

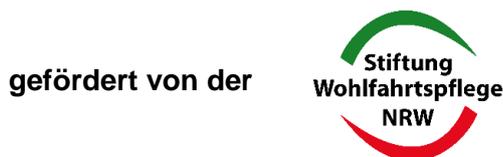
# Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der pflegenden Angehörigen

Modellprojekt 3 im Verbundvorhaben  
„Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“



## Inhalt:

- Projektbericht Modellprojekt 3
  - Anhang 1: Gesprächsleitfaden Abstimmungsgespräche
  - Anhang 2: Weiterführende Informationen zu den teilnehmenden Einrichtungen
  - Anhang 3: Bericht aus Lehre und Forschung. Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer\*innenorientierter Versorgungskonzepte
  - Anhang 4: Dr. Dr. Thomas Ruppel & Julia Fahrinsland Gutachten Sozialrechtliche Begleitung



## Projektträger



## Projektbericht

# Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der pflegenden Angehörigen

Modellprojekt 3 im Verbundvorhaben  
„Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“

gefördert von der



Projektträger



Projektpartnerin

HS'BI

Hochschule  
Bielefeld  
University of  
Applied Sciences  
and Arts



### **Projekträger**

Caritasverband für das  
Erzbistum Paderborn e.V.

Am Stadelhof 15

33098 Paderborn

Tel.: +49 5251 209-0

Fax: +49 5251 209-202

Internetseite: [www.caritas-paderborn.de](http://www.caritas-paderborn.de)

E-Mail: [info@caritas-paderborn.de](mailto:info@caritas-paderborn.de)

Verena Ising-Volmer und Bianca Pollety

Abt. Gesundheits- und Altenhilfe

Am Stadelhof 15

33098 Paderborn

Tel.: +49 5251 209-239

E-Mail: [Verena.Ising-Volmer@caritas-paderborn.de](mailto:Verena.Ising-Volmer@caritas-paderborn.de)

## Konzept – Stand Dezember 2023

Bei den nachfolgenden Ausführungen handelt es sich um die Ergebnisse der Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zu Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der pflegenden Angehörigen. Das von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderte Modellprojekt mit einer Laufzeit von drei Jahren (01.10.2020 bis 31.12.2023) hat folgende Prozessschritte zur Konzepterstellung durchlaufen, die neben der Entwicklung eine Erprobung sowie eine Validierung beinhalten.

<b>Entwicklungsphase</b>	
✓	Systematische internationale und nationale Literaturrecherche
✓	Fokusgruppen-Diskussionen mit Nutzer*innen und Expert*innen
✓	Erstellung des Konzeptentwurfs
✓	Expert*innen-Workshop zur Validierung des Konzepts
✓	Abstimmung mit Kostenträgern
<b>Umsetzungsphase</b>	
✓	Implementierung des Konzepts in Kooperation mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Kurz- und/oder Tagespflegeeinrichtungen
✓	Erprobung in den Einrichtungen und wissenschaftliche Datenerhebung
✓	Qualitative und quantitative Datenauswertung
✓	Expert*innen-Workshop zur Validierung des Konzepts
<b>Finalisierung des Konzepts</b>	
✓	Sozialrechtliche Bewertung und Empfehlung der Konzepte für die Refinanzierung und Anschlussfähigkeit
✓	Hinweise auf die Verstetigung der Begleitangebote

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>8</b>
<b>II. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>8</b>
<b>III. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Ausgangslage und Problemdarstellung .....</b>	<b>12</b>
2.1. Zielsetzung pflegebedürftige Personen.....	15
2.2. Zielsetzung Pflege-Tandem .....	15
2.3. Bedeutung von Interaktion als Ansatzpunkt für Interventionsstrategien .....	16
<b>3. Theoretischer Rahmen.....</b>	<b>18</b>
3.1. Begriffliche Klärung .....	18
3.2. Gesetzliche Grundlagen .....	20
3.3. Qualitätsanforderungen .....	21
<b>4. Wissenschaftliche Begleitung und Validierung .....</b>	<b>22</b>
4.1. Methoden der wissenschaftlichen Begleitung .....	22
4.2. Forschungsstand und Konzept-Validierung .....	24
4.2.1. Kurzbeschreibung der Stichprobe .....	24
4.2.2. Begleitangebote für pflegebedürftige Personen.....	24
4.2.2.1. Hemmnis der Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege .....	24
4.2.2.2. Wohlbefinden und Vertrauensaufbau.....	27
4.2.2.3. Informationsbedürfnis .....	27
4.2.2.4. Partizipation bei der Therapieplanung: Gesprächsstruktur mit festen Ansprechpersonen .....	29
4.2.2.5. Individuelles Gesundheitsmanagement: Assessmentstruktur .....	30
4.2.2.6. Modularer Aufbau zur zielgruppenspezifischen Ausrichtung .....	31
4.2.2.7. Rehabilitative Ansätze: Pflegeabhängigkeit stabilisieren oder verbessern .....	33
4.2.2.8. Aktivierende Pflege: Fähigkeiten zur Selbstversorgung erhalten oder reaktivieren .....	35
4.2.2.9. Gemeinschaft und Austausch .....	37
4.2.3. Angebote für das Pfl egetandem .....	37
4.2.3.1. Problem- und emotionsorientierte Interventionsstrategien .....	38
4.2.3.2. Hinweise zur Nutzung der Tandemangebote .....	39
4.2.3.3. Stärkung der instrumentellen Kompetenz .....	40

4.2.3.4.	Schulungen zur Stärkung der Handlungskompetenz .....	41
4.2.3.5.	Angebote zum Thema Demenz .....	42
4.2.3.6.	Stärkung der mentalen Kompetenz.....	43
4.2.3.7.	Stärkung der regenerativen Kompetenz.....	46
4.2.3.8.	Rekreation .....	47
4.2.3.9.	Verhältnis von gemeinsamen und getrennten Angeboten .....	49
4.2.3.10.	Nähe und Distanz .....	52

**K  
O  
N  
Z  
E  
P  
T**

<b>5. Konzeption.....</b>	<b>55</b>
5.1. Konzeptentwicklung.....	55
5.1.1. Dreizehn-Punkte-Plan .....	55
5.1.2. Bestandteile des Begleitangebotes .....	57
5.1.3. Teilnehmende Einrichtungen.....	59
5.1.4. Zugang und Inanspruchnahme aus Nutzer*innenperspektive.....	60
5.2. Instrumente und Verfahren .....	61
5.3. Leistungen und Maßnahmen .....	66
5.3.1. Module für die pflegebedürftige Person .....	66
5.3.2. Module für das Pflege-Tandem .....	66
<b>6. Implementierung und einrichtungsspezifische Anforderungen .....</b>	<b>72</b>
6.1. Gemeinsame Unterbringung.....	74
6.2. Getrennte Unterbringung .....	76
<b>7. Herausforderungen der Implementierung und Erprobung aus der Anbieter*innenperspektive .....</b>	<b>80</b>
7.1. Versorgungsvertrag und –auftrag .....	80
7.2. Finanzierung der Leistungen .....	80
7.3. Bauliche Voraussetzungen .....	81
7.4. Besonderheit der Pflegepaare .....	82
7.5. Personalgewinnung .....	82
7.6. Einfluss von Corona-Maßnahmen auf die Umsetzung .....	82
7.7. Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung.....	83
7.8. Zeitbedarf .....	85
<b>8. Finanzielle und sozialrechtliche Rahmenbedingungen .....</b>	<b>86</b>
8.1. Kosteneinschätzung .....	86
8.1.1. Daten zur Kosteneinschätzung gemeinsame Unterbringung .....	87
8.1.2. Daten zur Kosteneinschätzung getrennte Unterbringung .....	88
8.2. Sozialrechtliche Bewertung .....	91

8.2.1.	Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems de lege lata (nach geltendem Recht) .....	91
8.2.2.	Bisherige Kostenverantwortlichkeiten und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten.....	93
8.2.3.	Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen und Anwendung dieser auf das vorliegende Projekt .....	95
<b>9.</b>	<b>Hinweise auf die Verstetigung der Begleitangebote.....</b>	<b>96</b>
<b>10.</b>	<b>Schlussbetrachtung.....</b>	<b>98</b>
<b>IV.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>102</b>
<b>V.</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>108</b>

## I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die Modellprojekte und Zuständigkeiten im Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (Quelle: eigene Darstellung HSBI).....	10
Abbildung 2: Modulare Interaktionsangebote für das Tandem + Begleitangebote für die Pflegebedürftige Person (Quelle: eigene Darstellung) .....	58
Abbildung 3: Standorte mitwirkende Einrichtungen (Quelle: eigene Darstellung).....	59
Abbildung 4: Prozesskette der Begleitangebote (Quelle: eigene Darstellung) .....	65
Abbildung 5: Wirkmodell zu den Interventionen für die pflegebedürftige Person (Quelle: eigene Darstellung) .....	69
Abbildung 6: Wirkmodell zu den Interventionen für das Pfl egetandem (Quelle: eigene Darstellung).....	71
Abbildung 7: Standorte der Verstetigung der Begleitangebote (Quelle: eigene Darstellung).....	97

## II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesetzliche Grundlagen für stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige .....	20
Tabelle 2: Optionen zur Versorgung von Pflegebedürftigen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme des pflegenden Angehörigen .....	21
Tabelle 3: Option zur Erbringung der Interaktionsangebote für das Pfl egetandem .....	21
Tabelle 4: Übersicht beispielhafter Angebote in den Modulen für Pflegebedürftige.....	68
Tabelle 5: Übersicht beispielhafter Angebote in den Modulen für das Pfl egetandem.....	70
Tabelle 6: Mehraufwand Pflegeeinrichtung.....	89
Tabelle 7: Mehraufwand Rehaklinik.....	90

## III. Abkürzungsverzeichnis

HSBI	Hochschule Bielefeld
KZP	Kurzzeitpflege
MD	Medizinischer Dienst
MmD	Menschen mit Demenz
NBI	neues Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz
PuRpA	Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige
SGB	Sozialgesetzbuch
SIS	Strukturierte Informationssammlung
TP	Tagespflege

## 1. Einleitung

Seit 2001 ist die Zahl der Pflegebedürftigen in NRW kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2021 galten laut Angaben des Statistischen Landesamtes Information und Technik Nordrhein-Westfalen 1,19 Millionen Menschen und damit 6,6 Prozent der Bevölkerung in NRW als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Vergleich 2019: 964.987 Pflegebedürftige). Davon wurden 86 Prozent (= 1.024.653 Pflegebedürftige) zu Hause versorgt, knapp zwei Drittel (63,9 % = 655.254 Pflegebedürftige) davon wurden über selbst organisierte Pflegehilfen versorgt, d.h. allein durch Angehörige ohne die Unterstützung von ambulanten Pflegediensten (Vergleich 2019: 521.575 Pflegebedürftige) (vgl. Landesbetrieb IT.NRW, 2020 und 2022). Das Statistische Bundesamt prognostiziert für NRW bis 2055 einen Anstieg der Pflegebedürftigen auf bis zu 1.585.000 Menschen, was einen Anstieg von 33 Prozent im Vergleich zum Jahr 2021 bedeutet (vgl. Statistisches Bundesamt, 2023a).

Viele Pflegebedürftige haben den Wunsch in der Häuslichkeit versorgt zu werden und trotz Pflegebedürftigkeit den Alltag weiterhin im familiären Umfeld zu verbringen. Damit entlastet die häusliche Pflege das Versorgungssystem: Würden nicht so viele Personen in der Häuslichkeit von ihren Angehörigen gepflegt, wäre ein Mangel an Pflegeheimplätzen die Folge und die ambulante Pflege würde zusammenbrechen – und schon heute ist die Versorgungssituation aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels im Bereich der Pflegeberufe angespannt (vgl. Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2022, 2023 ).

Pflegende Angehörige sind entsprechend die tragende Säule der Pflege – die informelle Pflege ist die wichtigste Versorgungsform. Es ist von großer Bedeutung die Fähigkeit und Bereitschaft von Angehörigen zur Pflege von Familienmitgliedern zu fördern, denn Prognosen zeigen einen eindeutigen Trend: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird weiter steigen, das Potential pflegender Angehöriger allerdings aufgrund des demographischen Wandels, einer längeren Phase der Erwerbstätigkeit sowie einer vermehrten Berufstätigkeit von Frauen abnehmen (vgl. Bohnet-Joschko, 2020, 11). Es gibt somit ein großes gesamtgesellschaftliches Interesse pflegende Angehörige zu unterstützen und die Ressourcen dieser Menschen in Pflegeverantwortung zu stärken. Viele pflegende Angehörige fühlen sich aufgrund der Pflegesituation belastet, während der Corona-Pandemie hat sich diese Situation verschärft: Sowohl pflegebedürftige als auch pflegende Personen stufen die Belastungen sehr viel höher ein, sie benennen vor allem eine erhöhte psychische Belastung sowie eine Angst vor einer Infektion (vgl. Büscher et al. 2021, 19f.).

Das von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW finanzierte Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (PuRpA) hat zum Ziel, in drei eigenständigen Modellprojekten bedarfsorientierte Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden und pflegebedürftigen Angehörigen zu entwickeln, zu erproben und zu validieren.

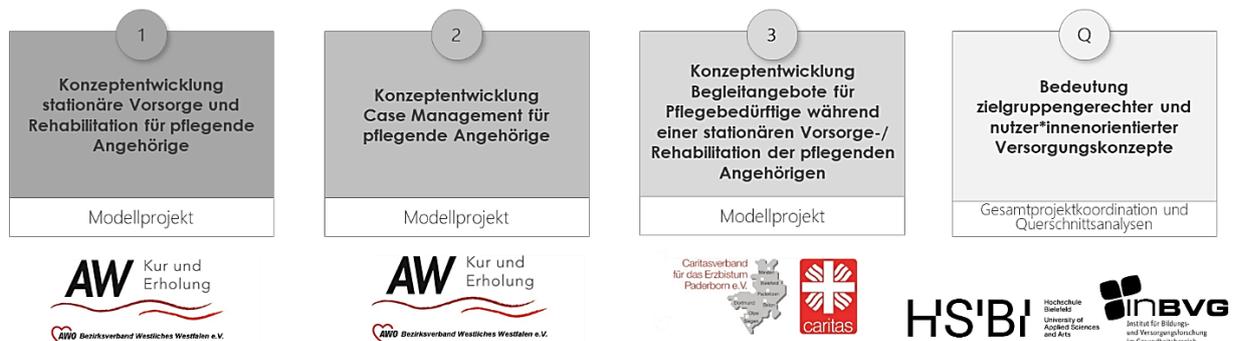


Abbildung 1: Übersicht über die Modellprojekte und Zuständigkeiten im Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (Quelle: eigene Darstellung HSBI)

Das vom Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. verantwortete Modellprojekt zu Begleitangeboten richtet den Blick neben der Versorgung des/der zu Pflegenden auf das Pflegegandem: Pflegende Angehörige und die in der Häuslichkeit gepflegten Familienmitglieder bilden eine ‚pflegerische Einheit‘. Belastende häusliche Pflegesituationen wirken sich auf die Dauer für beide gesundheitlich negativ aus und beeinträchtigen das Wohlbefinden.

Hier setzt das vorliegende Konzept an und schafft durch eine enge sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie Pflegeeinrichtungen eine auf das Tandem abgestimmte Maßnahmenplanung, die den Wunsch nach Nähe und Distanz für die Zeit der Maßnahme zwischen den Betroffenen berücksichtigt. Zeitgleich zur Maßnahme der/des pflegenden Angehörigen wird zudem nicht nur die Versorgung und Betreuung der/des Pflegebedürftigen gewährleistet, sondern diese/r wird durch aktivierende und nach Möglichkeit rehabilitative Ansätze in dem jeweiligen Betreuungssetting bedarfsorientiert gefördert. Die konzipierten Angebote schließen eine Lücke zur Versorgung des Pflegegandems.

