Umgang ab.

Pflegebedarf bei der Kontaktaufnahme

Aufgrund der Eigenschaften von Betroffenen, der Verdrängung der Hilfsbedürftigkeit, des Nicht-annehmen-Wollens von Hilfe und der Hemmungen, ist der Pflegebedarf der Betroffenen bei der Kontaktaufnahme mit der gemeindenahen Pflegeberatung meist bereits relativ hoch. Vier der Befragten sagten, dass die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen erst relativ spät kommen,

„wenn der Hut schon brennt“.

(SBI, Sozialbeauftragte, weiblich; EA6, Ehrenamtliche, weiblich)

„Also mindestens mit Pflegestufe 3, darunter kommen die Leute eigentlich selten.“

(SBI, Sozialbeauftragte, weiblich)

Doch es gibt auch Ausnahmen: Manche informieren sich präventiv, bevor Pflegebedarf besteht.

Zugang zur Zielgruppe

Es gibt laut den Befragten drei unterschiedliche Formen, um mit der Zielgruppe Kontakt aufzunehmen: Entweder die Betroffenen kommen selbst, es kommen Dritte, oder der Pflegeberater/die Pflegeberaterin geht auf die Betroffenen zu.

Betroffene kommen selbst

Eine Art der Kontaktaufnahme ist, dass die Betroffenen selber die gemeindenahe Pflegeberatung aufsuchen. In den meisten Fällen kommen die Betroffenen erst relativ spät, wenn der Pflegebedarf bereits groß ist.

„...die Leute selbst kommen, aber eher erst am letzten Abdruck.“

(EA1, Ehrenamtlicher, männlich)

Auch telefonisch nehmen Betroffene Kontakt auf. Wie bereits erwähnt, ist die gemeindenahe Pflegeberatung in einer Gemeinde sogar 24 Stunden über ein Handy erreichbar. Diese bekommen für diesen Dienst, der regelmäßig abgewechselt wird, eine Aufwandsentschädigung.

Vermittlung durch Dritte

Die zweite Art Kontakt aufzunehmen, ist die Vermittlung durch Dritte. Dritte können die Angehörigen, der Bürgermeister, der Arzt/ die Ärztin im Ort oder Nachbarn sein, die Verdacht schöpfen, dass Bekannte Unterstützung brauchen oder die etwas zu hören bekommen haben. Wie bereits erwähnt, fällt es den Betroffenen aufgrund von Scham, Verdrängung etc. schwer sich einzugestehen, dass sie fremde Hilfe benötigen – in diesen Fällen suchen meist die engeren Angehörigen, im Besonderen die Kinder, um Hilfe. Auch durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bekommt die gemeindenahe Pflegeberatung häufig Hinweise auf mögliche Pflegebedürftigkeit im Ort. Vor allem dort, wo es Berührungspunkte gibt, versucht man Hilfestellungen über den Hilfsdienst und über die MIA (Mit Angehörigen)-Begleiterinnen einzufädeln, um den Zugang zur Zielgruppe zu erleichtern. Auch die „Essensfahrer“, welche täglich zu den Leuten nach Hause kommen, haben einen guten Einblick, wie es bezüglich Pflegebedürftigkeit um diese Menschen steht. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen tauschen sich in regelmäßigen Abständen bei Treffen oder telefonisch mit den Zuständigen der gemeindenahen Pflegeberatung aus. Diese können mit den Informationen wiederum Hausbesuche bei den Betroffenen abstaten.

„Und diese Leute [Essensfahrer, ...] reflektieren auch, was sie erfahren haben im Laufe des Monats. Wo haben sie etwas erfahren, der Hilfe braucht. Eben solche Sachen zum Besuchsdienst usw., da sitzt man zusammen und ergänzt sich einfach.“

(EA2, Ehrenamtlicher, männlich)

Ein weiterer Inputbringer bezüglich Pflegebedürftigkeit ist die Pfarre, die bei Verdacht auf Pflegebedürftigkeit ebenfalls aufmerksam macht.

Auf Betroffene zugehen

Die dritte Möglichkeit, mit Betroffenen in Kontakt zu treten, ist es, auf sie persönlich zuzugehen. Teilweise werden diese angesprochen, wenn ein zufälliges Treffen beim Einkaufen stattfindet. Die gemeindenahen Pflegeberater und Pflegeberaterinnen statten den Betroffenen aber auch Hausbesuche ab, wenn sie wissen oder gehört haben, dass eine Person möglicherweise Unterstützung braucht. Wichtig sei bei dieser Form der Kontaktaufnahme, dass Vertrauen zwischen den Betroffenen und den beratenden Personen besteht - was in einem kleinen Ort häufig gut möglich sei.

„Wir sind zu denen hin und das gelingt, wenn die richtigen Leute hingehen, wo sie bisschen ein Vertrauen haben, die sie kennen und die sprechen sie an und dann wird sowas auch.“

(EA5, Ehrenamtlicher, männlich)

Persönliche Voraussetzungen

Vorhandene/Notwendige Voraussetzungen

Auf die Frage, welche Voraussetzungen die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen mitbringen sollen, wurden einschlägige Erfahrungen, wie die Pflege von eigenen Familienangehörigen, genannt. Diese Erfahrungen umfassen die Inkontinenzversorgung, Körperpflege und Lagerungen. In der Tätigkeit als Pflegeberater/Pflegeberaterin werden diese Erfahrungen an die Betroffenen des Öfteren weitergegeben.

Von den meisten Sozialbeauftragten und ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wurden kürzere Schulungen absolviert, z.B. über das Salzburger Bildungswerk eine Besuchsausbildung, Ausbildung zur MIA-Begleiterin, welche ein halbes Jahr lang dauert und auch Inhalte zum Thema „Gewaltfreie Kommunikation“ umfasst, eine Schulung zum Thema Pflegeberatung, Informationen zur Patientenverfügung, zum Testament und zur Sachwalterschaft. Vorträge über spezielle Krankheitsbilder wurden besucht, wie zum Beispiel über Demenz oder Depression.

Eine der Interviewten gab an, die Ausbildung zur Erwachsenenbildnerin im Fachbereich Senioren/Seniorinnen absolviert zu haben, außerdem eine Ausbildung zum sozialen Handeln. Zwei der Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben eine Pflegeausbildung bzw. eine Ausbildung zum Altenfachbetreuer/zur Altenfachbetreuerin gemacht.

Als notwendige persönliche Voraussetzungen für einen Pflegeberater/eine Pflegeberaterin wird Neugierde erwähnt oder mit offenen Augen und Ohren durch die Welt zu gehen:

„Neugierig sein auf alles Neue, was auf ihn zukommt.“

(SB3, Sozialbeauftragte, weiblich)

„Gehe mit offenen Augen und Ohren, konsumier das einmal, hör zu, schau es an, dann mach dir selber ein Bild, mach dir Notizen. Dann hast du das Gerüst einmal vor dir.“

(EA5, Ehrenamtlicher, männlich)

Notwendig sei es auch, sich gut über aktuelle Möglichkeiten und Angebote zu informieren und Netzwerke aufzubauen.

Die soziale Kompetenz und Empathie wird von allen Befragten ebenfalls als äußerst wichtige Voraussetzung gesehen.

„Es gehört viel Empathie dazu, sich in die Lage des Patienten hineinzusetzen. Ich persönlich kann das gut, versuche auf die Wünsche/ Bedürfnisse einzugehen. Ich werte nicht, jeder Mensch hat seine persönliche Lebensgeschichte, seine Beweggründe, die sein Handeln rechtfertigen.“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Die Interviewten betonten mehrmals, dass sie sehr viel nach Gefühl, Gespür und Hausverstand handeln. Dieses Gespür, wer z.B. Hilfe brauchen könnte oder was den Menschen fehlen könnte, entwickelt sich im Laufe der Tätigkeit. Auch eine gute Menschenkenntnis, um auf die Leute eingehen zu können und mit diesen umgehen zu können, wird im Zuge der sozialen Kompetenz erläutert.

„Ich habe relativ eine gute Menschenkenntnis und weiß gut, mit den Menschen umzugehen und das ist viel wichtiger. ...viel wichtiger.“

(SB1, Sozialbeauftragte, weiblich)

Auch sich Zeit zu nehmen für jeden einzelnen Betroffenen ist für die Pflegeberatung unabdingbar.