Das Konzept wurde partizipativ in mehreren Phasen erstellt: Anhand der Ergebnisse einer internationalen Literaturanalyse und Best-Practice-Modellen, Fokusgruppen mit Expert\*innen und Nutzer\*innen sowie Workshops mit Praktiker\*innen und Expert\*innen wurde eine Pilotversion verfasst, die im Anschluss in Kooperationseinrichtungen erprobt und wissenschaftlich begleitet wurde. Abschließend wurde die Pilotversion anhand der Ergebnisse aus den Datener-

hebungen der Nutzer\*innenperspektive im Erprobungszeitraum, strukturierten Rückmeldungen der Einrichtungen sowie anhand eines Expert\*innen-Workshops validiert und weiterentwickelt.

Die vorliegenden Ausführungen beschreiben sowohl den Projektverlauf als auch die Konzeptentwicklung und stellen das validierte Rahmenkonzept vor. Das Rahmenkonzept ist in [Kapitel 5](#) zu finden (Kennzeichnung der Bestandteile im Inhaltsverzeichnis).

## 2. Ausgangslage und Problemdarstellung

Pflegende stehen häufig unter einer hohen psychischen und physischen Belastung und sind sozialen Risiken ausgesetzt: Viele müssen mehrdimensionale Aufgaben bewältigen und zeitgleich Erziehungsarbeit, Beruf und Pflege vereinbaren – Befragungen unter pflegenden Angehörigen zeigen, dass sich 68 Prozent stark bis sehr stark belastet fühlen, dieses Belastungserleben wird durch die pandemische Lage verstärkt (vgl. Bohnet-Joschko, 2020, 45). Die präventive und rehabilitative Versorgung pflegender Angehöriger wird als defizitär bewertet (vgl. Hetzel et al., 2021, 236). Angehörige können die Pflegeverantwortung nur wahrnehmen, wenn sie selbst gesund sind. Daher ist es von großer Bedeutung, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige zu schaffen. Seit dem 01.01.2012 haben pflegende Angehörige nach § 23 SGB V bzw. § 40 SGB V bei entsprechender Indikation einen Anspruch auf eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme. Um diese Maßnahmen wahrnehmen zu können, ist die Grundvoraussetzung, dass die/der zu Pflegende in dieser Zeit versorgt ist. Es besteht ein Anspruch auf Finanzierung laut § 40 SGB V, Abs. 3:

*„Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021a)*

Dennoch fehlen bis heute landes- und bundesweit entsprechende Konzepte für pflegebedürftige Begleitpersonen, damit diese zeitgleich am Ort der Maßnahme, aber auch in einer Kurzzeitpflege (KZP) am Wohnort insbesondere mit dem Blick auf eine verbesserte Pflegesituation nach Beendigung der Maßnahme versorgt und betreut werden können. Zurzeit können die Menschen mit Pflegebedürftigkeit zwar bereits während der stationären Maßnahme des pflegenden Angehörigen in Einrichtungen der Tages-, Nacht- oder/und Kurzzeitpflege untergebracht werden, doch die dortigen Möglichkeiten werden häufig nicht umfassend genutzt: KZP-Einrichtungen haben mit ihrer präventiven und rehabilitativen Funktion enormes Potential, das sie häufig allerdings nicht ausreichend ausschöpfen können (vgl. Kutzner und Räker, 2021, 132). Dem Anspruch, die pflegebedürftige Person mit einem oftmals hohen Behandlungs- und Therapiebedarf in einer relativen kurzen Zeitspanne für die häusliche Situation zu stärken, kann insbesondere bei Einrichtungen mit ‚eingestreuten‘ Kurzzeitpflegeplätzen häufig nicht mit der notwendigen Qualität nachgekommen werden (vgl. Rebbe-Meyer, 2021, 17). Dabei könnte die Zeit der Kurmaßnahme der/des pflegenden Angehörigen genutzt werden, um

auch den Gesundheitszustand der/des Pflegebedürftigen zu stabilisieren oder zu verbessern – wenn sich die Pflegesituation verbessert, bietet das eine Entlastung für das gesamte häusliche Pflegesetting:

*„Pflegebedürftigkeit ist in der Regel kein unveränderbarer Zustand. Die Pflegebedürftigkeit eines Menschen kann durch verschiedene Maßnahmen und Leistungen positiv beeinflusst werden. Dazu gehören Pflegemaßnahmen, Prävention, medizinische Rehabilitation, individuell zugeschnittene Hilfs- und Pflegehilfsmittel sowie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen [...].“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., 2019a, 16)*

Gleichzeitig fehlen zielgruppenorientierte Angebote für das Tandem aus Pflegenden und Gepflegten. Pflegende Angehörige sind eine heterogene Gruppe, sie zählen zu verschiedenen Bevölkerungsgruppen, haben in der häuslichen Pflege unterschiedliche Rollen inne und sind mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert (vgl. Bohnet-Joschko, 2020, 48). Die Problemfelder, Belastungen und demnach auch die Bedarfe eines Tandems sind sehr unterschiedlich. Befragungen von pflegenden Angehörigen zeigen einen Informations- und Beratungsbedarf zur Bewältigung der Pflegesituation sowie zu den eigenen Bedürfnissen. Dazu zählen Themen der Grund- sowie der pflegerischen und medizinischen Versorgung, der Unterstützungsleistungen oder auch der Betreuung und Beschäftigung der Pflegebedürftigen. Mit Blick auf die eigenen Bedürfnisse fehlt es pflegenden Angehörigen an Informationen und Beratungen zum Erhalt der eigenen physischen und psychischen Gesundheit, Möglichkeiten zur Auszeit, zu finanziellen Unterstützung, der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf oder auch zum Austausch und sozialen Kontakten (vgl. Bohnet-Joschko, 2020, 45f.).

Die häusliche Pflege bedeutet für viele pflegende Angehörige neben der physischen vor allem eine hohe emotionale Belastung (vgl. Bohnet-Joschko 2020, 44). Die Pflegesituation bringt für die Beziehung häufig eine einschneidende Veränderung und einen Rollenwechsel mit sich, mit dem sich die Betroffenen zurechtfinden müssen. Das kann konfliktgeladen sein und einen Kontrast zu dem bisherigen Rollenverständnis in der Beziehung bedeuten (vgl. Handel 2003, 6). Dies beschreibt eine Therapeutin einer stationären Vorsorgeklinik wie folgt:

*„Eine pflegebedürftige Person verändert sich in seiner Persönlichkeit und damit in der Beziehung. Er wird z.B. vom Partner zum zu versorgenden Kind mit Tunnelblick auf seine individuelle Situation und bleibt gleichzeitig Partner. Dieser Rollenwechsel ist sehr schwierig, weil er auch schleichend verläuft.“*

Nach Einschätzung von Expert\*innen fehlt pflegenden Familien das Angebot einer Familienmoderation als neutrale Konfliktmoderation, um die Pflegesituation in der Familie zu besprechen (vgl. Bohnet-Joschko, 2020, 28). Die Möglichkeiten von emotionsorientierten Interven-

tionsformen wie die Auseinandersetzung mit Beziehungswandel und -verlusten, die Veränderungen von Einstellungen oder auch das Anleiten zur Selbstfürsorge werden bisher zu wenig ausgeschöpft (vgl. Hetzel et al., 2021, 236) – es „*besteht eine Versorgungslücke bezüglich stationärer Tandemangebote zur Förderung psychischer Gesundheit*“ (Hetzel et al., 2021, 235). Erhebungen zu einer bestehenden modellhaften Tandem-Intervention zeigen, dass insbesondere pflegende Angehörige mit einer hohen emotionalen Bindung zum Gepflegten Interesse an einem Tandemangebot haben und eine krankheitsbedingte Bindung nachrangig zu beurteilen ist (vgl. Hetzel et al., 2021, 240).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die vorhandenen Strukturen in der Versorgungslandschaft der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie der Pflegeeinrichtungen bisher nicht auf die Belange und Bedarfe eines Tandems aus pflegenden und pflegebedürftigen Angehörigen ausgerichtet sind. Doch um den Pflegenden nicht nur eine dreiwöchige Phase der Erholung zu verschaffen, sondern langfristig das häusliche Pflegesetting zu verbessern, ist es notwendig, den Blick auch auf das Tandem aus Pflegendem und Gepflegtem zu richten und gleichzeitig auch die pflegebedürftige Person zu fördern. Hierbei zeigt sich, dass die Bedarfe und Herausforderungen im Pflegealltag sehr unterschiedlich sind.

### **Zielsetzung**

Pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen werden als pflegerische Einheit betrachtet. Folglich werden neben den Zielen für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen und die Zielgruppe der Pflegebedürftigen auch Ziele für das Pfl egetandem festgelegt. Die Zielsetzung für pflegende Angehörige während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme wird im Konzept im Modellprojekt PuRpA 1 festgelegt, das vorliegende Konzept fokussiert sich auf Ziele für die pflegebedürftige Begleitperson und das Pfl egetandem.

Das übergeordnete Ziel ist, das häusliche Pflegesetting zu entlasten und zu festigen sowie das Wohlbefinden mit und in der häuslichen Situation auf beiden Seiten zu erhöhen. Dadurch soll eine vollstationäre Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung vermieden werden und die/der Pflegebedürftige möglichst lange in der vertrauten Umgebung verbleiben. Die folgenden Zielsetzungen für die pflegebedürftige Person sowie das Pfl egetandem beziehen sich auf die Maßnahmen im Zeitraum der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der/des pflegenden Angehörigen und werden mithilfe passgenauer und sektorenübergreifender Begleitangebote realisiert.

## 2.1. Zielsetzung pflegebedürftige Personen

**Annahme:** Die Einschränkung der Selbstständigkeit von pflegebedürftigen Person in den Alltagsaktivitäten stellt eine Belastung in der häuslichen Situation dar.

Der MD definiert Selbstständigkeit als „die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität alleine – also ohne Unterstützung eines anderen – ausführen zu können“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019a, 4). Laut MD ist eine Person auch selbstständig, wenn sie die Handlung mit Unterstützung eines Hilfsmittels umsetzen kann (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019a, 4).

**Ziel:** Die Selbstständigkeit der zu pflegenden Person und die gesundheitliche Situation wird durch die optimale Ausnutzung aktivierender und rehabilitativer Möglichkeiten (damit ist keine stationäre Rehabilitationsmaßnahme für Pflegebedürftige nach § 40 Abs. 2 SGB V oder § 15 SGB VI gemeint) mindestens stabilisiert oder verbessert. Je nach Bedarfslage der pflegebedürftigen Person ergeben sich daraus die folgenden Unterziele der Verbesserung und/ oder Stabilisierung:

- der motorischen Fähigkeit
- der geistigen Fähigkeit
- der Selbstständigkeit bei alltäglichen Aktivitäten

## 2.2. Zielsetzung Pflege-Tandem

**Annahme:** Für die Entlastung der häuslichen Situation werden die Betroffenen nicht isoliert, sondern als pflegerische Einheit gesehen.

**Ziel:** Eine Interaktion im Pfl egetandem wird ermöglicht und gestärkt. Je nach Bedarfslage des Pfl egetandems ergeben sich die folgenden Unterziele, zu berücksichtigen sind das angemessene Verhältnis von Nähe und Distanz im Tandem sowie die kognitiven Möglichkeiten der pflegebedürftigen Person:

- Entwicklung von fachlichen und sozialen Kompetenzen für den Umgang in der häuslichen Pflege
- Entwicklung von förderlichen Einstellungen zum Umgang mit Belastungssituationen im Pflegealltag
- Erlernen von Techniken zur gemeinsamen Regeneration und zum Aufbau von Ressourcen
- Erleben von gemeinsamen belastungsfreien Aktivitäten zur Übertragung in die Häuslichkeit

### 2.3. Bedeutung von Interaktion als Ansatzpunkt für Interventionsstrategien

Bei einer *Interaktion* steht die Wechselbeziehung zwischen den Handlungspartnern im Fokus. Die Pflege stellt sich im Wesentlichen als Beziehungshandeln dar. Damit kommt der Interaktion eine große Bedeutung zu. Bei dem sozialen Feld der Pflege handelt es sich um ein multilaterales Beziehungs- und Bindungsgefüge, dessen Strukturen von wechselseitigen Abhängigkeiten geprägt sind. Sie lässt sich in verschiedene Ebenen unterteilen (personale, interaktive, organisatorische und gesellschaftliche), „auf denen die einzelnen Akteure immer in einem interpersonalem Gefüge interagieren und in Beziehung zur organisatorischen und gesellschaftlichen Umwelt stehen“ (Schroeter, 2006, 37). Im vorliegenden Konzept wird das Pfl egetandem als pflegerische Einheit, bestehend aus pflegender/m Angehöriger/m und Pflegebedürftiger/m verstanden und die Bedürfnisse beider in den Blick genommen. Denn die Verhaltensweisen wirken sich wechselseitig aufeinander aus und beeinflussen das Miteinander der Beteiligten. Aspekte, die sich insbesondere durch die Pflegesituation auf die zwischenmenschliche Ebene des Tandems auswirken, sind aus Expert\*innensicht u.a.:

- die neuen Rollen, die mit der Pflegesituation verbunden sind
- das Abhängigkeitsverhältnis
- die durch das Krankheitsbild oftmals veränderte Kommunikation (insbesondere bei demenziellen Erkrankungen)
- der grundlegend veränderte Alltag, samt den damit einhergehenden Einschränkungen
- die gegenseitige Wahrnehmung und der Umgang miteinander
- das Belastungsempfinden
- das Wohlbefinden

Welche Problemfelder und Themen für ein Pfl egetandem relevant sind, ist sehr verschieden und wird u.a. beeinflusst von der Art der Beziehung zwischen den Beteiligten (Ehepartner, Eltern-Kind-Beziehung etc.), dem Krankheitsbild der Pflegebedürftigen, den vorhandenen Ressourcen der Pflegeperson, der Unterstützung im Umfeld, der Selbstfürsorge der Pflegeperson etc. D. h. auch die im vorliegenden Konzepte beschriebenen Interventionen/Angebote zur Stärkung der Interaktion des Pfl egetandems ([Kapitel 5.3.2.](#)), sollten sich anhand der individuellen Bedürfnisse ausrichten. Durch die Veränderung der Beziehung in der Pflegesituation verändern sich auch die jeweiligen Bedürfnisse eines Pflegepaares und die Art der Interaktion.

So leidet durch die Erkrankung/Pflegebedürftigkeit einer Person häufig auch die emotionale Verbindung zwischen den Beteiligten und da dies eine wichtige Komponente der Beziehung ist, kann die Qualität der Beziehung entsprechend beeinträchtigt werden (vgl. Enright et al.,

2020). Für ein Pflegetandem ist es daher von besonderer Bedeutung, weiterhin an der positiven Gestaltung der Beziehung zu arbeiten, um die Nähe zueinander nicht zu verlieren und so die wahrgenommene Belastung nicht zu verstärken. Es wurde nachgewiesen, dass die Aufrechterhaltung der Nähe der Pflegepartner zueinander verschiedene Vorteile birgt, wie z.B. ein grundsätzlich verbessertes Wohlbefinden bei Pflegebedürftigen sowie ein langsamerer Rückgang der Funktionsfähigkeit und weniger problematische Verhaltensweisen (vgl. Burgener & Twigg, 2002; Norton et al., 2009; Perren et al., 2007).

Die Beziehungsqualität zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen ist ein wichtiger Einflussfaktor für das Belastungsempfinden. Der wahrgenommene Identitätsverlust, z.B. bei Demenzerkrankungen, belastet die pflegenden Angehörigen und wirkt sich auf die Beziehung aus (vgl. Enright et al., 2020). Aufgrund der sprachlichen und kognitiven Einschränkungen steht die/der Pflegebedürftige nicht mehr in gewohnter Weise als Gesprächspartner/in zur Verfügung, wenn es z.B. darum geht, wichtige Entscheidungen gemeinsam abzuwägen, Zukunftspläne zu machen oder sich emotional zu verständigen (vgl. Franke, Andresen, 2006, 55). Dieser Kommunikationsverlust erschwert die Interaktion in der Pflegesituation, verhindert den Aufbau gegenseitiger Zuneigung, Wertschätzung, Intimität, die Bildung einer Wir-Identität und einen respektvollen Umgang, was sich wiederum negativ auf die Beziehungsqualität auswirken kann (vgl. Desens, Horwath, 2016, 107).