Weiters gehört Reflexionsfähigkeit zu den notwendigen Voraussetzungen, die zur Ausübung dieser Tätigkeit mitgebracht werden sollte. Das eigene Tun und Handeln wie auch das Handeln der Betroffenen, vor allem in Konfliktsituationen, gilt es zu reflektieren, um angemessen reagieren zu können.

Eine weitere notwendige Voraussetzung für die Arbeit als Pflegeberater/Pflegeberaterin ist das Durchhaltevermögen. Vier der Befragten betonten vor allem die guten Nerven, die man in diesem Job brauche. Dies vor allem aufgrund der fehlenden Planstellen in den Orten, nicht wegen den Betroffenen, die zu beraten sind – denn die Interviewten mussten sich ihren Tätigkeitsbereich größtenteils selbständig, und ohne große Unterstützung, aufbauen.

Personen, die in der gemeindenahen Pflegeberatung tätig sind, sollten sich auch von gewissen Themen und Fällen abgrenzen können – um nicht alles mit nach Hause zu nehmen. Es sei wichtig sich selbst Grenzen zu setzen, ansonsten bestehe die Gefahr, sich ausgenutzt zu fühlen – daher sei es besonders wichtig, auch das ehrenamtliche Team miteinzubinden und Aufgaben abzugeben. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen müssen sich auch Strategien zurecht legen, wie man am besten mit belastenden Situationen umgehe. Im Zuge kurzer Schulungen wurde dieses Thema bei den meisten Befragten bereits aufgegriffen und Beispiele zur Abgrenzung aufgezeigt.

Fehlende Voraussetzungen

Die Personen in der gemeindenahen Pflegeberatung haben zwar einige Ausbildungen/Fortbildungen/Vorträge absolviert und besucht, dennoch haben einige das Gefühl, in gewissen Bereichen noch unsicher zu sein und beschreiben folgende fehlende Voraussetzungen als fehlend: Unsicherheiten gebe es hinsichtlich richtiger Kontaktaufnahme mit Betroffenen, um nicht mit der Tür ins Haus zu fallen und dadurch den Vertrauensaufbau zu gefährden. Drei der Befragten sehen es für diesen Tätigkeitsbereich von Vorteil, eine Vorbildung im medizinischen/sozialen Bereich mitzubringen, um mit der medizinischen Terminologie besser zurecht zu kommen. Es wird jedoch keine Notwendigkeit einer diplomierten Pflegekraft für diesen Aufgabenbereich gesehen, da diese meist einen zu fachlichen Blick auf die Krankheitsbilder haben und zu wenig Rundumblick

mitbringen. Außerdem wäre eine diplomierte Pflegekraft für diese großteils administrativen Tätigkeiten, laut Angaben der Befragten, überqualifiziert.

Vermuteter Nutzen

Nutzen für Betroffene

Der größte Nutzen, den die Befragten für die Betroffenen sehen, ist die Tatsache, dass diese in den eigenen vier Wänden, wo sich die meisten am wohlsten fühlen, alt werden dürfen. Die Selbstständigkeit zu erhalten sowie an Lebensqualität zu gewinnen, gehöre auch zu den erwähnten Nutzen, die für die Betroffenen vermutet werden.

*„Der Nutzen ist einfach der, dass man nicht nur älter wird/werden darf und immer schwächer, sondern dass dieses älter Werden einen gewissen Qualitätsstandard hat.“
(EA5, Ehrenamtlicher, männlich)*

Auch finanzielle Vorteile, wie das Beantragen von Pflegegeld oder die Betreuung daheim, welche meist kostengünstiger ist als ein Platz im Pflegeheim, wurden erwähnt. Je nach Pension und Vermögen werde für einen Pflegeheimplatz unterschiedlich viel Selbstbehalt eingefordert bzw. sogar auf den Besitz zurückgegriffen, ergänzte eine Befragte.

Auch eine Wegersparnis wurde von den Befragten als Nutzen für die Betroffenen gesehen, denn die gemeindenahe Pflegeberatung bietet Hausbesuche an.

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sehen sich außerdem als Ansprechpersonen und als Auffangnetz nach schweren Schicksalsschlägen. Die meisten der Ansprechpersonen sind ständig erreichbar, wodurch ebenfalls ein großer Nutzen für Betroffene entstehe.

Die Sozialbeauftragten und ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gewähren den Betroffenen auch zusätzliche Sicherheit, indem sie für gefährdete Personen eine Rufuhr organisieren oder diesen Personen einen täglichen Besuch abstatten, um nach dem Rechten zu sehen.

Nutzen für pflegende Angehörige

Die Befragten glauben, dass die gemeindenahere Pflegeberatung - und vor allem das Team der Ehrenamtlichen - es ermöglichen, dass pflegende Angehörige auch an Lebensqualität gewinnen, da sie eine Entlastung in ihrer Tätigkeit erfahren. Häufig wird die Gruppe der Angehörigen übersehen, da meist nur die Betroffenen selbst aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit Aufmerksamkeit bekommen. Daher sei es besonders wichtig, dass auch diese Menschen, die für ihre Lieben so vieles leisten und opfern, in ihrer Arbeit wertgeschätzt werden. Meist stehen die pflegenden Angehörigen selbst mitten im Leben: Mit Beruf, Kindern und Haushalt nebenbei noch einen Angehörigen zu pflegen, sei keine leichte Aufgabe.

„Für die pflegenden Angehörigen bringt es eine enorme Erleichterung. Und damit wieder selber Lebensqualität und das ist genau das, worum’s uns geht.“

(EA1, Ehrenamtlicher, männlich)

Ein weiterer vermuteter Nutzen, der von den Befragten für die Angehörigen gesehen wird, sei die Verfügbarkeit von Hilfe: Wenn sie wissen, an wen sie sich bei Fragen wenden können - sei es bezüglich diverser Anträge, notwendiger Hilfsmittel oder arbeitserleichternden Dienstleistungen.

„Wenn der Angehörige Freitagnachmittag entlassen wird, ist bei der Krankenkasse keiner, dann ist es da schwierig an ein Bett zu kommen. Und bis sie dann die Hilfsmittel haben, ist es dann Mitte nächster Woche, wenn’s gut geht, und bei uns können sie dann schon direkt am gleichen Tag noch was bekommen.“

(EA4, Ehrenamtlicher, männlich)

Die Befragten sehen auch die psychosoziale Entlastung als Nutzen für die Angehörigen: Diese seien vor allem in schwierigen Situationen froh, jemanden zu haben, dem sie ihre Sorgen anvertrauen können, der ihnen Beistand leiste und Möglichkeiten aufzeige.

„In manchen Institutionen wird einfach nur gesagt, das ist notwendig. Fertig. Ohne zu schauen, was ist finanziell machbar, was kann in der Familie getragen werden. Die haben bzw. nehmen sich nicht die Zeit hinter die Kulissen zu schauen, die persönliche Situation zu hinterfragen.“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Auch der Erhalt der Gesundheit wurde von den Befragten in Zusammenhang mit dem Nutzen für Angehörige erwähnt – wenn die pflegenden Angehörigen früh genug in ihrer schweren Situation aufgefangen werden, können Begleiterkrankungen wie z.B. Burnout verhindert werden.

Nutzen für Öffentlichkeit

Die gemeindenahere Pflegeberatung bringe für die Öffentlichkeit vor allem eine Kostenreduktion, da die Menschen wieder vermehrt zu Hause alt werden können und somit kein, bzw. erst sehr spät ein kostenintensiver Platz im Pflegeheim notwendig werde. Es wird auch eine Entlastung für Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser erwähnt, da die Menschen früh genug aufgefangen werden und sich dadurch eventuell Erkrankungen vermeiden oder hinauszögern lassen.

Nutzen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Nicht nur die Betroffenen selbst oder ihre Angehörigen profitieren von der gemeindenaheren Pflegeberatung, sondern die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dieser Einrichtungen, laut deren Angaben, ebenso. Sie sehen in ihrer Arbeit ein „Geben und Nehmen“. So erleben sie ein Gefühl der Freude, wenn sie anderen helfen und diese glücklich machen können. Sie sehen ihre Tätigkeit nicht als verlorene Zeit, sondern sind dankbar, dass sie diese Aufgabe übernehmen dürfen sowie dankbar für ihre eigene Gesundheit, nachdem sie oft gleichaltrige, schwerkranke Personen begleitet haben.

„Ich sage, ich habe etwas Gutes getan. Aber nein, das ist, ich merke immer wieder, das ist keine Belastung für die Leute, eher sogar eine Freude, wenn sie diesen Dienst machen.“

(EA5, Ehrenamtlicher, männlich)

Externe Umstände

Hemmende Umstände

Als hemmender Umstand wird von einer Befragten das mangelnde Verständnis von Kollegen und Kolleginnen im Gemeindeamt genannt, z.B. wenn die Tätigkeit der Sozialbeauftragten ins Lächerliche gezogen und nicht ernst genommen werde.

"Was tust du denn?", "Du tust eh nix."

(SB1, Sozialbeauftragte, weiblich)

Ein weiterer hemmender Umstand sei die mangelnde öffentliche Unterstützung: Wenn kein Rückhalt von politischer Ebene gegeben sei. Auch wenn die Sozialbeauftragten weder in ihrem Tun unterstützt, noch ihrer Arbeit wertgeschätzt werden.

Alle Befragten haben als hemmenden Umstand außerdem die fehlende Planstelle eines/einer Sozialbeauftragten in den Gemeinden kritisiert. Vor allem das fehlende Bewusstsein bezüglich der Notwendigkeit einer Planstelle gebe den Befragten zu denken.

„Bei so vielen Einwohnern haben wir so einen riesen Anteil an über 70-Jährigen und das wird immer mehr, das steigert sich jetzt ganz massiv und dass da nicht einfach irgendwann mal eine Planstelle errichtet wird. Das würde wahrscheinlich in jede Gemeinde gehören.“

(SB2, Sozialbeauftragte, weiblich)

Die fehlenden Planstellen von Sozialbeauftragten werden mit „mangelnden finanziellen Möglichkeiten“ begründet. Eine finanzielle Unzufriedenheit haben auch die Sozialbeauftragten anmerken lassen.

„Mein Tätigkeitsfeld erstreckt sich über sämtliche bürokratische sowie organisatorische Aufgaben, Präventionsmaßnahmen, Projektentwicklungen und Begleitungen bis hin zur Mitarbeiterführung unserer Ehrenamtlichen. Und das zu einem sehr, sehr geringen Gehalt.“

(EA7, Ehrenamtliche, weiblich)

Die Sozialbeauftragten und ehrenamtlich Tätigen sehen einen weiteren hemmenden Umstand in der mangelnden Zeit. Viele der Interviewten äußerten, den Großteil der sozialen Belange in der Freizeit erledigen zu müssen oder deswegen Überstunden zu machen. Dies sei meist aufgrund der Doppelbelastung, durch das Fehlen einer eigenen Planstelle für soziale Angelegenheiten.

„Der Zeitdruck ist bei uns einfach enorm. Ich habe einfach durch diese Doppelstelle, was ich habe ... Bauamt und Sozialbeauftragung. Wir haben – ihr werdet es gesehen haben – unser Ort wächst stetig. Ich habe oft Wochen dabei, wo ich keine Sekunde dazu komme, dass ich etwas Soziales mache.“

(SB3, Sozialbeauftragte, weiblich)

Zeitlich schwierig seien auch Situationen, in denen schnell Lösungen gefunden werden müssen, wenn zum Beispiel ein Betroffener aus dem Krankenhaus entlassen wird, aber zu Hause keine Betreuung möglich sei.

Neben diesem Zeitmangel und der Doppelbelastung wurde auch ein Personalmangel erwähnt. Ein Teilnehmer hat den Wunsch nach mehr ehrenamtlichen und nebenberuflichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im Team geäußert, vor allem im Bereich der Haushaltshilfen. Und generell könne man in diesem Tätigkeitsbereich nie genügend Leute haben, um den gesamten Bedarf abdecken zu können.

Auch an den Räumlichkeiten könne eine angemessene Beratung und Versorgung häufig scheitern: Die Räumlichkeiten einer Sozialbeauftragten befanden sich zum Beispiel bis vor kurzem im ersten Stock der Gemeinde – dieses Büro wurde nicht so häufig aufgesucht, wie es nun nach einem Umzug ins Erdgeschoss aufgesucht werde. Häufig werde diesen sozialen Tätigkeiten kein eigener Raum zugestanden – oft müssen soziale Angelegenheiten, wenn Zeit bleibe, neben dem Melde- oder Bauamt miterledigt werden.

Mangelnde Heimplätze stellen ebenfalls hemmende Faktoren in der Pflegeberatung dar: Selten gebe es freie Kapazitäten in Pflegeheimen, da ein freies Bett in Reserve zu viel kosten würde. Die Pflegeheime müssen aus finanziellen Gründen dafür sorgen, dass alle Betten stets belegt sind – im Umkehrschluss sei das für die Bewohner und Bewohnerinnen eines Orts problematisch, da sie bei akutem Bedarf keine Möglichkeit haben, ein Bett im Pflegeheim zu bekommen. Problematisch werde es vor allem dann, wenn ein Betroffener/eine Betroffene aus dem Krankenhaus entlassen wird, er/sie jedoch aufgrund des Gesundheitszustandes nicht mehr in die eigenen vier Wände zurück kann. Oft sei keine 24-Stunden-Betreuung möglich, weil dafür ein eigenes Zimmer für die Betreuungsperson in der Wohnung der Betroffenen fehlt. Hier liege die Herausforderung an den Sozialbeauftragten und ehrenamtlich Tätigen, um entweder in den umliegenden Gemeinden ein freies Bett organisieren zu können oder eine andere Lösung zur Betreuung des Betroffenen zu finden.

Fördernde Umstände

Bei den für die Pflegeberatung fördernden Umständen wurde die Öffentlichkeitsarbeit erwähnt. Es werde über die Aktivitäten in den meisten Orten immer wieder in der Gemeindezeitung geschrieben, auch in den Bezirkszeitungen und Landeszeitungen gibt es häufig Beiträge zu diesem Thema, wodurch die gemeindenahe Pflegeberatung publik werde.

Auch ein Folder liege in den meisten Gemeinden auf, welcher die Angebote und Möglichkeiten einer gemeindenahen Pflegeberatung aufzeige. Durch Mundpropaganda verbreiten sich die Angebote der gemeindenahen Pflegeberatung ebenfalls, vor allem in den kleinen Orten.

Als wichtigen Umstand empfinden die Befragten auch den barrierefreien Zugang zu den Räumlichkeiten der Sozialbeauftragten. Ein Büro neben Räumlichkeiten der Gemeinde, die häufig aufgesucht werden, fördere einen spontanen Besuch bei Sozialbeauftragten, auch ohne Terminabsprache. Förderlich seien auch gelegentlich nutzbare Räumlichkeiten, in denen Vorträge oder Veranstaltungen zum Thema Pflegeberatung abgehalten werden können.

Ein weiterer fördernder Aspekt für die gemeindenahen Pflegeberatung sei die finanzielle Unterstützung. Das Land übernehme mit Förderungen oft den Druck von Broschüren, Postwürfen, etc. Auch kleine Förderungen für soziale Angelegenheiten seien immer wieder möglich, wodurch Vorhaben umgesetzt werden können, die ansonsten wohl scheitern würden. Finanzielle Unterstützung komme auch von der Bevölkerung selbst, durch Spenden oder Mitgliedsbeiträge, die gesammelt werden, um die Vereine zu erhalten. Mit diesem Geld werden oft Hilfsmittel angeschafft, die an bedürftige Mitbürger und Mitbürgerinnen umsonst, oder zu einem kleinen Betrag, verliehen werden.

Die Möglichkeiten der Psychohygiene und des Austauschs fördern auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und in weiterer Folge die Qualität der Pflegeberatung. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben die Möglichkeit, schwierige Fälle und Grenzsituationen mit den Kollegen und Kolleginnen beim Stammtisch oder mit dem/der Vorgesetzten zu besprechen und dadurch zu verarbeiten. Auch die Sozialbeauftragten aus den verschiedenen Orten treffen sich alle paar Monate zum Erfahrungsaustausch.

„Wir haben einmal im Monat einen Stammtisch vom Hilfsdienst aus, wo alle hinkommen können, ganz egal wer, es können da die Angehörigen hinkommen, die zu Pflegenden hinkommen, es kommen die Essensfahrer hin und da ist halt mehr oder weniger so ein Gedankenaustausch, es kann halt jeder sagen, was ihn belastet, was ihn berührt, was ihn bedrückt.“

(SB1, Sozialbeauftragte, weiblich)

Förderlich für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sei auch die Möglichkeit, stets an Fortbildungen oder Ausbildungen, die für ihren Tätigkeitsbereich gewinnbringend seien, teilzunehmen und darin Unterstützung und Rückhalt von der Gemeinde zu erfahren.