Auch der Aspekt der wahrgenommenen gegenseitigen Unterstützung ist im Pflegesetting von besonderer Bedeutung. Anhand wissenschaftlicher Studien wird die Vermutung bekräftigt, dass die Unterstützung, die eine pflegende Person durch eine pflegebedürftige Person wahrnimmt, ein wichtiger Einflussfaktor für die Stimmung bzw. Zufriedenheit von pflegenden Angehörigen ist. D.h. je stärker ausgeprägt sich die wahrgenommene Unterstützung und Hilfsbereitschaft durch die/den Pflegebedürftigen zeigt, desto zufriedener ist der pflegende Angehörige. Fehlt diese Unterstützung, ist die Situation für pflegende Angehörige deutlich schwieriger zu tolerieren (vgl. Boerner & Mock, 2012, 464 f.). Zudem ist wissenschaftlich belegt, dass der mentale Status von pflegenden Angehörigen einen großen Einfluss auf die Pflegebedürftigen haben kann, was den Rückschluss zulässt, dass die Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der psychischen Gesundheit der Pflegenden sich nicht nur vorteilhaft auf die eigene Situation auswirkt, sondern auch auf die pflegebedürftige Person (z.B. Olsson et al., 2010; Rabkin, Wagner, & Del Bene, 2000).

Um die Ziele für das Pflegetandem im Sinne des vorliegenden Rahmenkonzeptes, die Interaktion und das Wohlbefinden zu stärken, zu erreichen, vernetzt, begleitet und steuert ein einrichtungs-/ bereichsübergreifendes Team alle therapeutischen und pflegerischen Prozesse

während des Aufenthaltes und ergänzt diese mit Tandem- und Interaktionsangeboten für das Pflegepaar. Dem Team gehören Mitarbeiter\*innen aus dem Klinik- und Pflegebereich an. Sie beraten in interdisziplinären Besprechungen den Verlauf, notwendige Änderungen und Interventionen. Gegenstand der Beratungen ist das Pflegepaar, deren Interaktion und die Koordination aller Therapie- und Betreuungsinhalte. Der zeitgleiche Aufenthalt bietet damit die Chance, alle Leistungen sinnvoll aufeinander aufzubauen und miteinander zu verknüpfen. So sind bspw. über eine theoretische Reflektion hinaus in Therapiegesprächen mit den pflegenden Angehörigen, Gespräche mit beiden Partnern des Tandems möglich und Impulse zur Entlastung des Pflegesettings können unmittelbar vor Ort mit dem Pflegepaar bereits angebahnt und umgesetzt werden. Damit kann die Akzeptanz zur Annahme entlastender oder stärkender Maßnahmen bis hin zur Übernahme in die häusliche Pflegesituation therapeutisch optimal begleitet werden.

Anhand der beschriebenen Aspekte wird deutlich, dass Interventionen immer beide Seiten des Pfl egetandems berücksichtigen sollten, um die gemeinsame herausfordernde Situation möglichst positiv zu gestalten und wechselseitige Interaktion weiterhin zu ermöglichen (vgl. Boerner & Mock 2012, 456). Die im vorliegenden Rahmenkonzept beschriebenen Wirkmodelle zu den Interventionen für die pflegebedürftige Person und das Pflege-Tandem (*Abbildung 5* und *Abbildung 6*) bieten durch die verschiedenen Interventionsstrategien entsprechende Ansätze, um z.B. durch die Stärkung verschiedener Kompetenzen am Verhalten und der damit verbundenen Wahrnehmung zu arbeiten und so letztlich auch das Wohlbefinden mit und in der häuslichen Situation zu verbessern.

### 3. Theoretischer Rahmen

#### 3.1. Begriffliche Klärung

**Pflegende Angehörige** werden mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) gemäß § 19 Satz 1 SGB XI als **Pflegepersonen** definiert und meint Personen, die regelmäßig und nicht erwerbsmäßig eine oder mehrere pflegebedürftige Personen pflegen, bei denen der MD einen Pflegegrad festgestellt hat und deren Pflegesituation für mindestens sechs Monate oder bereits seit sechs Monaten besteht (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021c). Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme müssen individuell geprüft werden, die Gewährung einer Maßnahme setzt das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 23 SGB V oder § 40 SGB V bzw. § 15 SGB VI voraus.

Eine **Pflegebedürftigkeit** liegt vor, wenn Personen auf Dauer bzw. mindestens für sechs Monate auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, weil sie körperliche, kognitive oder psychische Belastungen nach § 14 SGB XI die mindestens in der im § 15 SGB XI definierten Schwere bestehen, nicht selbstständig bewältigen können (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021b). Pflegebedürftige sind keine homogene Gruppe. Pflegebedürftigkeit kann in allen Altersstufen auftreten, die Spannweite reicht vom Kleinkind bis hin zur/m Senior\*in. Zudem sind die Arten der Pflegebedürftigkeit und die zugrundeliegenden Erkrankungen und Behinderungen individuell sehr unterschiedlich.

Pflegende Angehörige und Pflegebedürftige sind als pflegerische Einheit zu verstehen und unter dem Begriff **(Pflege-)Tandem, Pflegepaar oder Dyade** gefasst.

Unter **Begleitangeboten** werden diejenigen Angebote und Maßnahmen gefasst, die während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme des pflegenden Angehörigen die Versorgung, Betreuung und Förderung der pflegebedürftigen Personen der Kurzzeit- oder Tagespflegeeinrichtung oder in klinikeigenen Angeboten übernehmen. Bestandteil des Begleitangebotes sind darüber hinaus Angebote zur Stärkung der Interaktion der Pflegenden und Gepflegten, die im vorliegenden Rahmenkonzept als **Tandem – bzw. Interaktionsangebote** bezeichnet werden. Sie können sektorenübergreifend von stationären Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie Einrichtungen der Tages- und Kurzzeitpflege verantwortet werden.

Die Zielgruppe für die hier genannten Angebote und Maßnahmen ist das Tandem bestehend aus pflegender/m Angehöriger/m, die/der eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme wahrnimmt, und die mitreisende pflegebedürftige Begleitperson, die entweder in derselben Einrichtung untergebracht oder in einer kooperierenden Pflegeeinrichtung versorgt wird. Die Angebote können dabei sowohl als getrennte und auch gemeinsame Angebote für das Tandem konzipiert werden.

Es kann medizinische Gründe geben, die einer Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen entgegenstehen, wenn zum Beispiel bei depressiven Störungen oder schweren Erschöpfungszuständen eine Distanz zum sozialen Umfeld wichtig ist.

Im Projektzeitraum konnte keine Einrichtung gewonnen werden, die ein spezifisches Begleitangebot für eine junge Zielgruppe entwickeln wollte. Daher konnten nicht für jede Lebens- und Altersphase Pflegebedürftiger Konzepte entwickelt und erprobt werden. In diesem Konzept liegt daher der Fokus aufgrund der Ausrichtung der teilnehmenden Kooperationseinrichtungen auf pflegebedürftigen Personen im Erwachsenen- und Rentenalter. Anforderungen an die Versorgung und Unterbringung von jungen Pflegebedürftigen unterscheiden sich und benötigen

eine separate konzeptionelle Grundlage, die sich auf bestehende Konzepte zum Kurzzeitwohnen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stützen könnte (vgl. Witting, 2017).

### 3.2. Gesetzliche Grundlagen

In diesem Kapitel werden die gesetzlichen Grundlagen genannt, die zum Zeitpunkt der Erprobungsphase des Projektes maßgeblich waren.

Sofern die Rentenversicherung nicht vorrangig zuständig ist, werden stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmöglichkeiten, die durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, können von pflegenden Angehörigen nicht nur in Kliniken wahrgenommen werden, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, sondern gemäß § 111 a SGB V auch in Kliniken der Müttergenesung. Eine Übersicht der Kostenträger und gesetzlichen Grundlagen zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen findet sich in [Tabelle 1](#), die leistungsrechtlichen Voraussetzungen müssen individuell geprüft werden.

Maßnahme	Gesetz. Grundlage	Kostenträger
Stationäre Vorsorge	§ 23 Abs. 4 SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
Stationäre Rehabilitation	§ 40 Abs. 2 SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
	§ 15 SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung

*Tabelle 1: Gesetzliche Grundlagen für stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige*

Während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme einer/s pflegenden Angehörigen gibt es die Option mit und ohne Begleitung der pflegebedürftigen Person zu reisen. Bei einer stationären Rehabilitation der pflegenden Angehörigen haben sie bei Aufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung gemäß § 40 Abs. 3 Satz 11 SGB V Anspruch auf eine Versorgung. Eine Alternative ist eine Unterbringung in einer Kurzzeitpflege am Ort der Klinik oder am Heimatort gemäß § 42 SGB XI.

Als weitere Möglichkeit ist zu prüfen, ob der/die Pflegebedürftige selbst eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme wahrnehmen könnte. Eine Rehabilitation kann sich durch eine Verordnung eines ambulanten Vertragsarztes oder die Pflegebegutachtung des MD ergeben. Diese zeitgleich stattfindende Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person ist voraussetzungsvoll, es braucht neben dem individuellen Rehabilitationsbedarf ein ausreichendes Rehabilitationspotential der pflegebedürftigen Person sowie eine Klinik mit einem passenden Angebot und freiem Platz zeitgleich zur Maßnahme der/s pflegenden Angehörigen.

Eine Übersicht verschiedener Versorgungsmöglichkeiten für pflegebedürftige Begleitpersonen sowie der gesetzlichen Grundlagen findet sich in [Tabelle 2](#). Gegenstand dieser Konzeption sind die Optionen, die gemeinsam / in Begleitung realisiert werden.

Unterbringung	Versorgung pflegebedürftige Person	Gesetzliche Grundlage
<b>Gemeinsam / in Begleitung</b>	Kurzzeitpflege am Ort der stationären Maßnahme des pflegenden Angehörigen	§ 42 SGB XI
	Tagespflege am Ort der stationären Maßnahme des pflegenden Angehörigen	§ 41 SGB XI
	Verhinderungspflege am Ort der stationären Maßnahme des pflegenden Angehörigen	§ 39 SGB XI
	Als Begleitperson in derselben Einrichtung	§ 40 SGB V, Abs. 3 § 42 SGB XI
Gemeinsam / Getrennt	Medizinische Rehabilitation	§ 40 SGB V
Getrennt / ohne Begleitung	Versorgung in häuslicher Umgebung unter Inanspruchnahme der Verhinderungspflege	§ 39 SGB XI
	Tagespflege am Heimatort	§ 41 SGB XI
	Kurzzeitpflege am Heimatort	§ 42 SGB XI

Tabelle 2: Optionen zur Versorgung von Pflegebedürftigen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme des pflegenden Angehörigen

Unterbringung	Interaktionsangebote für das Pflege-Tandem	Gesetzliche Grundlage
<b>Gemeinsam / in Begleitung</b>	Information und Beratung von Partner*innen und Angehörigen	§ 42 SGB IX Abs. 3, Ziffern 3 und 5
	Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen	

Tabelle 3: Option zur Erbringung der Interaktionsangebote für das Pflege-Tandem

Zum Zeitpunkt der Erprobung waren die genannten gesetzlichen Grundlagen maßgeblich. Durch die Verabschiedung des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG, am 26.05.2023) sind Leistungsanpassungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erfolgt, die sich ab dem 01.07.2024 z.B. im Rahmen der Novellierung des § 42a SGB XI n. F. auswirken. Zu den sozialrechtlichen Aspekten wird in [Kapitel 8.2.](#) im Zusammenhang mit der sozialrechtlichen Bewertung ausführlich Stellung genommen

### 3.3. Qualitätsanforderungen

Die Angebote sind für eine Umsetzung in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, § 111a SGB V oder die in den § 15 Abs. 2 SGB VI genannten Rehabilitationseinrichtungen konzipiert, so dass die damit einhergehenden

Anforderungsprofile und Qualitätsmanagementvorgaben der jeweiligen Kostenträger gelten. Für Kliniken mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V sind darüber hinaus die Qualitätsleitlinien des Müttergenesungswerkes wegweisend.

Neben den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen können Begleitangebote auch in derselben Einrichtung gemäß § 42 Abs. 4 SGB XI als stationäre, klinikeigene Leistung der Kurzzeitpflege erbracht oder als Tages- oder Kurzzeitpflege in Pflegeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI angeboten werden. Die Qualitätsanforderungen richten sich entsprechend nach diesen gesetzlichen Grundlagen. Im Projekt wurden die genannten Varianten der Begleitangebote, für die es einen gesetzlichen Anspruch gibt, erprobt.

## 4. Wissenschaftliche Begleitung und Validierung

### 4.1. Methoden der wissenschaftlichen Begleitung

Die Konzeptentwicklung in diesem Projekt baut auf dem aktuellen Stand der Forschung auf. Dazu hat die Hochschule Bielefeld eine systematische, internationale Literaturanalyse zu den Bedarfen von pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen in Bezug auf Begleitangebote durchgeführt. Zu den Themen liegen nur wenige Forschungsarbeiten vor und diese beziehen sich ausschließlich auf pflegebedürftige Erwachsene im Rentenalter. Zum großen Teil weisen sie zudem eine niedrige Evidenz auf. Neben der Literaturanalyse ist eine Recherche nach Best-Practice-Modellen erfolgt.

Die weitere wissenschaftliche Arbeit erfolgte mittels **Fokusgruppendifkussionen**, um die Perspektive von pflegenden Angehörigen sowie von Expert\*innen für die Konzeptentwicklung zu erfassen. Die Auswertung erfolgt systematisch und regelgeleitet in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Weiter fanden zwei **Workshops mit Expert\*innen** statt. Der erste Workshop erfolgte vor der Erprobungsphase zur Validierung des Konzeptentwurfs und hatte die Praxistauglichkeit aus Sicht von Praktiker\*innen aus dem Bereich Vorsorge- und Reha sowie der Pflege im Fokus. Im Ergebnis lagen Expert\*innenhinweise zur Adaption der vorhandenen Konzepte und zur Einleitung der Umsetzungsphase vor. Der 2. Workshop mit Fachexpert\*innen erfolgte im Anschluss an die Erprobungsphase. Bei diesem Termin wurden die in der Erprobung identifizierten Herausforderungen besprochen und praktische Lösungsansätze eruiert.

Die wissenschaftliche Datenerhebung wurde während der Umsetzungsphase mithilfe eines t0 Fragebogens vor der Maßnahme und eines t1- Fragebogens t1 nach dem stationären Aufent-

halt ausgeführt. Die schriftliche Befragung bildet die quantitative Datengrundlage, um die Erfahrungen und die Zufriedenheit mit den Begleitangeboten aus der Perspektive der Nutzer\*innen zu erfassen.

Im Zeitraum der Erprobung (März 2022 – Juni 2023) wurden 146 t0-Fragebogen ausgefüllt und 97 Fragebögen im Rahmen der t1-Befragung zugesandt, insgesamt wurden 144 Assessmentbögen von den Einrichtungen ausgefüllt. Die Durchführung der **Assessments erfolgte** auf Basis des neuen Begutachtungsinstrumentes der Sozialen Pflegeversicherung *NBI* (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse e.V., 2019a).

Darüber hinaus wurden zwölf leitfadengestützten **Interviews** mit pflegenden Angehörigen (n=10) und pflegebedürftigen Begleitpersonen (n=2) für weitere **qualitative Daten** geführt.

Die genannten Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Projektphasen und Perspektiven wurden in die finale Konzeptentwicklung stetig einbezogen – insbesondere die Perspektive der Nutzer\*innen und ergänzend die Perspektive von Expert\*innen und Anbieter\*innen. Rückmeldungen aus der praktischen Umsetzung des Konzeptes sind, wie in [Kapitel 6](#) beschrieben, durch strukturierte Gespräche mit den Einrichtungen gewonnen worden, in denen Pflegepaare einen Aufenthalt mit Begleitangebot wahrgenommen haben. Dabei erfolgte eine Unterteilung nach Begleitangeboten für pflegebedürftige Personen [Kapitel 4.2.2.](#) sowie Angeboten für das Pflegepaar [Kapitel 4.2.3.](#)

Um die vielfältigen in Kapitel 4 beschriebenen Aspekte und Ergebnisse zu fassen, sind die wesentlichen Inhalte zu einem „Dreizehn-Punkte-Plan“ gebündelt worden. Dieser ist in der Rahmenkonzeption in [Kapitel 5.1.1.](#) zu finden.

Die vollständigen Informationen der wissenschaftlichen Begleitung, zur Datenerhebung und deren Ergebnisse sind dem als **Anhang 3** beigefügten Gesamtbericht zum Verbundvorhaben der Hochschule Bielefeld *„Bericht aus Lehre und Forschung. Prävention und Rehabilitation für pflegende – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer\*innenorientierter Versorgungskonzepte“* zu entnehmen. Die Informationen für das vorliegende Modellprojekt 3 sind dort in Kapitel 5 zu finden.

## 4.2. Forschungsstand und Konzept-Validierung

### 4.2.1. Kurzbeschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der Erprobungsphase hat sich gezeigt, dass die Zielgruppe für das Begleitangebot insbesondere aus Pflegetandems besteht, die in einem engen familiären Verhältnis stehen - zumeist (Ehe-)Partner (> 90%). Die soziodemografischen Daten zeigen ein Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen von 74 Jahren, bei den pflegebedürftigen Personen von 78 Jahren. Etwa drei Viertel der pflegenden Angehörigen sind Frauen, die ihre pflegebedürftigen Männer betreuen. Im Pflegetandem versorgen 90,2% ihre\*n (Ehe-)Partner\*in und 95,1% leben in einem gemeinsamen Haushalt. Im Durchschnitt wird die häusliche Pflege seit 5,5 Jahren wahrgenommen und in den meisten Fällen sind demenzielle Erkrankungen überwiegend mit den Pflegegraden 3 ( $\emptyset > 40\%$ ) und 4 ( $\emptyset < 40\%$ ) der Grund für die Pflegebedürftigkeit. Alle weiteren Pflegepersonen haben mindestens Pflegegrad 2.

In den folgenden Ausführungen ist zu beachten, dass die Mehrzahl der Rückläufe aus einer Einrichtung mit einer gemeinsamen Unterbringung (94,8%) in einer Vorsorgeklinik stammen.

### 4.2.2. Begleitangebote für pflegebedürftige Personen

In diesem Kapitel werden wesentliche Aspekte aus dem Projektverlauf beschrieben, die maßgeblich für die Umsetzung der Begleitangebote für pflegebedürftige Personen nach dem Rahmenkonzept sind. Die Angebote können aus vier verschiedenen Modulen zu den unterschiedlichen Interventionsbereichen ausgewählt und angeboten werden (Module: [Abbildung 2](#), Angebote: [Tabelle 4](#)). In den nachfolgenden Ausführungen sind Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur und aus relevanten Praxisbeispielen sowie Erkenntnisse aus der Konzeptvalidierung enthalten, die neben der Expert\*innen- und Anbieter\*innenperspektive insbesondere die Rückmeldungen der Nutzer\*innen beinhalten.

#### 4.2.2.1. Hemmnis der Inanspruchnahme von Tages- und Kurzzeitpflege

Es zeigt sich in Deutschland, dass die tatsächliche Inanspruchnahme von Tagespflege niedrig und die Hemmnisse gegenüber einer Inanspruchnahme hoch sind: Eine Befragung unter schwerpflegebedürftigen Personen, die in der Häuslichkeit versorgt werden, und pflegenden Angehörigen kommt zu dem Ergebnis, dass lediglich vier Prozent der Befragten Erfahrung mit Betreuung in der Tagespflege haben (vgl. Dorin, 2014, 65; Lüdecke et al., 2012, 6). Die Ergebnisse eines kürzlich abgeschlossenen Projektes zum Thema „Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung von Tagespflege für ältere Menschen in NRW (TpQ)“ stützen diese Erkenntnisse und attestieren der Tagespflege ein Imageproblem (vgl. Bükler et al. 2023).

Laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 nutzen deutschlandweit 3,3 % der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen das Angebot der Tagespflege (vgl. Statistisches Bundesamt, 2022, Tabelle 3.4). Im Jahr 2019 lag diese Zahl noch bei 4,21 %, somit zeigt sich das Nutzungsverhalten der Betreuung durch die Tagespflege rückläufig (Statistisches Bundesamt, 2020). Insgesamt weist die bundesamtliche Statistik für das Jahresende 2021 eine Zahl von 159.438 Personen aus, die eine Versorgung über die Kurzzeit- oder Tagespflege in Anspruch nahmen – was eine Quote von knapp 4 % der häuslich versorgten Pflegebedürftigen bundesweit ausmacht (Statistisches Bundesamt, 2022). Bezogen auf Nordrhein-Westfalen zeigt die Pflegestatistik 2021 im Ländervergleich, dass eine Zahl von 35.494 Personen die Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege genutzt hat (= ca. 3 % der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden) (Statistisches Bundesamt, 2023b).

Bei der Frage nach Vorerfahrungen mit der TP/KZP im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der PuRpA-Konzepterprobung hat ca. die Hälfte der Befragten (52,1%) angegeben, über keine Vorkenntnisse bei der Inanspruchnahme zu verfügen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine hohe Ablehnung der genannten Entlastungsangebote vorliegt (vgl. Dorin, 2014, 65). Dies kann zum einen in den Angeboten begründet sein (z.B. Kosten, Erreichbarkeit, Konzept, fehlende Zielgruppenausrichtung) oder auch durch subjektiven Barrieren (z.B. Gewissensbisse, Versagensgefühle, fehlende Sensibilität für Bedarf, Hemmnis Häuslichkeit zu verlassen oder vor Versorgung durch Unbekannte) oder objektive Gründe (z.B. Organisation und Zeitmanagement) (vgl. Hetzel et al., 2018, 52; Dorin, 2014, 70; Phillipson & Jones, 2012, 31f.). Weitere Gründe liegen laut Literatur in der fehlenden Flexibilität der Einrichtung und Transportproblemen (Du Preez et al., 2018), der Sorge vor einer Konfrontation mit dementiell erkrankten Menschen (O’Shea et al., 2020; Orellana et al., 2020), der fehlenden Sinnhaftigkeit der Angebote in der Tagespflege (O’Shea et al., 2020) sowie finanzielle Gründe (Newkirk et al., 2020; Du Preez et al., 2018; Ellen et al., 2017). Daneben sind auch die Unwissenheit über das Geschehen in der Tagespflege und negative Assoziationen mit dem Begriff der *Tages“pflege“* Gründe für eine Nicht-Inanspruchnahme (Orellana et al., 2018). Wenn ein Angebot einmal bekannt und in Anspruch genommen wurde, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es erneut wahrgenommen wird (vgl. Büker et al. 2023, 26; Dorin 2014, 68). Die Sorge zu einer Versorgung außerhalb der Häuslichkeit formuliert eine pflegende Angehörige wie folgt:

*„Ich denke, hoffentlich läuft alles gut. Hoffentlich. Und wie kriege ich sie wieder? Davor habe ich solche Angst. Wie bekomme ich sie wieder?“ (Nutzer\*innen, Zeile 328-334)*

*„Das ist, glaube ich, immer die Angst, dass-, man hat immer die Angst, dass sich jemand nicht richtig um den Angehörigen kümmert.“ (Nutzer\*innen, Zeile 700-711)*

Die an der Erprobung beteiligten Einrichtungen bestätigen, dass es für die Akzeptanz des TP/KZP-Angebotes hilfreich ist, wenn die Nutzung bereits zuvor bekannt ist. Ohne Vorerfahrung wird eine Fremdbetreuung vermehrt von den Pflegetandems abgelehnt, die nach dem Aufenthalt fortbesteht. Die Aussagen der Befragten spiegeln die verschiedenen Erfahrungen wider:

*„Sie ist ja bei uns auch zur Tagespflege, geht sie ja auch, so wie heute ist sie wieder in der Tagespflege, zweimal in der Woche, mittwochs und freitags. Und das ist das Gleiche eigentlich.“ (TIMP36\_20221130, Z.: 165-167)*

*Und ich wollte auf jeden Fall es sehen, dass sie auch mal ein anderes Umfeld kennengelernt, dass sie dort in der Tagespflege sich einordnet. Das hat sie auch gemacht, aber leider ist das schiefgegangen, dass sie sagt, ich will sie abschieben. Und sie nimmt das hier nicht wahr, das kommt gar nicht in Frage. Und das hat nicht funktioniert.“ (TIMP35\_20221109, Z.: 329-334)*

Im Rahmen der Maßnahme können Begleitangebote ausprobiert werden. Wenn die Erfahrungen positiv sind, wurden Hemmnisse bei den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen abgebaut und die Beteiligten zeigen sich verschiedenen Unterstützungsangeboten (TP, KZP, ambulante Pflegedienste, Beantragung neuer Hilfsmittel) gegenüber aufgeschlossener.

*„Das andere, was für mich ein ganz großer Pluspunkt ist, ist, dass mein Vater diese Pflege zugelassen hat, also dass meine Mutter jetzt-, dass der Pflegedienst da in das Haus darf, das hatten die vorher immer abgelehnt hat, haben immer gesagt: „Das wollen wir nicht“ und „Wir wollen nicht gestört werden“ und dass es da ja passiert ist, haben wir von da aus organisiert, dass der Pflegedienst da zu meiner Mutter kommt und die saubermacht und wäscht und putzt und sowas. Also das ist für mich eine große Erleichterung, dass sozusagen jetzt der Pflegedienst da drin ist [...].“ (TIMP310\_20230315, Z.: 327-334)*

Die Gründe für die Ablehnung der Tages- und Kurzzeitpflege sollten bei der Konzeption der Begleitangebote Berücksichtigung finden (vgl. Hetzel et al., 2018, 52). Niederschwellige Informationen und die Möglichkeiten zum gemeinsamen Kennenlernen des Angebots und des Personals helfen dabei, Vertrauen in die Angebote fassen zu können und fördern die individuelle Ausrichtung auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden (vgl. Dorin 2014, 70f.). Der Vorschlag der Expert\*innen aus der Praxis bekräftigt dieses Vorgehen im Vorfeld des Aufenthaltes und empfiehlt dazu z.B. vorab einen Besuch der Einrichtung, digitale Rundgänge oder Erklärvideos, um Berührungängste abzubauen und einen ersten Einblick zu erhalten.

#### 4.2.2.2. Wohlbefinden und Vertrauensaufbau

Von besonderer Bedeutung ist das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen in der KZP/TP.

*„Er war gut aufgehoben, das war für mich das Wichtigste. Er war gut aufgehoben, ja, als ich dahingegangen bin. Er hatte immer saubere Kleidung an, das mal da ein Fleck war okay, das ist, ja, passiert zu Hause auch, aber der war immer frisch rasiert, geduscht, oder saubergemacht halt.“ (TIMP312\_20230419, Z.: 134-137)*

Bei Inanspruchnahme erleichtern ein familiäres Umfeld und geringe Gruppengrößen das Ankommen, Eingewöhnen und Wohlfühlen (vgl. Harkin et al., 2020). Gerade zu Beginn einer Maßnahme ist ein Besuch des pflegenden Angehörigen in der Pflegeeinrichtung wichtig, um Vertrauen aufzubauen und mit den Verantwortlichen abzustimmen, wie sich ihr individuelles Informationsbedürfnis gestaltet (vgl. Büker et al., 2023, 64; Hetzel et al., 2021, 239). Die Bedeutung des Ankommens betonen auch Expert\*innen:

*„[...] ich glaube, es geht erst mal ums Ankommen. Also, der Pflegebedürftige muss so gut ankommen, damit die mitreisende Person, um die es in der Vorsorge oder Reha geht, dann auch ab-, sich lösen kann, um ihre eigene Therapie zu machen. Und das muss ja relativ schnell gehen, sodass das Thema einen großen Schwerpunkt haben soll. Also, das Wohlfühlen, Ankommen muss im Vordergrund stehen an der Stelle, am Anfang. Schneller Beziehungsaufbau, was mit Menschen, die pflegebedürftig sind, sicher auch eine Herausforderung ist.“ (Expert\*innen, Zeile 28-35)*

Ein zufriedenstellender Vertrauensaufbau gelingt nicht in jedem Fall und die Eingewöhnungszeit der Pflegebedürftigen ist sehr verschieden und benötigt in Relation zum zeitlich begrenzten Aufenthalt viel Zeit.

*„Die ersten zwei Wochen waren sehr fremd. Nach der zweiten Woche habe ich gemerkt, er kommt da an. Man hat es ihm auch im Gesicht gesehen, dass es ihm gut ging.“ (TIMP312\_20230419, Z.: 67-69)*

Daher sollte das Tandem insbesondere in der ersten Zeit durch die Einrichtungen unterstützt und die individuelle Zeit für das Ankommen berücksichtigt werden. Das gilt insbesondere für Begleitangebote mit einer getrennten Unterbringung. Ein gutes Vertrauensverhältnis aufzubauen, ist nicht nur bezogen auf die Pflegebedürftigen wichtig, sondern auch mit den pflegenden Angehörigen – beide Personen des Tandems sollten dabei in den Blick genommen werden.

#### 4.2.2.3. Informationsbedürfnis

Für die pflegenden Angehörigen ist es zum Vertrauensaufbau sehr wichtig, umfassend und proaktiv über die Belange ihrer Pflegebedürftigen durch das Fachpersonal informiert zu werden.

*„Ich hätte-, da bin ich nicht alleine. Ich hätte gerne gewusst-, das will man ja nicht jeden Tag. Aber ich hätte gerne so einmal die Woche wie so ein Elternsprechtag, wie er sich da macht, ob er was mitmacht und wo er Spaß dran hat und was die gemacht haben und so. Aber das findet null, null kommen gar nichts statt. Das hätte ich mir gewünscht, dass man einmal die Woche meinetwegen so ein Feedback kriegt.“  
(TIMP39\_20230307, Z.: 66-76)*

Dem ausgeprägten Informationsbedürfnis der pflegenden Angehörigen gerecht zu werden, war in der Praxis nicht immer möglich. Expert\*innen hatten gute Erfahrungen damit gemacht, sogenannte Feedbackmanager\*in (mit Qualifikation z.B. im Bereich von Qualitätsmanagement, Beschwerdemanagement) mit dieser Aufgabe zu betrauen. Entscheidend ist, dass pflegende Angehörige feste Ansprechpersonen haben, wenn es um ihre Anliegen zum Begleitangebot geht. Zu Beginn des Aufenthaltes sollten zuständige Ansprechperson, deren Kontaktdaten und Dienstzeiten benannt werden. Um den Vertrauensaufbau zu verstärken, ist auch eine tägliche, offene Sprechstunde geeignet, in der verschiedene Anliegen geklärt werden können. Für die pflegende Angehörige ist es elementar, zu wissen, dass die zu pflegende Person gut versorgt und betreut sind. Die Bedeutung steigt signifikant, wenn Pflegebedürftige aufgrund ihres Gesundheitszustandes selbst nicht in der Lage sind, von dem Erlebten zu berichten.