Weiters wurde der Wunsch nach einer Fortbildung in Validation und Demenz erwähnt, sowie das Thema Gesprächstherapie. Formale Angelegenheiten, wie Pflegegeld, Patientenverfügung, Testament, Sachwalterschaften und die vielen Anträge werden zwar in der Ausbildung kurz angeschnitten, jedoch sei dies den meisten Befragten zu wenig, um eine kompetente Beratung zu diesen Themen anbieten zu können.

Eine gute Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen und Personen seien auch sehr förderlich für eine gut funktionierende Pflegeberatung. Diese Einrichtungen seien zum Beispiel die FH-Salzburg, welche Projekte zum Thema Pflege ausarbeitet und den Angehörigen und Betroffenen vorstellt. Es werden auch praktische Übungseinheiten angeboten, in denen Angehörige alltägliche Handlungen wie das Wechseln von Inkontinenzeinlagen, Lagerungen oder die richtige Vorgehensweise bei der Händedesinfektion vorgezeigt bekommen und selbst üben können. Eine gute Zusammenarbeit werde auch mit den umliegenden Krankenhäusern betrieben, sowie mit dem Bildungswerk, der Pfarre, der Gemeinde, dem Hilfswerk, Caritas, dem Roten Kreuz und den Seniorenheimen. Vereine wie der Hilfsdienst, MIA-Begleiterinnen etc. sind ebenfalls in den Gemeinden nicht wegzudenken, wie auch die Haushaltshilfen sowie die Ärzte und Ärztinnen.

Zusammenarbeit mit der Pflegeberatungsstelle

In den Interviews hat sich herauskristallisiert, wie die Zusammenarbeit der Pflegeberater und Pflegeberaterinnen aus den einzelnen Gemeinden mit der Pflegeberatungsstelle Salzburg aussehe. Ein Teilnehmer merkte dazu an, dass diese Pflegeberatungsstelle keine ausreichende und zufriedenstellende Hilfe für die ländlichen Gemeinden biete:

„Aber ich habe die Erfahrung gemacht, dass das [die Pflegeberatungsstelle] eben nicht reicht. Ich habe das Land ein paarmal eingeschaltet für diese Pflegeberatung und am Schluss muss dann doch dieser Mensch vor Ort die Hauptaufgabe machen. Die Pflegeberatung hinkt einfach.“

(EA8, Ehrenamtlicher, männlich)

Der Grund hierfür sei, dass die Beratungspersonen vor Ort sich untereinander kennen, großteils ehrenamtlich tätig sind und über die Gegebenheiten und Möglichkeiten im Ort Bescheid wissen. Mit diesem Informationsvorsprung können natürlich Angestellte, die ihr Büro in Salzburg haben, nicht mithalten und aufgrund der fixen Bürozeiten nicht so flexibel agieren, wie die Berater und Beraterinnen direkt vor Ort.

Es gebe noch andere Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme: Die wenigsten wissen von deren Existenz und viele können sie nicht erreichen, weil es aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei oder weil der Weg dorthin mit öffentlichen Verkehrsmitteln unzumutbar wäre. Außerdem wurde als weiterer Grund die Hemmschwelle genannt – vielen fällt es, wie bereits erwähnt, schwer sich die Pflegebedürftigkeit einzugestehen – daher sei bei diesen Personen die aufsuchende Pflegeberatung besonders wichtig. Nur eine der gemeindenahen Pflegeberater bzw. Pflegeberaterinnen hat geäußert, mit der Pflegeberatungsstelle Salzburg in Kontakt zu stehen und bei offenen Fragen auch anzurufen.

Zusammenfassung – Ergebnisse

In *Abbildung 2* werden die erläuterten Ergebnisse der Befragung graphisch dargestellt und ihre Zusammenhänge untereinander aufgezeigt:

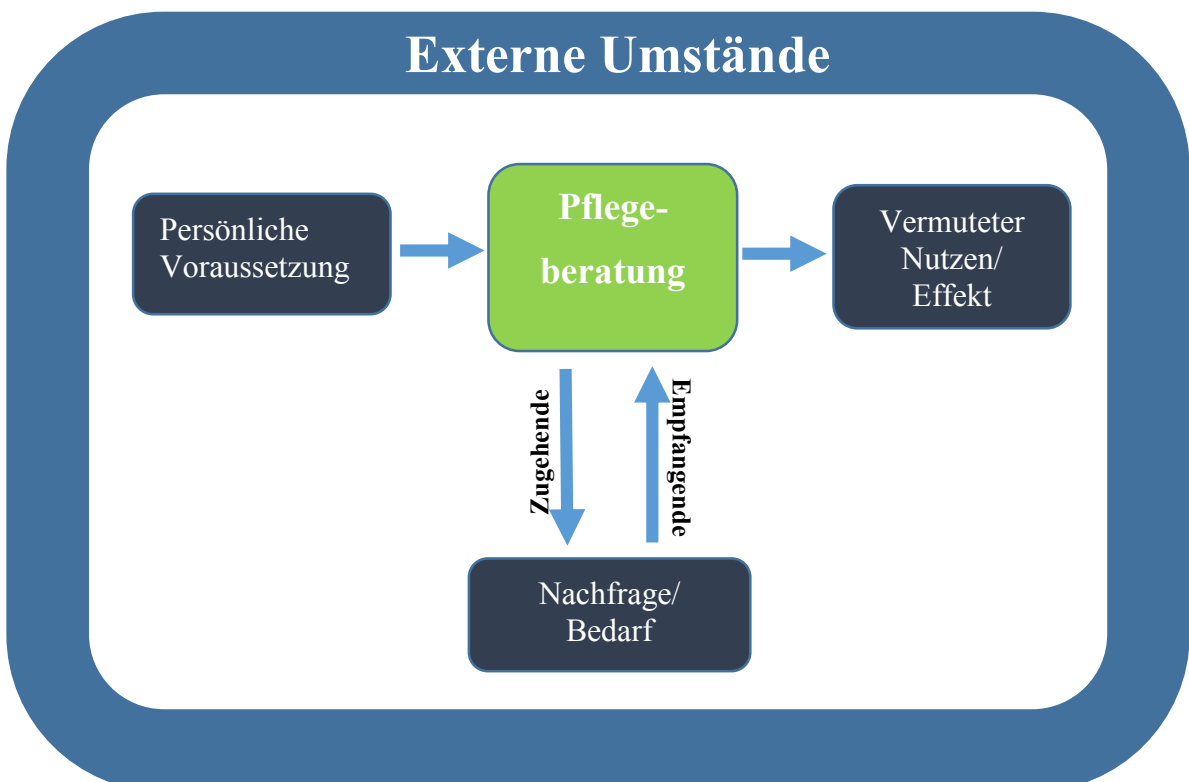


Abbildung 2: Ergebnisse der Befragung

Das Zentrum und den ersten Punkt stellt die **Pflegeberatung** dar. Als Grundverständnis für die Pflegeberatung wurde von den Befragten vor allem die Notwendigkeit einer niederschweligen Anlaufstelle betont. Als Aufgaben der Pflegeberatung werden die Information, Beratung, Entlastung, Befriedigung des Gesprächsbedarfs, Vermittlung von Hilfsmitteln und Dienstleistungen sowie die Unterstützung bei formalen Angelegenheiten gesehen. Als Zielgruppe wird „Betroffene und deren soziales Netzwerk“ beschrieben und auf die Wichtigkeit der, auf die individuelle Situation abgestimmte, Beratungsgestaltung verwiesen.

Die **Nachfrage und der Bedarf** wird als unausgeglichen empfunden: Es wird aufgrund von diversen Eigenschaften der Betroffenen (Verdrängung, Nicht-Annehmen-Wollen von Hilfe oder Hemmungen und Scham) mehr Bedarf an Pflegeberatung gesehen, als an tatsächlicher Nachfrage vermerkt werden kann.

Zugang zur Zielgruppe: Hierbei ergeben sich zwei unterschiedliche Arten – die zugehende Beratung, wenn die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen auf Betroffene zugehen und die empfangende Beratung, wenn Betroffene selbst kommen bzw. Hilfeleistungen durch Dritte vermittelt werden.