*„Ja, das hat ihr schon zugesagt. Und bloß wusste sie es nicht mehr. Aber die Betreuer haben zu mir gesagt, sie hat mitgemacht. Das war für mich wichtig, wie wenn sie bloß da herumsitzt, ja, also...“ (TIMP36\_20221130, Z.: 158-161)*

Fotografien und deren digitale Übermittlung (z.B. per Messenger, Datenschutz muss dazu geklärt sein!) könnten aus Perspektive der Praktiker hilfreich sein, pflegenden Angehörigen die gewünschten Einblicke in die Betreuung zu geben. Rückmeldung an die pflegenden Angehörigen sollte möglichst niedrigschwellig und gut in die regulären Abläufe der Mitarbeitenden integriert erfolgen können.

Bei Bedarf sollten mehrere feste Gesprächstermine zu verschiedenen Zeitpunkten des Aufenthaltes mit dem Tandem oder ggf. den pflegenden Angehörigen hinsichtlich der Betreuung und Versorgung der pflegebedürftigen Begleitperson mit der Pflegeeinrichtung/Betreuung eingeplant werden. Basis für diese Gespräche könnte ein Leitkatalog sein, der Themen wie z.B. Inhalte/Möglichkeiten der Betreuung, Rückmeldung zur Eingewöhnung, Erwartungen der pflegenden Angehörigen an den Aufenthalt, enthält. In der Prozesskette ([Abbildung 4](#)) sind Gespräche zu Beginn, in der Mitte und zum Abschluss der Maßnahme vorgesehen.

#### 4.2.2.4. Partizipation bei der Therapieplanung: Gesprächsstruktur mit festen Ansprechpersonen

Eine Befragung von Patient\*innen ohne dementielle Erkrankung in Tageskliniken zeigt, dass der Ansatz einer personenzentrierten Pflege geschätzt wird (vgl. Adamson et al., 2016, 3049). Die Patient\*innen befürworten den aktiven Einbezug in die Planung und die Transparenz und den Aufbau des Therapieplans (vgl. Adamson et al., 2016, 3050) und fühlen sich durch diesen Einbezug in die Entscheidungsfindung der Betreuung und Behandlung gewürdigt und respektiert (vgl. Adamson et al., 2016, 3049). Aus den Befragungsergebnissen lässt sich festhalten, dass die personenzentrierte Pflege mit dem Fokus auf den individuellen Bedürfnissen und dem Einbezug der Patient\*innen in die Entscheidungsfindung die Versorgung aufwerten und die Zufriedenheit fördern (vgl. Adamson et al., 2016, 3051f.). In der Fokusgruppe der Nutzer\*innen wird eine intensive Betreuung mit einem höheren Personalschlüssel gefordert:

*„Ja, also was es braucht, eigentlich ganz einfache Antwort. Eine Eins-zu-eins-Pflege. Oder Eins-zu-eins-Betreuung. Also auch in der Tagespflege. Vielleicht auch einer für zwei. Das macht ja auch gehen. Man muss ja nicht die ganze Zeit rumstreichen. Aber so in dem Schlüssel. Also ein höherer Schlüssel als eine normale Tagespflege hat. Also jetzt, die haben ja die anderen Schlüssel. Und das bräuchte es auf jeden Fall. Also in unserem Fall.“ (Nutzer\*innen, Zeile 139-143)*

Für die bedarfsgerechte Umsetzung des Begleitangebotes ist grundsätzlich eine ausreichende Personalstärke erforderlich (z.B. zur individuellen Unterstützung, Bildung von kleineren Gruppen zur Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen/Fähigkeiten). Personalmangel wirkt sich unmittelbar auf die Betreuungssituation und auf die Zufriedenheit des Pflegetandems aus.

In der Erprobungsphase hat sich gezeigt, dass der partizipative Einbezug von pflegenden Angehörigen *und* Pflegebedürftigen als wichtig erachtet wird und z.B. durch intensives Nachfragen und ausreichend Zeit für Gespräche mit den Beteiligten umgesetzt werden kann.

*„Ich glaube, wenn mein Mann sich besser geäußert hätte, wenn er sich mehr, ja, wie soll ich das jetzt sagen? Ja, wenn er sich besser geäußert hätte, ich möchte heute spielen, ich möchte heute malen, dann würden die das darauf eingehen. Glaube ich auf jeden Fall. Aber er konnte sich nicht äußern, dann hat er immer gedacht, die tun ihm was Böses oder die verstehen ihn nicht, also ist er, ist immer leise geblieben. Aber ich denke mal, hätte er sich jetzt komplett äußern können, dann wäre es passiert.“ (TIMP312\_20230419, Z.: 115-121)*

Wenn aufgrund kognitiver Einschränkungen eine Beteiligung der Pflegebedürftigen kaum möglich ist, sind diese Gespräche für die pflegenden Angehörigen umso wichtiger, um individuelle Interessen, Vorlieben und Bedarfe der Pflegebedürftigen in das Begleitangebot einbringen zu können.

*Ja. Also das war wirklich so, dass sie da sehr gut-, also mit uns gesprochen haben, das war sehr-. Ja, war so ein intensives Gespräch, also die haben sich da wirklich Zeit gelassen. So auch die Mutti befragt und auch meine kleine Schwester befragt, da muss man Geduld haben, dass da was rauskommt bei meiner kleinen Schwester und das war schon gut, wie sie das gemacht haben.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 489-493)*

Dies kann über eine festgelegte Gesprächsstruktur abgesichert werden. Auch die Einhaltung von Absprachen zur Versorgung und von gemeinsam vereinbarten Zielen (z.B. Medikamenteneinnahme, Windelgewöhnung) sollte aus Sicht der pflegenden Angehörigen zuverlässig erfolgen.

*„Ja, am Anfang war es so, dass so dieses erste Gespräch an dem Anreisetag mit dem Pflegedienst, [...] da hatte ich mir bei meiner Mutter ein bisschen mehr Hoffnung gemacht, [...] dass da so ein bisschen was dann eben doch nicht geworden ist, dass sie dann-. Aber das war unser Ziel, dass meine Mutti am Ende dann diese Windeln freiwillig trägt, macht sie bis jetzt noch nicht und sie ist halt undicht. Und das ist ein bisschen schade, da war ich ein bisschen traurig, [...] Weil die hatten das so auf die Zielagenda geschrieben und dann ist es aber nicht-, konnte es-, es wurde nicht eingeübt, weil es nicht das Personal gab dafür, so.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 471-485)*

#### **4.2.2.5. Individuelles Gesundheitsmanagement: Assessmentstruktur**

Ein individuell ausgerichtetes Gesundheitsmanagement hat sich im Programm *Familieneinbezug und individuell ausgerichtete funktionelle Rehabilitation*, das in einer Tagespflegeeinrichtung für kognitiv unbeeinträchtigte Patient\*innen mit moderater physischer Beeinträchtigung und Pflegebedarf angeboten wurde, bewährt. Es sieht ein individuell zugeschnittenes Angebot an Beschäftigung, Betätigung und Therapie vor, das auf einem einleitenden und in regelmäßigen Abständen wiederkehrenden Gesundheitsassessment basiert und mithilfe der Ergebnisse, Entwicklungen, Bedürfnisse und Präferenzen der Patient\*innen laufend angepasst wird (vgl. Chang et al., 2015, 181). Die Beteiligten verständigen sich auf das Einhalten dieses gemeinsam konstruierten, individuell ausgerichteten Gesundheitsmanagement-Plans (vgl. Chang et al., 2015, 181). Das Festlegen messbarer Ziele fördert die subjektive und objektive Wahrnehmung eines Rehabilitationserfolgs und das Gefühl, die eigene Situation positiv beeinflussen zu können (vgl. Chew et al., 2015). Auch Expert\*innen weisen auf die Notwendigkeit einer individuellen Ausrichtung hin:

*„Und dann müsste man da noch zusätzlich die jeweilig individuellen Voraussetzungen kennen. Also, was steckt dahinter, hinter der Pflegebedürftigkeit? Und ich glaube, erst dann kann man dann wirklich relativ individuell entscheiden, was können wir da für spezielle Umsetzungsformen vielleicht auch für nutzen Pauschalprogramm gibt es nicht.“ (Expert\*innen, Zeile 69-72)*

Der Wunsch nach einer individuellen Ausrichtung wurde auch von pflegenden Angehörigen in der Fokusgruppendifkussion geäußert:

*„Also ich glaube, was wir uns alle wünschen, ist ja so ein ganzheitliches und individuelles Konzept. Was, denke ich, überhaupt nicht durch-, oder umzusetzen ist, weil es einfach auch zu teuer ist. Das muss man ja auch mal fairerweise sagen. Aber dann könnte man auch wirklich abschalten.“ (Nutzer\*innen, Zeile 373-376)*

In die Konzepte der Begleitangebote wurde ein Aufnahmeassessment auf Basis des Begutachtungsinstrumentes NBI eingeführt. Die Informationen des Gesundheitsassessments und die Angaben des Pflegetandems fließen in die partizipative Therapieplanung für die individuelle Zielsetzung und Zuschnitt der Maßnahmenplanung im Begleitangebot ein.

*[...] wurden dann sehr herzlich willkommen geheißen in der Tagesstätte, also wo dann sozusagen meine Mutti und meine kleine Schwester betreut werden. Und die fragten uns dann auch nach den Zielen von den beiden, das war ein sehr nettes Gespräch und dann sind wir in unsere Zimmer gebracht worden.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 12-15)*

Planung, Umsetzung und Zielüberprüfung sind zu dokumentieren. Eine pflegebedürftige Begleitperson schildert, dass die individuellen Wünsche berücksichtigt wurden:

*„Ja ich musste nur was sagen. Das ham se sofort gemacht.“ (TIMP31\_220505, Z.: 63)*

#### **4.2.2.6. Modularer Aufbau zur zielgruppenspezifischen Ausrichtung**

Forschungsergebnisse zum Konzept *Respite Care* beschreiben, dass ein modularer Aufbau den individuellen Bedarfen gerecht werden kann: Pflegebedürftige Personen erfahren gesundheitsbezogene Beschäftigung, Assessments, eine pflegerische Versorgung und Therapieangebote sowie soziale Aktivitäten; gleichzeitig werden pflegende Angehörige durch edukative Angebote, praktische Begleitung und soziale Aktivitäten eingebunden – es gibt dabei kein feststehendes Angebot, sondern es setzt sich je nach Zielgruppe und Rahmenbedingungen aus verschiedenen Bausteinen zusammen (vgl. Evans, 2013, 1910f.). Je individueller das Angebot ist, desto hilfreicher ist es für die einzelnen Personen und desto komplexer in der Gesamtumsetzung (vgl. Evans, 2013, 1911). Eine zielgruppenspezifische Ausrichtung von Angeboten kann sich orientieren an Geschlecht, Pflegebedarf sowie der Dauer der Pflegebedürftigkeit und der Versorgungsbedarfe (vgl. Moholt et al., 2020). Eine Befragung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit kognitiven Störungen/Demenz zeigt, dass sie eine Bildung von Gruppen pflegebedürftiger Angehöriger mit Personen mit ähnlichen Erkrankungen, Einschränkungen und Krankheitsfortschritten als Vorteil ansehen (vgl. Harkin et al., 2020, 854ff.). Die Sinnhaftigkeit einer entsprechenden Trennung wird auch von pflegenden Angehörigen im Rahmen der Konzeptvalidierung und Expert\*innen in den Fokusgruppen formuliert:

*„Auch so eine demenzielle Erkrankung alleine betrachtet, würde ich auch separieren gegenüber anderen, die weniger eingeschränkt sind. Oder die nur Mobilitätseingeschränkt sind. Weil jeder für sich ganz individuell ganz andere Sachen kann. Und von ganz anderen Sachen profitiert.“ (Nutzer\*innen, Zeile 487-514)*

*„Ich muss ja mit jemand, der kognitiv fit ist, der hat ganz andere Bedürfnisse und andere Forderungen wie jemand, der eine kognitive Beeinträchtigung hat oder eine emotionale oder eine körperliche Beeinträchtigung hat. Und ich glaube, man kann gar nicht pauschal ein Programm entwerfen für den Pflegebedürftigen, das muss ja sehr individuell sein auch.“ (Expert\*innen, Zeile 153-157)*

In der einwöchigen Intervention *Pflegetandem* wurde wiederum keine Zielgruppenhomogenisierung nach beispielsweise Indikation vorgenommen, da es von den Teilnehmenden als weniger wichtig oder sogar hemmend bewertet wurde (vgl. Hetzel et al., 2021, 239). Andere Untersuchungen zeigen, dass es zum Teil geschlechtsspezifische und krankheitsspezifische Angebote für pflegebedürftige Personen braucht, da sich krankheitsspezifische Symptome wie Depression geschlechtsspezifisch unterschiedlich äußern und entsprechend unterschiedlich zu behandeln sind (vgl. Schiffczyk et al., 2013, 309).

Die Rückmeldungen der Nutzer\*innen in diesem Modellprojekt zeigen, dass das Angebot für die Pflegebedürftigen möglichst vielseitig und individuell unter Berücksichtigung der jeweiligen Einschränkungen ausgestaltet werden sollte.

*Und ja, ansonsten, die Mitarbeiter da, die waren nett und die Leute in der Betreuung, die haben sich schon Mühe gegeben, aber es war halt nicht jetzt so hundertprozentig für meinen Mann, weil mein Mann halt eher körperlich behindert ist, der hat Lähmungen in Armen und Beinen und der ist nicht dement und hat nichts am Gehirn, das Gehirn funktioniert einwandfrei.“ (TIMP34\_20221108, Z.:28-33)*

Durch den modularen Aufbau mit unterschiedlichen thematischen Modulen ist das mit dem vorliegendem Konzept möglich ([Tabelle 4](#)) und mit der Bildung möglichst homogen zusammengesetzten Betreuungsgruppen (z.B. bei Demenz-Patient\*innen) nach Möglichkeit innerhalb der Angebote zu unterstützen.

*„Die haben also die Teilnehmer dann wohl aufgeteilt in zwei Gruppen. Die eine, die also doch schon intensiv betreut werden musste und sehr beeinträchtigt waren. Und die andere Gruppe waren dann die Aktiveren. Und da gehörte mein Mann dann zu. Und da haben sie dann auch mehr Angebote gehabt oder mehr gemacht mit denen.“ (TIMP38\_20230228, Z.: 144-148)*

Für pflegende Angehörige ist ein umfangreiches Angebot ein Kennzeichen für eine gute Versorgung ihrer Angehörigen. Sie wünschen sich laut der Befragungsergebnisse insbesondere mehr Angebote aus den Bereichen „Beschäftigung“ und „Mobilität“ (z.B. Gedächtnistraining, Singen, sportliche Bewegung). Nach Möglichkeit sollten diese Maßnahmen entsprechend häufig angeboten werden. (z.B. Beschäftigungsangebote täglich, mobilitätsfördernde Maßnahmen zwei- dreimal wöchentlich). Weitere Anregungen für Angebote sind der Übersicht in [Tabelle 4](#) zu entnehmen

Die breite Umsetzung von Angeboten und die Möglichkeit, Pflegebedürftige z.B. bei Beschäftigungsangeboten möglichst nach den individuellen Voraussetzungen in Gruppen aufzuteilen oder, sofern möglich, Einzelangebote vorzuhalten, ist eng verbunden mit der vorhandenen Personalstärke in den Einrichtungen und muss daher bei der Maßnahmenplanung einkalkuliert werden. Um eine konsequente Umsetzung in den Maßnahmen zu erreichen, wäre die Aufnahme der Beschäftigungs- und Mobilitätsangebote als Pflichtmodule in die entwickelten Konzepte zu empfehlen.

#### **4.2.2.7. Rehabilitative Ansätze: Pflegeabhängigkeit stabilisieren oder verbessern**

Eine Studie zu Risikoprofilen für Pflegebedarf zeigt, dass Pflegebedarf verzögert, vermindert oder vermieden werden kann, wenn Risiken beeinflusst und Ressourcen aktiviert werden. Ein wesentlicher Faktor, der das Pflegerisiko beeinflusst, ist Mobilität (vgl. ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege, 2015, 11). Mobil zu sein, ist wichtig für die Gesundheit und Lebensqualität, doch viele pflegebedürftige Personen können sich nur eingeschränkt oder nicht selbstständig bewegen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2021). Eine gezielte Mobilitätsförderung in der KZP verfolgt das *Demenzspezifische Mobilitätsprogramm DESKK* mithilfe von Individualübungen und einem festen Bewegungsparcours. Um ein bedarfsorientiertes Programm zusammenzustellen, werden zunächst in einem Erstgespräch mit der pflegebedürftigen Person und dem pflegenden Angehörigen die Präferenzen besprochen und dann mithilfe eines Mobilitätsassessments der Mobilitätsstatus erfasst, woraus Übungsempfehlungen für den Betroffenen generiert werden (vgl. Heinrich, 2019, 5). Diese Form der pflegerischen Rehabilitationsplanung kann einen Beitrag zu einer passgenauen Mobilitätsförderung leisten und wird sowohl von den pflegenden Angehörigen als auch den Mitarbeitenden der KZP als überzeugend bewertet (vgl. Heinrich, 2019, 26). Anhand von Trainingskarten- und Protokollen wurden die Übungen, die Zeiten sowie ggf. Probleme dokumentiert (vgl. Heinrich, 2019, 7). Für einen Transfer in die Häuslichkeit wird ein Hausaufgabenprogramm erstellt, bestehend aus einem Handbuch mit einer detaillierten Beschreibung der individuellen Übungen, das von den pflegenden Angehörigen leicht umsetzbar sein soll (vgl. Heinrich, 2019, 7).

Auch Heilmittel können rehabilitative Zielsetzungen verfolgen und umfassen Maßnahmen aus der physikalischen oder podologischen Therapie, der Ergotherapie sowie der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019b, 95). Eine pflegende Angehörige formulierte in der Fokusgruppe den Wunsch nach Heilmittelanwendungen für den zu pflegenden Angehörigen:

*„Aber halt, wenn es was bringen sollte, also eine Reha für den Angehörigen, sowie auch für den Pflegling, so eine Mini-Reha, vielleicht auch mit Therapie oder sowas, das kriegen ja sowieso verschrieben. Und dass man einfach das dann mit organisiert, dass*

*halt Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie bekommt. Dass das so eine Art Mini-Reha ist. Halt auch für den Pflegling.“ (Nutzer\*innen, Zeile 160-163)*

Positive Effekte eines breiten Therapieangebotes zeigen sich in der *Evangelischen Altenhilfe Mühlheim*, die das Konzept der *Therapeutischen Pflege mit rehabilitativen Anteilen* verfolgt. In diesem Zuge erfahren die Patient\*innen u.a. eine ganzheitliche Förderung durch Physio-, Ergotherapie, Motopädie, Lauschule, Rollatortraining, Musikgeragogik, Kunstgeragogik oder Logopädie. Bewegungstherapien finden in einem hauseigenen Fitnessstudio statt (vgl. Dierbach, 2021, 23). Hinzu kommt, dass die Bezugspflege in den Pflegeprozess therapeutische Elemente als kleine Trainingseinheiten integriert und aufgrund ihrer vertrauensvollen Beziehung einschätzen können, wann die Patient\*innen offen sind für entsprechende Maßnahmen (vgl. Dierbach, 2021, 23).

Die Erkenntnisse hinsichtlich rehabilitativer Ansätze für die Pflegebedürftigen während des Aufenthaltes sind Bestandteil des vorliegenden Konzeptes und im modularen Aufbau verankert. Angebote in diesem Zusammenhang beziehen sich z.B. auf aktivierende Pflege, mobilitätsfördernde Maßnahmen oder therapeutische Angebote, die über Heilmittelverordnungen in Anspruch genommen werden können. Die Organisation von Heilmitteln/therapeutischen Angeboten für die Pflegebedürftigen kann in Abhängigkeit von der Einrichtung in der Verantwortung der pflegenden Angehörigen liegen. Eine entsprechende Kommunikation zu den jeweiligen Anforderungen und des möglichen Organisationsaufwandes ist daher im Vorfeld des Aufenthaltes unbedingt empfohlen.

*Mein Mann bekommt zu Hause dreimal in der Woche eine Stunde im Hausbesuch Lymphdrainage. Dafür hatte ich auch eine Verordnung mitgenommen. [...] Dann hatte ich organisiert von zu Hause aus schon noch, weil sie mir das gesagt hatten, das geht nicht, eine Physiotherapie aus dem Ort aus [Ortsname] [...].“ (TIMP32\_20220907, Z.: 92-97)*

Aus Sicht der pflegenden Angehörigen sind mehrmalige therapeutische Angebote wünschenswert, die in den Tagesablauf integriert sind, ohne mit anderen Angeboten zu kollidieren.

*„Und ich wollte dann auch, dass er da in der Tagespflege am Tagesprogramm teilnehmen kann und da nicht mittendrin nochmal wieder abgeholt wird. Das bringt ja auch Unruhe.“ (TIMP38\_20230228, Z.: 97-99)*

Bei der Planung entsprechender Angebote im Rahmen einrichtungsspezifischer Konzepte sollte berücksichtigt werden, ob hausinterne Kapazitäten für die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen zur Verfügung stehen und angeboten werden können oder die pflegenden Ange-

hörigen ggf. organisatorisch unterstützt werden können. Zur Entlastung der pflegenden Angehörigen ist eine Einbettung der Organisation und Durchführung in das Begleitangebot empfohlen.

Angebote wie z.B. Massagen oder Lymphdrainage sollten aus Sicht der pflegenden Angehörigen weniger häufig als z.B. Beschäftigungs- oder mobilitätsfördernde Angebote erfolgen, werden aber als wichtig für die Pflegebedürftigen empfunden und zudem kann das Angebot einem „schlechten Gewissen“ der eigenen Inanspruchnahme solcher Angebote während der Vorsorge-/Rehamaßnahme entgegenwirken.

*„Das wäre auch, weil da hat sie auch gesagt: „Da hab ich schlechten Gewissen jetzt, ich bin schön massiert und mein Mann muss da bei Tagespflege sitzen.“ Ja. Dass das ja vielleicht auch für die auch vielleicht nicht so oft wie für uns, aber vielleicht nur einmal in der Woche. [...]“ (TIMP37\_20230207, Z.: 198-201)*

Das *Pflegehotel Willingen* bietet modellhaft eine Kurzzeitpflege und Rehabilitation – einzigartig in dieser Form - mit aktivierenden und therapeutischen Leistungen für Pflegebedürftige. Pflegenden Angehörigen wird dort ein Urlaubsangebot gemacht – allerdings als Selbstzahler. Eine evidenzbasierte Evaluation zeigt, dass dieses Modell Pflegebedürftigkeit reduziert oder sogar vermeidet und bei über 90 Prozent eine nachweisliche Verbesserung erzielt wurde (vgl. Rebbe-Meyer 2021, 16). Um Mobilitätseinschränkungen zu erkennen und Mobilität wiederherzustellen kann auch der Experten-Standard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität Anwendung finden.

#### **4.2.2.8. Aktivierende Pflege: Fähigkeiten zur Selbstversorgung erhalten oder reaktivieren**

Patient\*innen ohne dementielle Erkrankung einer Tagesklinik betonen den hohen Wert der pflegerischen Versorgung (vgl. Adamson et al., 2016, 3048). Eine koordinierte und schnittstellenübergreifende Pflege, die auch die an die Maßnahmen anschließende häusliche Versorgung sicherstellt, wird wertgeschätzt (vgl. Adamson et al., 2016, 3050). Eine Studie zeigt, dass eine vorübergehende Unterbringung in der Tages- oder Kurzzeitpflege die dauerhafte stationäre Unterbringung der pflegebedürftigen Angehörigen um durchschnittliche 15 Monate hinauszögert (vgl. Harkin et al., 2020, 853f). Pflegerische Maßnahmen werden in den Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtung nach Möglichkeit als aktivierende Pflege realisiert, um die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen zu fördern. Diese Pflegepraxis ist als Hilfe zur Selbsthilfe zu verstehen, um zum einen das Selbstbewusstsein der Betroffenen zu fördern und zum anderen zu vermitteln, wie sie den Alltag selbstständiger bestreiten können. Ziel ist, die Fähigkeiten zur Selbstversorgung zu reaktivieren bzw. zu erhalten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021).

Die Erfahrungen der Einrichtungen in der Konzepterprobungsphase zeigen, dass die Angaben, die vor der Maßnahme hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit der zu Pflegenden übermittelt werden, häufig nicht passend sind. Die Pflegegrade sind teilweise zu niedrig angesetzt und der Betreuungsaufwand lässt sich schwer einschätzen. Daneben zeigt sich oftmals eine hohe Erwartungshaltung der pflegenden Angehörigen bezogen auf die Effekte des Aufenthaltes für die Pflegebedürftigen, wie z.B. bei der Verbesserung der Sprachfähigkeit.

Das Ziel der Verbesserung bzw. Stabilisierung der Selbstständigkeit und/oder gesundheitlichen Situation der pflegebedürftigen Begleitperson wird durch den jeweiligen Gesundheitszustand und die damit einhergehenden Pflegegrade restringiert. Auch der limitierte Zeitrahmen von drei Wochen erschwert eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und wird von den Expert\*innen hinterfragt. Rückmeldungen pflegender Angehöriger bringen die Sorge zum Ausdruck, dass sich der Zustand der Pflegebedürftigen während des Aufenthaltes verschlechtern könnte.

*„Was ist, wenn meine Kur zu Ende ist? Habe ich es dann schlimmer als ich es jemals vorher hatte? Weil wir mit unserer Mutter ja, wie wir eben schon-, wie ich eben schon gesagt habe, da krass dieses Problem hatte mit diesen Halluzinationen und diese Verwirrung.“ (Nutzer\*innen, Zeile 87-89)*

Zudem ist zu beachten, dass die Maßnahmen im Begleitangebot nicht mit dem Anspruch und den Bestandteilen einer geriatrischen Reha gleichgesetzt werden können. Erwartungshaltungen, wie in folgendem Zitat dargestellt, können nicht immer erfüllt werden.

*„Mein Vater hatte sich ganz viel erhofft. Naja, er hat gedacht, der ist dann körperlich hinterher fit, ist natürlich Quatsch, der hat auch nichts gemacht. Also der hat natürlich dieses Training und sowas, was angeboten wurde und Massagen, das hat er alles schön mitgemacht, aber er müsste mehr trainieren und das schafft er einfach nicht mehr.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 365-369)*

Die Zeit des Aufenthaltes bietet durch zielgerichtete und auf die Pflegebedürftigen fokussierte Maßnahmen sinnvolle Ansatzpunkte zur Übertragung in die Häuslichkeit, wie z.B. das Kennenlernen von Betreuungsangeboten und Selbsthilfegruppen, das Anbahnen der Nutzung von Unterstützungsleistungen, die sich für das Pflegegandem erleichternd auf die Pflegesituation auswirken und auch vorhandene Potenziale bei den Pflegebedürftigen verstärken können.

*Und die haben auch mit meiner Mutter Laufen wieder geübt, die sitzt bloß im Rollstuhl und die konnte dann am Ende viel besser wieder ein paar Schritttchen laufen und hat was-. Also das war wirklich-, das war schon toll, ja.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 225-228)*

Es ist daher sowohl im Vorfeld der Maßnahme als auch während des Aufenthaltes wichtig, in Gesprächen mit dem Pflegegandem Erwartungen und Möglichkeiten abzustimmen.

#### 4.2.2.9. Gemeinschaft und Austausch

Eine Befragung von Patient\*innen in Tageskliniken hat gezeigt, dass Beziehungen und Konversationen mit bekannten oder neuen Mitpatient\*innen als wertvoll bezeichnet und der Austausch über eigene Interessen und Lebenserfahrungen als wohltuend angesehen wird (vgl. Adamson et al., 2016, 3048f.). Pflegebedürftigen ist das Gefühl von Gemeinschaft wichtig und zu wissen, Teil dieser Gemeinschaft zu sein, zu der sie beispielsweise durch Gespräche etwas beitragen können (vgl. Adamson et al., 2016, 3048f.). Die befragten Pflegebedürftigen empfinden es zudem als hilfreich zu wissen, dass andere in einer ähnlichen Situation sind wie sie (vgl. Adamson et al., 2016, 3048f.). Hier zeigt sich für die Konzeptentwicklung die Relevanz von Gruppenangeboten. Eine pflegende Angehörige in der Nutzerinnen-Fokusgruppe äußert den Wunsch nach Beschäftigung und Gemeinschaft für den Pflegebedürftigen:

*„Das wünschte ich mir. Dass sie in den Rollstuhl gesetzt wird, dass mit ihr was gemacht wird. Das nicht welche aus der Familie immer kommen müssen, ob es ihr soweit gut geht. Das von dem Institut, wo sie ist, dass da irgendwas gemacht wird, das würde ich mir wünschen, ja.“ (Nutzer\*innen, Zeile 368-371)*

Auch im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde bestätigt, dass sich der Kontakt zu anderen Pflegebedürftigen positiv auswirken kann. Die Veränderungen zeigen sich (temporär) bspw. in Form einer besseren Ansprechbarkeit, Fröhlichkeit oder vermehrter Kommunikation, die durch die Gemeinschaft mit anderen gefördert wird, die in der Häuslichkeit oft nicht gegeben ist.

*„[...] sie wirkte sehr fröhlich und sehr viel wacher als zu Hause. Also ich hatte das Gefühl, es tut ihr total gut, dieses-, mit den Menschen, die fuhr da rein: „Hallo, ich bin wieder da“ und so, also es war wirklich-, hat auch viel getrunken und besser gegessen als zu Hause.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 213-216)*

Dieser Aspekt bekräftigt die Bedeutung von Gruppenangeboten für Pflegebedürftige, um Kontakte zu ermöglichen. Bei einer Gruppenbildung ist auf individuelle Fähigkeiten und Krankheitsbilder zu achten. Ohne entsprechende Berücksichtigung kann das Verhalten von anderen Pflegebedürftigen im Begleitangebot auch als belastend empfunden werden.

*„Ja. Ja, dass er am liebsten wieder mit zurückgegangen wäre. Schon alleine, wenn er dann reinkam, und sah dann jemanden da weinen und „ich will zu meinem Mann“ rufen und so, dann hat er am liebsten wieder zurückgewollt.“ (TIMP38\_20230228, Z.: 142-155)*

#### 4.2.3. Angebote für das Pfl egetandem

In diesem Kapitel werden wesentliche Aspekte aus dem Projektverlauf beschrieben, die maßgeblich für die Umsetzung der Tandem- und Interaktionsangebote im Rahmen des Begleitangebotes für das Pfl egetandem sind. Die gemeinsamen Angebote sind eine Besonderheit des

Rahmenkonzeptes. Dazu sind Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur und aus relevanten Praxisbeispielen sowie Erkenntnisse aus der Konzeptvalidierung aufgenommen worden, die neben der Expert\*innen- und Anbieter\*innenperspektive insbesondere die Rückmeldungen der Nutzer\*innen beinhalten. Die Angebote können aus vier verschiedenen Modulen zu den unterschiedlichen Interventionsbereichen ausgewählt und angeboten werden (Module: [Abbildung 2](#), Angebote: [Tabelle 5](#)), die gemeinsam durch das Tandem oder durch die/den pflegende/n Angehörige/n oder die pflegebedürftige Begleitperson allein in Anspruch genommen werden. Bei der Umsetzung wird empfohlen, das individuell passende Maß an Nähe und Distanz der Pflegetandems zu berücksichtigen.