Um Pflegeberatung durchführen zu können und um den richtigen Zugang zur Zielgruppe und Beratungsgestaltung zu wählen, sind gewisse **Persönliche Voraussetzungen** bei den Beratern und Beraterinnen notwendig: Aus-, und Fortbildungen, soziale Kompetenz, Neugierde, Abgrenzung und Durchhaltevermögen sind einige dieser Voraussetzungen.

Durch diese Pflegeberatung wird ein **Nutzen** für die Betroffenen, die Angehörigen, die Öffentlichkeit und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vermutet. Diese sind zum Beispiel die Ergänzung von fehlenden Hilfeleistungen, finanzielle Vorteile, Sicherheit, Lebensqualität, längerer Verbleib in den eigenen vier Wänden, Entlastung, Gefühle der Freude und Dankbarkeit uvm.

Um eine erfolgreiche Pflegeberatung durchführen zu können und diesen erwähnten Nutzen erreichen zu können, muss die gesamte Beratungssituation in gewisse **externe Umstände** eingebettet sein: Notwendig sind geeignete Räumlichkeiten, ausreichend Zeit und Personal um den Bedarf abdecken zu können sowie eine gute Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Personen.

Diskussion

In diesem Abschnitt wird die Methode mit den Limitationen der Studie dargestellt sowie die Ergebnisse der Befragung mit den Ergebnissen der Literaturrecherche, die zu Beginn dieser Arbeit dargestellt sind, diskutiert.

Methode

Eine Einschränkung dieser Forschungsarbeit ist, dass die Stichprobe relativ klein war und die Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus demselben regionalen Raum stammten und sich kannten. Diese Limitation war jedoch hinzunehmen, da es nur dieses eine Modellprojekt gibt und aktuell dies der einzige Erfahrungsstand ist.

Ein Qualitätskriterium, bei der Durchführung qualitativer Studien, ist der Member-Check. Den Teilnehmern und Teilnehmerinnen werden dabei die transkribierten Ergebnisse vorgelegt, um Missverständnisse aufdecken zu können. Dies war den Studentinnen aufgrund des Zeitmangels nicht möglich. Auch wurden keine Feldnotizen während der Interviews gemacht oder bei Bedarf ein weiteres Interview mit den Teilnehmern und Teilnehmerinnen durchgeführt, welche zur Qualitätssteigerung beitragen würden. Durch ein externes Audit konnte jedoch ein Mangel an Erfahrung bei der Durchführung derartiger Forschungsarbeiten ausgeglichen werden.

Bei der inhaltlichen Diskussion werden die Ergebnisse der selbst durchgeführten Erhebung den Ergebnissen der Literaturrecherche gegenübergestellt.

Pflegeberatung

Grundverständnis

Bei der durchgeführten Erhebung wird die Pflegeberatung als niederschwellige Anlaufstelle gesehen, sie beinhaltet das Aufzeigen diverser pflegebezogener Möglichkeiten und die

Erhebung des Pflegebedarfs. Es wird aber auch ganz deutlich erwähnt, dass sich die Pflegeberatung von direkter Pflege abgrenzt.

Parallelen dazu werden in der Studie von Schneekloth und Wahl (2005, S. 79) in Zusammenhang mit dem Verständnis von Pflegeberatung gesehen, die ebenfalls die Relevanz einer niederschweligen Anlaufstelle, um für alle Menschen erreichbar zu sein, betonen. Auch das Vermitteln von Informationen kommt sowohl in der beschriebenen Literatur, als auch in der durchgeführten Studie zur Sprache.

Aufgaben und Themen in der Pflegeberatung

Die Befragten beschrieben als Aufgaben und Themen der Pflegeberatung die Information und Organisation über/von Hilfsmitteln, Dienstleistungen, Unterstützung bei formalen Angelegenheiten, die Entlastung von Angehörigen sowie das Zuhören.

In der Literatur sowie in der Pflegeberatungsstelle Salzburg werden, bis auf das Zuhören, dieselben Themen als Aufgaben der Pflegeberatung gesehen (vgl. MDK Bayern & FH Deggendorf 2012, S.61ff; Vgl. Pflegeberatungsstelle Salzburg 2015; Vgl. Nickel et al. 2011, S.110ff).

Nur die gemeindenahe Pflegeberatung sieht sich dafür zuständig, den Betroffenen ein offenes Ohr zu bieten und ihre Anliegen, Sorgen, Wünsche oder Probleme anzuhören. Sie wollen den Betroffenen und ihren Angehörigen das Gefühl vermitteln, in schwierigen Situationen nicht allein gelassen zu werden, wodurch sich diese Stelle besonders auszeichnet.

Zielgruppe

Als Zielgruppe für die Pflegeberatung wurden in der Literatur, in der Pflegeberatungsstelle und in dieser Erhebung jeweils alle Menschen die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind oder künftig betroffen sein könnten sowie deren Angehörigen/Bezugspersonen gesehen (vgl. Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.16; Vgl. Pflegeberatungsstelle Salzburg 2015).

Beratungsgestaltung

Bei der Beratungsgestaltung wird durch die durchgeführten Interviews deutlich, dass diese an die individuelle Situation angepasst werden müssen: Je nach Situation und Temperament des Beraters/der Beraterin wird bei der Beratung die Selbstbestimmung des Betroffenen

respektiert, findet ein langsamer Vertrauensaufbau statt, werden die Angehörigen miteinbezogen oder muss eine direktive Beratung eingesetzt werden.

Parallelen hierzu können auch bei diesem Punkt in der Literatur gefunden werden: Der humanistisch-personenzentrierte Ansatz wird bei der Beratung gerne eingesetzt, da die Selbstbestimmung der Betroffenen erhalten bleibt und ein langsamer Vertrauensaufbau stattfindet. Im Mittelpunkt steht das subjektive Erleben des/der zu Beratenden, was durch Reden-lassen und das aktive Zuhören - wie es Rogers benannte - in Erfahrung gebracht werden kann. Weiters wird bei der gemeindenahen Pflegeberatung großer Wert auf den systemisch-konstruktivistischen Beratungsansatz gelegt, der das Problem nicht isoliert betrachtet, sondern im Gefüge der ganzen Familie und der Bezugspersonen. Daher werden in den Beratungsprozess meist die pflegenden Angehörigen miteinbezogen. Dies ist auch notwendig, da eine Pflegeberatung zum Scheitern verurteilt ist, wenn nicht alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Auch der lösungs- und ressourcenorientierte Ansatz ist in der gemeindenahen Pflegeberatung erkennbar: Es werden Ressourcen bei den Betroffenen aufgezeigt und versucht Lösungen für vorhandene Probleme zu finden. Der vermittlungsorientierte Ansatz spiegelt sich im Vermitteln von möglichen Dienstleistungen wider und der handlungsorientierte Ansatz kommt bei der gemeinsamen Zielvereinbarung zum Einsatz.

Die direktive Beratung wird in der Pflegeberatung nicht empfohlen, wobei fraglich ist, ob diese im pflegerischen Kontext überhaupt sinnvoll ist. Eher wird die Selbstbestimmung der Beratungsgestaltung groß geschrieben, die auch zielführend sei. Dennoch wurde die direktive Beratung bei den durchgeführten Interviews erwähnt, um Einsicht des Pflegebedarfs bei Betroffenen zu erzeugen. Dies lässt sich möglicherweise auf mangelnde Schulung/Ausbildung oder auf das Temperament einzelner Berater/Beraterinnen in der gemeindenahen Pflegeberatung zurückführen.

Nachfrage/Bedarf

Ein großer Vorteil hinsichtlich Nachfrage/Bedarf hat sich bei der gemeindenahen Pflegeberatung im Gegensatz zu den Pflegestützpunkten oder der Pflegeberatungsstelle Salzburg herauskristallisiert: Da der Berater/die Beraterin direkt vor Ort angesiedelt ist und meist aus dem selben Ort kommt, hat diese/r einen guten Überblick über das Geschehen und ein gutes Netzwerk, um sich ein Bild von den Bewohnern und Bewohnerinnen machen zu können. Falls ein Bedarf vermutet wird, haben diese Berater und Beraterinnen die

Möglichkeit den Betroffenen direkt einen Besuch abzustatten. Auch von Vorteil sind Nachbarn und Angehörige, welche sich um ihre Mitmenschen sorgen – wie es in kleineren Orten noch häufig der Fall ist - und einen Verdacht der Pflegebedürftigkeit bei der Zuständigen der gemeindenahen Pflegeberatung deponieren.