#### 4.2.3.1. Problem- und emotionsorientierte Interventionsstrategien

Für die Konzeption von Interventionsstrategien in der häuslichen Pflege bieten stresstheoretische Ansätze Anknüpfungspunkte. Kaluza unterscheidet mit der instrumentellen, mentalen sowie regenerativen Kompetenz drei verschiedene Säulen der individuellen Stresskompetenz (vgl. Kaluza, 2015, 87). Übertragen auf das häusliche Pflegesetting beinhalten sie unterstützende Angebote für das Pflegetandem auf verschiedenen Ebenen. Parallelen weisen Ansätze auf, die problemorientierte und emotionsorientierte Bewältigungsstrategien differenzieren (vgl. Hetzel et al., 2018, 52). Diese Qualitätskriterien beinhalten problemorientierte Interventionsstrategien – Wissensvermittlung, Verbesserung der Problemlösefähigkeit, Erweiterung des Hilfenetzwerkes – sowie emotionsorientierte Interventionsstrategien – Bearbeitung von Beziehungswandel und Verlusten, Veränderung von Einstellungen und Bewertungen, Anleitung zur Selbstfürsorge durch Stressabbau und Einfügen von angenehmen Aktivitäten in den Alltag (vgl. Hetzel et al., 2018, 52). Das subjektive Gesundheitsempfinden nimmt eine bedeutsame Rolle ein:

*„So ist das Pflegerisiko für Personen, die ihre eigene Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, knapp vierfach erhöht gegenüber Personen, die ihre eigene Gesundheit sehr gut bis gut bewerten [...] - und zwar unabhängig vom tatsächlichen Vorliegen einer der im Rahmen der Studie einbezogenen Erkrankungen.“ (vgl. ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege 2015, 10)*

Demnach braucht es eine gezielte Ressourcenstärkung im Bereich der Lebensqualität – durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit können die Betroffenen erfahren, dass ihr eigenes Handeln Einfluss auf den (subjektiven) Gesundheitszustand hat (vgl. ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege, 2015, 12). Die beschriebenen Interventionsbereiche finden sich in bestehenden/möglichen Angeboten wieder ([Tabelle 5](#)). Maßnahmen beinhalten häufig sowohl problem- als auch emotionsorientierte Interventionsmaßnahmen. Die für das Pflegepaar wichtigen Themen können dabei abhängig von der Beziehung variieren – so sind

für Ehe-/ Lebenspartner ggf. andere Inhalte und Interventionen relevant als innerhalb einer Pflegesituation bei Eltern-Kind-Beziehungen.

Für das vorliegende Rahmenkonzept stehen neben dem Angeboten für die pflegebedürftigen Begleitpersonen insbesondere Maßnahmen der Tandem- und Interaktionsangebote im Fokus, die sich auf die gemeinsamen („Kur“-) Ziele des Tandems beziehen. Diese bauen auf den Angeboten, die sich im Rahmen der Vorsorge-/Rehamaßnahme der pflegenden Angehörige ausschließlich an diese richten, auf. Die Maßnahmen für pflegende Angehörige stehen im Mittelpunkt des Modellprojektes PuRpA 1.

#### **4.2.3.2. Hinweise zur Nutzung der Tandemangebote**

Damit die Pflegetandems Kenntnis über das zur Verfügung stehende Angebot erhalten, hat sich in der Erprobung gezeigt, dass sie entsprechend darüber informiert und auch während des Aufenthaltes wiederkehrend gezielt auf die Möglichkeiten hingewiesen werden müssen (z.B. durch Aufsteller auf Laufwegen, Aushändigung von Infomaterial bei den Eingangsgesprächen, Infoflyer auf den Tischen im Speisesaal etc.). Aus den Rückmeldungen der Einrichtungen und der Befragten ist deutlich geworden, dass es für diese Angebote essentiell ist, entsprechende Zeitfenster in Therapieplänen und Tagesabläufen zu verankern und Strukturen zu schaffen, damit Angebote überhaupt durch beide genutzt werden können. Pflegende Angehörige wünschen sich auch in der Woche gemeinsame Zeiten mit den Pflegebedürftigen, insbesondere, wenn sie getrennt untergebracht sind:

*„Samstag, Sonntag sowieso, klar, da hab ich ja frei gehabt. Aber in der Woche zum Beispiel, [Name der Klinik] wusste, dass ich pflegende Angehörige habe. Wir hätten zum Beispiel meine Termine bis 15:00 Uhr setzen können, oder bis 14:30 Uhr und danach zu sagen, so vormittags ist alles voll und nachmittags hat die Frau [Nachname] Zeit /. Ja, so. Ich Zeit, mein Mann besuchen zu gehen, weil ab 17:00 Uhr war Essenszeit für mich und für meinen Mann auch, dann hätte ich aber diese zweieinhalb, drei Stunden noch gehabt, dahinzufahren. Also die Termine vorgelegt, alle vorgelegt und dann nachmittags ein bisschen mehr Zeit gehabt. Es gab auch Tage, wo ich einige Termine nicht wahrgenommen habe, weil ich gesagt habe ich war zwei Tage nicht da, ich muss heute hingehen. Habe ich meine eigenen Therapiestunden abgesagt.“  
(TIMP312\_20230419, Z.: 297-307)*

Vor allem im Kontext von Rehamaßnahmen, die einen zeitlich eng getakteten Therapieplan vorsehen, empfiehlt sich eine explizite Berücksichtigung von Zeiträumen für gemeinsame Angebote und Zeit zu zweit.

Im Rahmen der Erprobung des vorliegenden Konzeptes konnten teilweise aufgrund von Corona-Einschränkungen oder zunächst unzweckmäßigen Informationen keine oder nur we-

nig gemeinsame Angebote wahrgenommen werden – insbesondere bei getrennter Unterbringung. Überwiegend wurden im Projektverlauf Angebote aus dem Bereich „Rekreation“ im Freizeitbereich und an den Wochenenden in Anspruch genommen.

Nachfolgend werden die verschiedenen Interventionsbereiche (*Tabelle 5*) und die darauf abgestimmten Angebote samt Erfahrungen im Zusammenhang mit der Validierung dargestellt.

#### **4.2.3.3. Stärkung der instrumentellen Kompetenz**

Die Stärkung der instrumentellen Kompetenz bedeutet, dass zum einen äußere Anforderungen aktiv angegangen werden, indem Stressoren verändert oder abgebaut werden und zum anderen sowohl fachliche als auch soziale Kompetenzen zur Anforderungsbewältigung entwickelt werden (vgl. Kaluza, 2015, 87f.). Den Einsatz von edukativen Maßnahmen empfiehlt auch der MD, wenn Pflegebedürftige und ihre Angehörigen den Umgang mit den gesundheitlichen Problemen lernen müssen. Dies erfordert einen besonderen Gesprächs- und Begleitungsbedarf, damit sich alle Beteiligten mit der veränderten Lebenssituation auseinandersetzen können (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2019b, 97f.). Die Pflegekassen ermöglichen im Rahmen von § 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige, dies können z.B. Pflegetrainings am Krankenhausbett oder in Form von Gruppenpflegekursen sein. Dies hat sich auch im Modellprojekt *Familiale Pflege* der Universität Bielefeld bewährt, das nach Projektabschluss aufgrund der positiven Bewertung in der Regelversorgung fortgesetzt wurde. Hierbei werden nicht Defizite oder Belastungen in den Fokus gerückt, sondern die Kompetenzen, die ein/e Pflegenden/r benötigt, um den individuellen Pflegealltag als erfolgreich und zu bewältigen einzustufen (vgl. Lebeda et al., 2018, 3).

Ein hoher Informations- und Beratungsbedarf wird von pflegenden Angehörigen in der Fokusgruppe benannt:

*„Also ich finde, wenn man damit [...] am Anfang steht, man muss sich sämtliche Informationen selbstständig irgendwie zusammensuchen. Das finde ich eigentlich das schlimmste an der ganzen Sache, weil man eigentlich nichts vorgestellt bekommt, was man wirklich ausschöpfen kann zu einem bestimmten Pflegegrad. Da habe ich mich echt alleingelassen gefühlt.“ (Nutzer\*innen, Zeile 540-544)*

Die Bedarfe bezogen auf einen Wissenserwerb hinsichtlich der Herausforderungen in der Pflegesituation sind sehr unterschiedlich gelagert und hängen auch damit zusammen, wie lange jemand z.B. bereits in Pflegeverantwortung steht. Die beteiligten Einrichtungen melden einen erhöhten Beratungs- und Informationsbedarf insbesondere im Vorfeld der Maßnahme zurück, der sich während des Aufenthaltes jedoch z.B. durch eine starke Inanspruchnahme der Beratungsmöglichkeiten des Sozialen Dienstes nicht zeigt.

Gerade weil die Bedürfnisse der Tandems in den modularen Bereichen „Information, Beratung, Anleitung und Schulung“ sehr individuell sind, sollten diese Angebote nicht allgemein für alle pflegenden Angehörigen vorgehalten werden, sondern passgenau dem jeweiligen Bedarf entsprechen, wie es sich z.B. diese Pflegeperson für ihre Situation wünscht:

*„Patientenverfügung oder lebenserhältliche Maßnahmen. Also das sind so Themen gewesen, da habe ich so ein bisschen geguckt, weil das ist so ein breit gefächertes Thema /. Da hätte ich vielleicht noch ein bisschen mehr gewünscht, dass man da mehr Unterstützung gibt.“ (TIMP312\_20230419, Z.: 241-244)*

Hilfreich werden zudem auch Vorträge im Zusammenhang mit Unterstützungsleistungen und der Beantragung aus Sicht der pflegenden Angehörigen bewertet:

*Ja, auf alle Fälle. Also das war wirklich so, dass-, also einmal von diesen pflegerischen Sachen, also diese ganzen-, was es da alles gibt, was man alles beantragen kann und wie das geht. Das hat mir sehr, sehr geholfen [...].“ (TIMP310\_20230315, Z.: 154-156)*

Um die pflegenden Angehörigen in ihrer individuellen Situation zu unterstützen wird daher empfohlen, neben allgemeinen Vorträgen bedarfsentsprechend Beratungs-/Einzelgespräche anzubieten und dabei nach Möglichkeit das Tandem gemeinsam einzubeziehen. So können passgenau konkrete Ratschläge und Informationen zu verschiedenen Themen gegeben werden, wie z.B. zum Thema „Demenz“, „Umgang mit Verhaltensänderungen“ oder „Unterstützungsleistungen“ und deren Beantragung. Diese Themen wurden auch im Rahmen der Befragung als hilfreich und wichtig eingestuft und gewünscht. Mitarbeitende der Einrichtungen vor allem im psycho-sozialen Dienst und im Pflegedienst sollten durch fachspezifische Weiterbildungen z.B. im Bereich Geriatrie/Gerontologie auf die Bedarfe der Pflegepaare vorbereitet und qualifiziert werden, um situationsgerechte Orientierung und Informationen für das Pflegesetting geben zu können.

#### **4.2.3.4. Schulungen zur Stärkung der Handlungskompetenz**

Im Programm *Familieneinbezug und individuell ausgerichtete funktionelle Rehabilitation* in Tagespflegeeinrichtungen für Patient\*innen nach Apoplex werden regelmäßige Schulungen der pflegenden Angehörigen zu medizinischen, pflegerischen und sozialen Fähigkeiten und Ressourcen für eine hochwertige Versorgung in der Häuslichkeit angeboten (vgl. Chang et al., 2015, 181). Studienergebnisse zeigen, dass sich die Stärkung der Handlungskompetenz der pflegenden Angehörigen positiv auf das häusliche Pflegesetting auswirkt: Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch professionell Pflegende in der Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung fördert die Qualität der Pflege Tätigkeit sowie die Bereitschaft dazu (vgl. Chang et al., 2015, 182ff.).

Ein praktischer Pflegekurs wird den pflegenden Angehörigen bei Bedarf in der Pflegeeinrichtung gemeinsam mit ihren Pflegebedürftigen in der alltäglichen Pflegesituation angeboten. Im Rahmen der Konzepterprobung wurde diese Möglichkeit wenig in Anspruch genommen, mit dem vermuteten Hintergrund, dass die Pflege zu Hause bereits über Jahre und dadurch mit entsprechender Erfahrung erfolgt. Aber auch hier bestehen individuelle Bedarfe, eine Pflegeperson wünscht sich dazu:

*„Vielleicht dass man uns als Angehörige noch mal so Extrakurse macht oder so Extraschulungen, eine Stunde, zwei Stunden, wie pflege ich diese Person? Was ist, wenn er sich einnässert? Wie muss ich ihn festhalten, oder wie hebe ich denn jetzt hoch vom Bett? So ein bisschen pflegerische Maßnahmen. [...] Das hätte ich mir auch noch gewünscht. Man erlernt sich alles selber, dafür geht man nicht extra in die Schulung hin. Aber das hätte ich mir gewünscht, dass da ein bisschen mehr kommt.“  
(TIMP312\_20230419, Z.: 444-450)*

Eine andere Pflegeperson wünscht sich ein gemeinsames Schulungsangebot mit der pflegebedürftigen Person, das sich während des Aufenthaltes durch die Unterstützung des Fachpersonals anbietet und auf den konkreten Bedarf angepasst ist:

*„[...] aber so was oder halt irgendwie so eine Art von Mobilisierung. Ich denke, da arbeiten ja auch Physiotherapeuten, die haben ja auch Wirbelsäulengymnastik und dass man-. Ja, man hätte ja auch vielleicht den Leuten oder-. Na ja, da waren jetzt nicht so viele Leute im Rollstuhl. Man kann ja auch jemandem vermitteln, wie man so gemeinsam Gymnastik macht, dass man halt denjenigen, der im Rollstuhl sitzt dann noch so ein bisschen mobilisieren kann dabei spielerisch so.“ (TIMP34\_20221108, Z.: 174-180)*

Daher sollte der Bedarf zu Beginn des Aufenthaltes in den Gesprächen explizit abgefragt werden, um die Zeit vor Ort für ein Pflegeschulungsangebot oder mobilisierende Übungen mit dem Pflegebedürftigen individuell und angeleitet durch das Fachpersonal effektiv zu nutzen und Impulse für die Erleichterung der alltäglichen Pflege zu Hause zu übernehmen.

#### **4.2.3.5. Angebote zum Thema Demenz**

Das *Kommunikations-TAnDem* ist ein Trainingsansatz für pflegende Angehörige von Demenzpatient\*innen und befasst sich mit krankheitsbedingten Kommunikationsstörungen. In fünf Trainingseinheiten werden den pflegenden Angehörigen Erkenntnisse zu kommunikativen Stärken und Schwächen von Demenzerkrankten vermittelt und gemeinsam mit ihnen Strategien zum Umgang damit erarbeitet (vgl. Haberstroh et al., 2006, 360). Die Vermittlung von Wissen und eine Förderung der (Kommunikations-) Kompetenz sollte als ein wichtiges Interventionsziel angesehen werden: Die Studienergebnisse zeigen, dass der Wissenserwerb über Kommunikation von Demenzerkrankten sowie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit der Pflegenden zu einer gesteigerten Lebensqualität der Menschen mit Demenz und zu einer

direkt empfundenen Entlastung der pflegenden Angehörigen führt (vgl. Haberstroh et al., 2006, 362). Durch das Kommunikationstraining der pflegenden Angehörigen erfahren die Menschen mit Demenz eine indirekte Förderung – insgesamt zeigt sich, dass es eine Notwendigkeit gibt, pflegende Angehörige in Interventionsprogramme einzubeziehen und das Training einen Mehrwert für das Pflege-Tandem bietet (vgl. Haberstroh et al., 2006, 358).

Der Bedarf der pflegenden Angehörigen nach Angeboten zum Thema „Umgang mit Demenz“ hat sich auch durch die Angaben der Befragten gezeigt:

*Ja, der Vortrag auch über die Demenz. Also wir haben einen Vortrag über Demenz, einen sehr guten gehört von einer Ärztin, so die verschiedenen Arten von Demenz und sowas, das war auch sehr hilfreich, dass ich so ein besseres Verständnis für meine Mutter hatte.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 414-417)*

Bezogen auf das Thema „Demenz“ liegt in der damit verbundenen Veränderung der Beziehung für die pflegenden Angehörigen großes Belastungspotenzial und es besteht ein Bedarf an ausführlichen Informationen über die Hintergründe.