Bei der Pflegeberatungsstelle Salzburg oder den Pflegestützpunkten müssen sich Betroffene selber melden müssen und ein Hausbesuch wird nur in Fällen der Immobilität oder wenn ausdrücklich erwünscht/gestattet (vgl. Pflegeberatungsstelle Salzburg 2015). Dies ist dann problematisch, wenn Betroffene sich ihre Pflegebedürftigkeit nicht eingestehen wollen oder diese verdrängen, wie es häufig der Fall ist und auch in der beschriebenen Literatur erwähnt wird. Hemmungen/Scham, das „Nicht-Annehmen-Wollen“ von Hilfe, kommt ebenfalls in der Literatur zur Sprache. Auch Charaktereigenschaften von Betroffenen sind weitere Gründe für eine mangelnde Nachfrage in der gemeindenahen Pflegeberatung. (Vgl. Koch-Straube 2008, S.185; Vgl. Allwicher 2009, S.85)

Die gemeindenahe Pflegeberatung legt ein besonderes Augenmerk auf derartige Personen. Im Besonderen bei den zugehenden Beratungsgesprächen wird auf unterschwellige Hinweise durch Körpersprache, Wohnumfeld etc. geachtet, da häufig die Problematik nicht direkt angesprochen wird. Dies wäre zum Beispiel bei einer Beratung per Telefon oder durch ein Treffen in der Pflegeberatungsstelle nicht so einfach möglich. Außerdem fällt es den Personen mit Hemmungen oder Schamgefühl leichter in der gewohnten Umgebung ihre Probleme zum Ausdruck zu bringen, als in einer fremden Umgebung oder in der Öffentlichkeit. Hier könnte eine Schulung für die Berater und Beraterinnen der gemeindenahen Pflegeberatung in humanistisch-personenzentrierter Beratung, mit dem Fokus auf aktives Zuhören und einen langsamen Vertrauensaufbau nach Rogers, hilfreich sein.

Als weiterer Grund für die mangelnde Nachfrage nach Pflegeberatung wird in der Literatur und in der Befragung die familiäre Struktur erwähnt – vor allem an Immigranten ist es schwierig als Außenstehender/Außenstehende heranzukommen (vgl. Allwicher 2009, S.46f). Besonders bei diesen Personen sind ein sensibler Umgang durch die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie ein langsamer Vertrauensaufbau, der durch die gemeindenahe Pflegeberatung gegeben ist, notwendig.

In der Literatur wurden noch weitere Gründe, wie „eine negative Einstellung zu den Angeboten der Pflegeberatung“, „schlechte Erreichbarkeit“ oder „komplizierte Bürokratie“

erwähnt, welche von den Befragten der gemeindenahen Pflegeberatungsstelle nicht als Gründe für mangelnde Nachfrage gesehen wurden (vgl. Allwicher 2009, S.85). Fehlende Informationen, Unüberschaubarkeit der Vielzahl an Unterstützungsangeboten, mangelhafte Vernetzung, fehlende zugehende niederschwellige Angebote sind weitere in der Literatur angeführte Gründe, wobei keiner davon von der gemeindenahen Pflegeberatung bestätigt werden konnte. Ein Mangel an zugehenden Angeboten wurde ebenfalls von Schulz (2009, S.46) erwähnt, der aufgrund der guten lokalen Vernetzung im Ort auf die gemeindenahen Pflegeberatung nicht zutrifft.

Zugang zur Zielgruppe

Wie durch die Interviews deutlich wurde, gibt es verschiedene Möglichkeiten mit der Zielgruppe Kontakt aufzunehmen: Entweder findet eine zugehende Beratung statt und der Berater/die Beraterin geht auf den Betroffenen zu, oder eine empfangende Beratung, bei der die Betroffenen oder Dritte sich an die gemeindenahe Pflegeberatung wenden. Auch in der Literatur werden diese zwei Arten der Kontaktaufnahme angeführt.

Ein Nachteil bei der Pflegeberatungsstelle Salzburg, im Vergleich zur gemeindenahen Pflegeberatung, ist jedoch die Tatsache, dass eine Beratung (zugehend oder empfangend) nur auf Wunsch und Nachfrage des Betroffenen stattfindet. Wie vorhin erwähnt, ist jedoch die Verdrängung oder das Nicht-Wahrhaben-Wollen von Pflegebedarf ein häufiges Problem bei den Betroffenen. Genau diesen Personen können sich die Berater und Beraterinnen der gemeindenahen Pflegeberatung aufgrund ihrer niederschweligen Anlaufstelle annehmen: Auch bei selbst geschöpftem Verdacht oder Hinweis von Dritten kann diesen Personen ein Hausbesuch gestattet werden. Somit sind diese Hausbesuche mit den in der Einleitung erläuterten „Präventiven Hausbesuchen“, wie sie bereits in Dänemark und Australien erfolgreich eingesetzt werden, vergleichbar und helfen nicht nur Kosten und Ressourcen zu sparen, sondern die Betroffenen bereits bei ersten Anzeichen des Pflegebedarfs aufzufangen (vgl. Huss et al. 2008, S.298f).

Wo es Berührungsängste gibt, versucht man bei der gemeindenahen Pflegeberatung mit Hilfe des Hilfsdienstes, den Essensfahrern oder MIA-Begleiterinnen einen Kontakt mit den Betroffenen herzustellen und somit den Zugang zur Zielgruppe zu erleichtern.

Persönliche Voraussetzungen

Bei den Interviews wurden von den Betroffenen als notwendige persönliche Voraussetzungen, um Pflegeberatung durchführen zu können, diverse Schulungen und Fortbildungen zu Beratungsthemen gesehen, Neugierde, die Fähigkeit sich abzugrenzen, Durchhaltevermögen und soziale Kompetenzen.

Auch in der Literatur wird von notwendigen Kompetenzen gesprochen, welche die Meinungen der Befragten teilweise bestätigen: Fachkompetenz, Methodenkompetenz, Sozialkompetenz und Personalkompetenz (vgl. Hummel-Gaatz & Doll 2007, S.50f). Die einzige Kompetenz, die bei der gemeindenahen Pflegeberatung eher unbewusst eingesetzt wird ist die Methodenkompetenz: Die Beratung wird nicht nach einem bestimmten Ansatz gestaltet, sondern eher nach Gefühl und Gespür. Hierzu wären Schulungen überlegenswert, da der Einsatz richtiger Beratungsmethoden sehr zielführend ist und eine direktive Beratung vermieden werden könnte.

Vermuteter Nutzen

In der vorliegenden Erhebung wurden Nutzen für Betroffene, für Angehörige, für die Öffentlichkeit, für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen identifiziert: Für Betroffene werden vor allem der längere Verbleib in den eigenen vier Wänden und die Ergänzung von fehlenden Hilfeleistungen als größte Nutzen gesehen. Finanzielle Vorteile, Sicherheit, Erhalt der Lebensqualität, die Übernahme von Organisatorischem etc. werden auch als Nutzen beschrieben. Für Angehörige werden ebenfalls die Verbesserung der Lebensqualität und eine Entlastung als Nutzen durch die gemeindenahen Pflegeberatung gesehen. Für die Öffentlichkeit ist besonders der finanzielle Vorteil erwähnenswert. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen profitieren durch die gemeindenahen Pflegeberatung, da sie ein Gefühl der Freude und Dankbarkeit verspüren.

Gemeinsamkeiten zwischen dieser Erhebung und der Literatur, hinsichtlich des vermuteten Nutzens, sind der Erhalt der Lebensqualität, dass Betroffene länger in den eigenen vier Wänden bleiben können und die dadurch entstehenden finanziellen Vorteile (vgl. Schulz 2009, S.37ff). Die Unterstützung und Entlastung von Angehörigen werden von Büscher und Dorin (2014, S.62f) ebenfalls als Nutzen gesehen.

Ein Vorteil im Vergleich zu Pflegeberatungsstellen und Pflegestützpunkten ist die ständige Erreichbarkeit mancher gemeindenaher Pflegeberater und Pflegeberaterinnen, welche auch

an Wochenenden, Feiertagen und abends erreichbar sind, sowie die Sicherheit, die der Bevölkerung im Ort geboten wird: Bei gefährdeten Personen werden Rufuhren organisiert und ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen statten betroffenen Personen tägliche Besuche ab, sei es durch das Zustellen von Essen auf Rädern oder einfach um nach dem Rechten zu sehen.

Externe Umstände

Da sich die gemeindenahere Pflegeberatung erst entwickelt, haben es deren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen relativ schwer sich zu etablieren. Problematisch ist auch die nach wie vor fehlende Planstelle für diesen Tätigkeitsbereich. Häufig müssen neben den sozialen Tätigkeiten auch das Bauamt, oder andere Ämter in der Gemeinde mitbetreut werden, wodurch die sozialen Belange oft zu kurz kommen. Als hemmende Umstände für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen wurde auch in der Literatur der Zeitmangel erwähnt (vgl. Hummel-Gaatz & Dorin 2007, S.25).

Ein fördernder externer Umstand bei der gemeindenaheren Pflegeberatung ist die gute Öffentlichkeitsarbeit – in einem kleinen Ort ist es einfacher die Angebote der Pflegeberatung durch Mundpropaganda oder aufliegende Broschüren zu verbreiten. So kann man davon ausgehen, dass jeder interessierte Bürger/jede interessierte Bürgerin von den Möglichkeiten dieser Pflegeberatung erfährt.

Zusammenarbeit mit der Pflegeberatungsstelle Salzburg

Wie zu Beginn dieser Arbeit erwähnt, wurde auch die Meinung der Befragten zur Pflegeberatungsstelle Salzburg erhoben. Ein Teilnehmer hatte anzumerken, dass er mit der Hilfestellung für ländliche Gebiete unzufrieden war, was auf die geographische Distanz zurückzuführen war. Dieser sieht es als großen Vorteil, dass in der gemeindenaheren Pflegeberatung Menschen tätig sind, die ihre Mitbürger und Mitbürgerinnen kennen und bemerken, wenn jemand Hilfeleistung benötigen. Diesen Informationsvorsprung und diese lokale Expertise können Angestellte in der Pflegeberatungsstelle Salzburg nicht vorweisen und können deshalb auch nicht so flexibel agieren wie die Berater/Beraterinnen direkt vor Ort. Viele Bürger und Bürgerinnen wissen über die Existenz dieser Pflegeberatungsstelle außerdem nicht Bescheid oder können diese aufgrund der weiten Distanz nicht erreichen. Ein Grund ist auch, wie bereits erwähnt, die Hemmschwelle – die Betroffenen müssen sich

selbst ihre Pflegebedürftigkeit eingestehen, wenn sie die Pflegeberatungsstelle in Salzburg aufsuchen wollen – und das tun, wie erwähnt, nur die wenigsten.

Anzudenken wäre an dieser Stelle eine Zusammenarbeit zwischen der gemeindenahen Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstelle Salzburg. Die ehrenamtlich Tätigen und Sozialbeauftragten sind unersetzbar als lokale Gatekeeper, sozusagen als „Türöffner“ in den Orten, da sie einen Überblick haben und wissen wann Hilfe notwendig ist. Außerdem fallen ihnen die Kontaktaufnahme und der Vertrauensaufbau mit ihren Mitbürgern/Mitbürgerinnen leichter als den Beratern/Beraterinnen aus der Pflegeberatungsstelle Salzburg. Die Pflegeberatungsstelle Salzburg könnte als professionelles Back-up die gemeindenahen Pflegeberater und Pflegeberaterinnen unterstützen, für Fragen zur Verfügung stehen und auf Wunsch weitervermittelte Betroffene beraten.

Conclusio

Antwort auf die Forschungsfrage

Die in der Einleitung gestellte Forschungsfrage - welche Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse Personen in der gemeindenahen Pflegeberatung haben und welche Aufgaben sie übernehmen - kann nach dieser qualitativen Erhebung wie folgt beantwortet werden:

Beim Grundverständnis von Pflegeberatung sind sich die Befragten nicht ganz einig – einerseits bedeutet dies das Aufzeigen von verschiedenen Möglichkeiten, das Vermitteln und Informieren über Pflegedienstleister, Hilfsmittel und Haushaltshilfen und andererseits wird von einer Bedarfserhebung gesprochen. Aufgaben, die von Beratern und Beraterinnen übernommen werden sind sehr weitläufig: Nicht nur die formalen Angelegenheiten sondern auch das Zuhören, das „Ratschen“ und das Nicht-Alleine-Lassen von Betroffenen in schwierigen Situationen werden übernommen. Wen die Befragten als ihre Klienten und Klientinnen sehen ist jedoch einstimmig definiert: Alle Menschen, egal ob bereits oder künftig Betroffene sowie deren Angehörige. Bei der Beratungsgestaltung wird in der gemeindenahen Pflegeberatung nach keinem vorgegebenen Schema gearbeitet – es wird viel Hausverstand, Gefühl und Gespür eingesetzt und die Beratung reicht von der respektierten Selbstbestimmung, über einen langsamen Vertrauensaufbau bis hin zur direktiven Beratungsgestaltung. Hier die richtige Wahl zu treffen ist eine große Herausforderung für die Berater/Beraterinnen und verlangt ihnen gute Menschenkenntnisse und Sensibilität ab, da es für jeden Fall individuell entschieden werden muss.

Bei der Kontaktaufnahme ist es von großem Vorteil, wenn sich der Berater/die Beraterin und der zu Beratende/die zu Beratende kennen – dies ist in kleinen Orten, an denen gemeindenahe Pflegeberatung zum Einsatz kommt, meist der Fall. Hinsichtlich des Bedarfs waren sich die Befragten großteils einig, dass dieser nicht gedeckt werden kann: Es gibt unzählige Betroffene und pflegende Angehörige, die eine Unterstützung bräuchten, diese aber aufgrund der fehlenden Planstellen nicht bekommen können. Dieser Bedarf wird durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der gemeindenahen Pflegeberatung, durch die Vermittlung durch Dritte oder durch das Kommen der Betroffenen selbst, erhoben.

Vertrauen ist besonders wichtig, um überhaupt an die Betroffenen heran zu kommen, damit diese fremde Hilfe auch annehmen. Problematisch ist hierbei, wenn die Betroffenen ihre Pflegebedürftigkeit aufgrund des Schams und der Hemmungen verdrängen und keine fremde Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Weitere Gründe für eine mangelnde Nachfrage können familiäre Strukturen, bestimmte Charakterzüge von Betroffenen oder krankheits-/altersbedingte Gründe sein.

Die Berater und Beraterinnen, die in der gemeindenahen Pflegeberatung tätig sind, sehen als notwendige Voraussetzungen vor allem die soziale Kompetenz, die Offenheit für Neues und Informationen über formale Angelegenheiten, wie das Erstellen eines Pflegegeldantrages. In den Bereichen „richtige Kontaktaufnahme“, „Demenz“, „Gesprächstherapie“, und den „formalen Angelegenheiten“ wäre eine Vertiefung wünschenswert, um kompetente Beratung gewährleisten zu können.

Als weitere Bedürfnisse wurden externe Umstände genannt: Die Berater/Beraterinnen wünschen sich eigene Räumlichkeiten und Planstellen für soziale Angelegenheiten und nicht als Zusatz neben anderen Tätigkeiten in der Gemeindeverwaltung. Weiters ist es ihnen ein Anliegen in ihrem Tun und ihrer Arbeit ernst genommen zu werden. Als positiv wurde die gute Zusammenarbeit mit vielen Einrichtungen, Ärzten/ Ärztinnen, mit der Gemeindeverwaltung etc. wie auch der Bevölkerung im Ort angeführt.

Durch diese Pflegeberatung profitieren nicht nur die zu Beratenden selbst, sondern auch die pflegenden Angehörigen, die ehrenamtlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen und die Öffentlichkeit. Nutzen sind zum Beispiel die Möglichkeit in den eigenen vier Wänden alt zu werden, der Erhalt der Lebensqualität oder das Vermeiden von - durch die Pflege Angehöriger entwickelter – Überlastungserscheinungen.

Durch ein gutes Zusammenspiel all dieser Komponenten ist das frühzeitige Erreichen und Auffangen von Betroffenen und ihren Angehörigen bei aufkommender Pflegebedürftigkeit möglich, wodurch ein Nutzen für alle Beteiligten erzielt werden kann.

Implikationen für Forschung und Praxis

In künftigen Forschungsarbeiten wäre es interessant, die Meinungen der Bevölkerung in den Orten, in welchen gemeindenaher Pflegeberatung bereits angeboten wird, zu erheben. Anschließend könnten die Perspektiven der Berater/Beraterinnen mit den

Konsumenten/Konsumentinnen verglichen und bei Differenzen versucht werden, das Konzept der Pflegeberatung an die beidseitigen Bedürfnisse anzupassen. Interessant wäre auch, ob sich dieses Modell der Pflegeberatung auf andere ländliche Gemeinden oder Regionen ausweiten lässt. Wichtig für die Praxis ist es, den Beratern/Beraterinnen die notwendige Unterstützung und Wertschätzung entgegen zu bringen, die sie verdienen. Die Arbeit, die von diesen Menschen abgedeckt wird, ist in vielen Bereichen vergleichbar mit den Tätigkeiten der vom Land eingerichteten Pflegeberatungsstelle und somit sehr wertvoll – wenn nicht sogar effektiver aufgrund der lokalen Expertise und der guten Eingebundenheit in die örtlichen Netzwerke. Wie bereits erwähnt, wäre es eine Überlegung wert, die Zusammenarbeit zwischen der Pflegeberatungsstelle Salzburg Stadt und den gemeindenahen Pflegeberatern/Pflegeberaterinnen anzuregen, da die jeweiligen Stellen voneinander profitieren können: Die Pflegeberatungsstelle Salzburg hat das Fachwissen zu den pflegerischen Anbelangen und die gemeindenaher Pflegeberatung hat die lokale Expertise und kennt die Bedürfnisse und Probleme ihrer Bürger und Bürgerinnen. Auch eine Planstelle wäre aufgrund des positiven Beitrages, den die Berater und Beraterinnen in den Orten leisten, anzudenken und diese Beratung auch auf weitere, vor allem ländliche Gemeinden im Salzburger Land auszuweiten.

Literaturverzeichnis

Allwicher, V.: Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige – Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. Northerstedt: Books on Demand GmbH 2009.

Brandenburg, H., Panfil, E.M., Mayer, H.: Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. 2. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag 2013.

Büscher, A., Dorin, L.: Pflegebedürftigkeit im Alter. Berlin: Walter de Gruyter GmbH 2014.

Fröse, S.: Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2010.

Weidner, F., Gebert, A., Schmidt, C.: Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht. Hannover: Schülersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2008.

Heinrich, S., Nickel, W., Brähler, E.: Pflegeberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger – eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen. In: Informationsdienst Altersfragen 40/2013, Heft 1, S. 3-9.

Hummel-Gaatz, S., Doll, A.: Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Themenbereich 3: Analyse und Vorschläge für den Unterricht. München: Elsevier 2007.

Huss, A., Struck, A.E., Rubenstein, L.Z., Egger, M., Clough-Gorr, K.M.: Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials. In: Journal of Gerontology 63/2008, no. 3, p. 298-307.

Koch-Straube, U.: Beratung in der Pflege. 2. Auflage, Bern: Hans Huber 2008.

Mahrer-Imhof, R., Hediger, H., Naef, R., Bruylands, M.: Entwicklung einer pflegegeleiteten Familienberatung für Familien älterer Menschen: Der erste Zyklus eines gemeindebasierten Aktionsforschungsprojektes (CBPR). In: Pflege 27/2014, Heft 4, S. 231-241.

MAXQDA (2014) – The Art of Datanalysis. Berlin: VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH. URL: <http://www.maxqda.de/service/manuals> - Download vom 25.08.2015.

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 9. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag 2007.

MDK Bayern, FH Deggendorf: Die Pflegeberatung - Was müssen Pflegeberater, Ärzte und Kassen wissen? Berufsbild – Einsatzspektrum – Beratungspraxis. 2. Auflage, Landsberg: ecomed MEDIZIN 2012.

Nickel, W., Born, A., Hanns, S., Brähler, E.: Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44/2010, S. 109-114.

Petry, H., Suter-Riederer, S., Kerker-Specker, C., Imhof, L.: Beratungsqualität von Pflegeexpertinnen-APN im spitalexternen Bereich (APN-BQ) – Psychometrische Testung des Instruments. In: Pflege 27/2014, Heft 6, S. 393-403.

Petter-Schwaiger, B.: Beratung in der Pflege für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Berlin: Cornelsen Verlag 2011.

Pflegeberatungsstelle Salzburg (2015): Beratung zum Thema Pflege und Betreuung. URL: <http://www.salzburg.gv.at/pflegeberatung.htm> - Download vom 20.08.2015.

Polit, D.F., Beck, C.T.: Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th Edition, Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins 2012.

Schneekloth, U., Wahl, W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf> – Download vom 20.08.2015

Schneekloth U.: Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39/2006, S. 405-412.

Schulz, A.: Case Management in der Altenhilfe – Wirksamkeit der Hilfen für Pflegebedürftige und Angehörige. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH 2009.

Statistik Austria (2014): Österreichs Bevölkerungszahl wächst stärker als erwartet. URL: http://www.statistik.at/web_de/presse/079718.html - Download vom 16.07.2015.

Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J.: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: *International Journal of Qualitative Health Care* 19/2007, no. 6, p. 349-357.

Anhang

Informierte Zustimmung

Information für Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung „Erfahrungen mit der gemeindenahen Pflegeberatung/ Gesundheitsförderung“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Im Rahmen einer Befragung zum Thema „Erfahrungen, Probleme und Bedürfnisse in der gemeindenahen Pflegeberatung/ Gesundheitsförderung“ möchten wir Ihre Meinung als Expertin oder Experte kennen lernen. Mit Ihrer Hilfe soll das Modellprojekt der/des „Sozialbeauftragten“ beleuchtet werden.

Welchen Zweck hat die Befragung?

Wie alle europäischen Länder verzeichnet Österreich eine Zunahme seiner älteren Bevölkerung. Begleiterscheinungen dieser Entwicklung sind altersbedingte Erkrankungen, weshalb ein Modellprojekt in Form einer Etablierung von „Sozialbeauftragten“ in ländlichen Bereichen gestartet wurde. Zweck dieser Befragung ist es, herauszufinden, in wie weit diese Sozialbeauftragten zur Gesundheitsförderung/ Pflegeberatung in den jeweiligen Gemeinden beitragen.

Was bedeutet eine Teilnahme für Sie?

Sind Sie mit der Teilnahme an dieser Befragung einverstanden, werden zwei Studentinnen der Medizinischen Universität Graz (Kreer Elisabeth & Kreuzberger Nicole) diese Thematik im Zuge ihrer Masterarbeiten aufgreifen und Ihnen Fragen zu den Themen „Gesundheitsförderung“ und „Pflegeberatung“ stellen. Zur nachträglichen Auswertung

werden die Gespräche mit Ihrem Einverständnis auf einem Diktiergerät aufgezeichnet. Ein Gespräch dauert etwa eine Stunde, je nachdem wie lange Sie sich unterhalten wollen.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die zum Zweck der Befragung aufgezeichneten Gespräche werden unter einem Pseudonym gespeichert und hierzu mit einer Codenummer versehen. Auf den Codeschlüssel, der es erlaubt, Ihre Daten mit Ihrem Namen in Verbindung zu bringen, haben nur die Studentinnen Zugriff, welche auch die Auswertung und Verarbeitung der anonymisierten Befragungsdaten durchführen werden.

Was passiert mit den Ergebnissen der Befragung?

Es ist geplant, die Ergebnisse der Befragung dem interessierten Fachpublikum vorzustellen und diese Ergebnisse als Grundlage für weitere, künftige Forschungsthemen zu nutzen. Ihre Identität bleibt in beiden Fällen selbstverständlich anonym. Sie können jederzeit der Weiterverarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der oben genannten Studie widersprechen und ihre Löschung verlangen.

Haben Sie noch Fragen?

Kreer Elisabeth, BSc.

elisabeth.kreer@stud.medunigraz.at

0664-8732957

Kreuzberger Nicole, BSc.

nicole.kreuzberger@stud.medunigraz.at

0664-3301667

Betreuer dieser Forschungsarbeiten:

FH-Prof. Dr. Thomas Boggatz

thomas.boggatz@fh-salzburg.ac.at

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe und die Unterstützung dieses Projektes!

Ort, Datum

Unterschrift