*Und überhaupt, damit man damit fertig wird, das zu verstehen [Verhaltensänderungen aufgrund der Demenz], das ist plötzlich eine Frau, die mit beiden Beinen wirklich im Leben stand, fünf Enkel haben wir, und alles gemanagt hat jahrelang und mir den Rücken freigehalten hat, um mich beruflich weiterzubringen. Und das verstehe ich nicht, dass man plötzlich so sich verändert. Also das war schwierig, das ist für mich das Schwierigste, sage ich mal, damit umzugehen und das zu verstehen, weil auch von der Forschung her hört man nichts. Meine Frau war auch schwer krebkrank, dann hat man ihr geholfen, die hat jetzt bald 15 Jahre diese Krankheit überstanden, sehr schwere Operation. Und deswegen komme ich mit dieser Demenz-Sache nicht ganz zurecht.“ (TIMP33\_20221102, Z.: 27-36)*

Angebote im Interventionsbereich zur Stärkung der instrumentellen Kompetenz beziehen durch ihre Inhalte überwiegend die pflegenden Angehörigen alleine ein. Dies liegt oftmals begründet im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen oder darin, dass die Angebote Bestandteil des Therapieplans in der Vorsorge-/Rehaeinrichtung sind (Modellprojekt PuRpA1). Hier ist eine Ausweitung bzw. ein verstärkter Einbezug der pflegebedürftigen Begleitpersonen wünschenswert (sofern der Gesundheitszustand dies zulässt) und die Entwicklung von Angeboten, wie z.B. eine ergotherapeutische Aktivierungsgruppe, bei denen das Gemeinsame des Pflegegetandems fokussiert wird.

#### **4.2.3.6. Stärkung der mentalen Kompetenz**

Die Stärkung der mentalen Kompetenz meint die selbstkritische Auseinandersetzung und Bewusstmachung eigener Einstellungen und gedanklicher Muster, durch die Stress erzeugt oder verschärft wird. Diese sollen verändert und durch förderliche Einstellungen und gedankliche Muster ersetzt werden (vgl. Kaluza, 2015, 88). Pflegende Angehörige sind häufig emotional

stark belastet, stellen ihre eigenen Bedürfnisse zurück und werden immer wieder mit neuen, belastenden Faktoren konfrontiert – von der sozialen Isolation, über Zukunftsängste, einem veränderten Beziehungsgefüge bis hin zu materiellen Sorgen. Pflegende Angehörige äußern dies in der Fokusgruppe wie folgt:

*„Ich habe in den zehn Jahren einfach viel geschluckt und funktioniert. Und ich beschreibe dann immer so, mein Herz ist schwer geworden.“ (Nutzer\*innen, Zeile 884-891)*

*„Ja, der psychologische Aspekt, der wird oftmals unterschätzt und zu wenig berücksichtigt. Einfach die Zukunftsängste, die man hat dabei. Das ist mit das schlimmste, finde ich.“ (Nutzer\*innen, Zeile 904-906)*

Ziel ist es, durch Stärkung der mentalen Kompetenz die Selbstreflexion zu steigern, die Selbstfürsorge und Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse zu stärken und psychosoziale Anspannungen abzubauen. Expert\*innen verweisen auf die Möglichkeit hin, die häusliche Pflegesituation auch gemeinsam zu reflektieren:

*„Auch im Tandem, miteinander Dinge kennenlernen, ja, wenn die Möglichkeit besteht von der Kognition, immer zu zweit an der Stelle. Auch die Dinge kennenzulernen, ich kann mich zu zweit ja auf den Weg machen, auch wie sich zum Beispiel Beziehung in der Pflege verändert. Finde ich ein wichtiges Thema: Beziehung, Kommunikation, Aggression. Da kann ich zu zweit doch drüber nachdenken, wenn der Pflegebedürftige auch die Fähigkeit dazu hat.“ (Expert\*innen, Zeile 188-193)*

*„Und da geht es auch eben nicht nur um pflegetechnische Fragen, sondern, wie eben auch gesagt wurde, darum, dass auch Erwartungen des Pflegebedürftigen oft auch nicht damit übereinstimmen, was die pflegenden Angehörigen können oder auch wollen. Also, da gibt es ja auch ganz viele Themen oder auch potenzielle Konfliktpunkte, die dann in so einer gemeinsamen Maßnahme, in so einem anderen Setting, und da ist das Reha-Setting vielleicht gar nicht so schlecht, auch, sagen wir vorsichtig, wo man dann anfangen kann, sie zu bearbeiten.“ (Expert\*innen, Zeile 195-229)*

In diesem Kontext ist auch der Erfahrungsaustausch der pflegenden Angehörigen untereinander bedeutsam. Dieser erfolgt in Gesprächsgruppen oder ganz informell. Die Gemeinsamkeit der Pflegesituation und das gegenseitige Verständnis ermöglichen einen offenen Austausch, der von den Beteiligten als hilfreich empfunden wird. Von dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch profitieren sie und werden ggf. durch Anerkennung und Lob gestärkt.

*„Sehen Sie, das sind halt so Sachen, wo so eine Vorsorge eigentlich gut ist für, dass ich tagsüber mit anderen Leuten zusammenkomme, mit denen ein bisschen spreche, wie es ihnen geht. Die erzählen auch, was man da machen kann und so weiter und so fort, ja. Und das bringt viel, wenn man miteinander, mit Betroffenen auch, spricht. Also das bringt schon viel, muss ich schon sagen.“ (TIMP36\_20221130, Z.: 469-475)*

*„[...] ich habe da sogar noch Komplimente bekommen. Da kam in der letzten Runde halt nochmal einen Mann, neuer Patient und er meinte dann halt zu mir, diese Informationen, die du hast, meinte: "Ich wusste das alles gar nicht und ich bin auch schon*

*jahrelang, bin ich hier meine Eltern und meine / . ", dies und jenes am Pflegen, aber meinte er: "Du hast so viel Information.", also ich bekam auch ein gutes Feedback zurück mein / , durch mein Wissen halt." (TIMP312\_20230419, Z.: 255-260)*

Bei der Umsetzung eines entsprechenden Gruppenangebotes ist zu beachten, dass sich eine Gruppe aus pflegenden Angehörigen in ähnlichen Pflegesituationen zusammensetzen sollte, um einen offenen Austausch zu ermöglichen. Das können bspw. mehrere pflegenden Angehörige sein, die gemeinsam mit ihren Pflegebedürftigen anreisen (relevant für das vorliegende Konzept), daneben sollten das Geschlechterverhältnis und die Altersgruppe ausgewogen sein und auch das Verhältnis unterschiedlicher Pflegebeziehungen sollte berücksichtigt werden. Die Beachtung dieser Faktoren soll vermeiden, dass sich die Situation der Beteiligten zu sehr voneinander unterscheidet und diese sich daher nicht zugehörig fühlen und dadurch ein Austausch erschwert wird.

*„[...] aber keiner außer ich, hatte die Angehörigen in einem Heim abgegeben. Kurz zum Schluss, das sind halt zwei neue Patienten gekommen und die hatten ihre Angehörigen auch abgegeben. Da haben wir auch nochmal kurz darüber gesprochen. [...] Also man hat viele Gespräche gehabt, aber keiner war in dieser Situation, wie ich von den ganz vielen Angehörigen, die da gewesen sind.“ (TIMP312\_20230419, Z.: 198-205)*

Im Bereich „Deutung, Klärung und Bewältigung“ als Modul mit Angeboten zu diesem Interventionsbereich, kann es bspw. um die Entwicklung von Strategien zur Entzerrung von Konfliktsituationen in der Pflege gehen. Die gemeinsame Nutzung von Beratungsangeboten kann gerade zur Klärung von herausfordernden Situationen hilfreich sein. Auch hier können die Bedarfe an Unterstützungsleistungen bei den Pflegepaaren sehr individuell gelagert sein. Eine Befragte führt dazu aus:

*„[...] auch die Gespräche mit der Sozialarbeiterin war das bei uns halt noch sehr speziell, weil die meine Situation gesehen hat und die hat aber auch meinen Vater in der Stunde gehabt und hat meinen Vater im Grunde genommen mit meinem Vater ernst geredet, [...] Und das hat insofern uns sehr, sehr gut geholfen, weil ich dann mit meinem Vater über Pflege und über Pflegeheime und über sowas sprechen konnte, was vorher überhaupt nicht möglich war.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 156- 164)*

Daher sind auch sowohl bei der Stärkung der instrumentellen Kompetenz, als auch zur Stärkung der mentalen Kompetenz nach Bedarf Einzelgespräche, wie in diesem Fall, mit dem Tandem gemeinsam sinnvoll, um gezielter auf die individuelle Pflegesituation einzugehen und Hilfestellung zu geben. Dieser Rahmen ermöglicht es, offen persönliche Themen ansprechen zu können, die die Beteiligten vielleicht in der Gruppe nicht äußern möchten. Für pflegende Angehörige, die die Trennungssituation und das „Abgeben“ ihrer Pflegebedürftigen als besonders belastend empfinden, ist ein vertrauensvoller geschützter Rahmen mit genügend Zeit hilfreich, den diese Pflegeperson als Angebot für sich nutzt und positiv bewertet:

*„Die ersten paar Male empfunden, wie habe ich /? Die ersten paar Male habe ich sehr viel geweint, weil es kommt alles hoch. Ich musste meinen Mann abgeben, in fremde Hände, was man ja eigentlich nicht macht, aber nach und nach taten diese Einzelgespräche auch sehr gut. Am Anfang sehr schwierig, loszulassen zu erzählen, aber nach und nach ging es einem viel besser. Ich bin ja vorher vor der Reha, schon in ein Einzelgespräch gewesen, gehe aber auch weiterhin zu diesen Einzelgesprächen hin.“ (TIMP312\_20230419, Z.: 266-272)*

Eine Herausforderung im Bereich von Rehamassnahmen ist, dass therapeutische Gespräche mit dem Pflgetandem in der Praxis während der Erprobungsphase nicht umsetzbar waren. Da es keine entsprechende KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation) gibt, die diese Leistung für das Tandem abbildet, konnte die Leistung durch die Therapeuten der teilnehmenden Einrichtung nicht erbracht werden. Es fehlt die Basis für eine Abrechnung der Leistung zur Erstattung durch die Kostenträger. Es ist daher wichtig die grundlegenden Strukturen für Maßnahmen in diesem Bereich zu schaffen.

#### **4.2.3.7. Stärkung der regenerativen Kompetenz**

Bei der Stärkung der regenerativen Kompetenz geht es um Entspannung und Erholung – sie zielt darauf ab, Anspannungen zu lösen und die eigene Widerstandskraft zu stärken (vgl. Kaluza, 2015, 88). Angebote zur körperlichen Regeneration und zum Aufbau von Ressourcen können sowohl für belastete pflegende Angehörige als auch für Pflegebedürftige hilfreich sein. Diesen Bedarf zur Regeneration beschreiben pflegende Angehörige in der Fokusgruppe:

*„Und ganz viel Qualität nimmt man [...] vom Leben. Ganz, ganz viel. Und dann hört man in der Familie, da bekommst du doch Geld für. Ja, Geld interessiert doch gar nicht. Kraft. Meine Qualität geht weg. Meine Qualität. Ich bin 56, ich bin noch jung.“ (Nutzer\*innen, Zeile 352-358)*

Die Angaben der pflegenden Angehörigen zeigen, dass die Entscheidung für eine stationäre Maßnahme mit dem Wunsch verbunden ist, sich vom Alltag zu erholen, Zeit für sich, für Sport und Entspannung zu haben. Dies ist daher ein wichtiger Faktor bei der Maßnahmenplanung.

*„Und bin also voller Hoffnung in die Kur gegangen und habe gedacht, so: Drei Wochen mal keinen Haushalt, keine Pflege tagsüber für den Lebensgefährten, sondern mal an mich denken können. Und Dinge machen können, die ich früher immer gemacht habe. Bisschen Sport, bisschen Entspannungstraining und so weiter.“ (TIMP38\_20230228, Z.: 33-37)*

Um Ressourcen im Bereich Entspannung und Regeneration zu erlangen, sind Methoden für beide Partner des Pflgetandems relevant, daher sollte hier im Rahmen der Maßnahmenplanung ein Fokus gesetzt werden bspw. auf Angebote wie Snoezelen oder das Kennenlernen von verschiedenen Entspannungstechniken, die sich gut in die Alltagssituation übertragen las-

sen und einfach umzusetzen sind. Die Expert\*innen im Rahmen der Konzeptvalidierung weisen darauf hin, dass die Alltagstauglichkeit grundsätzlich ein wichtiger Faktor für die Nachsorge und Nachhaltigkeit der Maßnahme ist. Das Thema *Selbstfürsorge* ist dabei ein wichtiger Punkt für beide Teile des Pfl egetandems. Während des Aufenthaltes haben die Beteiligten die Möglichkeit, Techniken zu erlernen/Strategien dafür zu entwickeln, mehr auf sich selbst und die eigene Gesundheit zu achten. Auch wenn die Befragten zurückmelden, dass eine Umsetzung (z.B. sich mehr Zeit für Sport zu nehmen) im Alltag schwierig ist, können hier Ansätze und ein Bewusstsein dafür geschaffen werden. Auch für die Pflegebedürftigen ist Selbstständigkeit wichtig und der Aufenthalt kann dafür sensibilisieren, die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen, wie diese Zitat einer pflegebedürftigen Begleitperson verdeutlicht:

*„Ja. Dass ich erstmal ganz auf mich allein gestellt bin und was suchen musste. Mich selbst zu kümmern und ich manchmal was machen will.“ (230418\_TIMP311, Z.: 147)*

#### 4.2.3.8. **Rekreation**

Im *Pflegehotel Willingen* wurde die Erfahrung gemacht, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige häufig motiviert werden müssen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, sodass regelmäßig Veranstaltungen und Ausflüge angeboten werden (vgl. Rebbe-Meyer, 2021, 18f.). Expert\*innen beschreiben, dass es mit Pflegebedürftigkeit neue Anregungen zur Freizeitgestaltung braucht:

*„Oder, was mir vorher eingefallen ist, eine Freizeitkompetenz. Für viele sind die Freizeitaktivitäten, die früher gingen, nicht mehr möglich. Vielleicht auch in diesem Bereich Anregungen zu bekommen, wie Freizeitgestaltung jetzt gehen kann. Auch Kommunikation miteinander.“ (Expert\*innen, Zeile 607-633)*

Darüber hinaus wird auf Freizeitangebote verwiesen, die ein Tandem gemeinsam mit anderen Tandems wahrnehmen kann:

*„Einen Punkt möchte ich noch mal reinwerfen, ist, wenn man gemeinsam nachdenkt, dass man auch über Gruppen von Tandems nachdenkt, weil, das ist das, was ich jetzt häufig erfahren habe: Viele kommen ja aus einer isolierten Situation, die haben keinen Einblick in andere Pflegesituationen, sodass wir bei unseren Interventionen großen Mehrwert gemeldet bekommen, wenn man mal sich informell austauscht mit anderen. Wenn man mal hört, was leiden andere, was machen andere, was können andere gut. Sodass meine Anregung wäre, gezielt Situationen zu schaffen, wo Tandems zusammen etwas unternehmen. Das kann was Zweckfreies sein, was gestalten, gemeinsamer Abend. Wir haben zum Beispiel mal gekegelt, wo man auch aus dem Stuhl heraus kegeln kann, wo alle mitmachen können. Weil die Leute da ins Gespräch kommen. Also, das ist vor allem für die Gruppe von Pflegeangehörigen wichtig, die völlig in der Isolation sind und ja gar keinen Horizont haben, was alles so möglich ist oder wie es in anderen Tandems zugeht. Also, meine Anregung ist, gerade in einem Klinik-Setting, wo ja dann mehrere da sind, dass man Tandems nicht nur im Tandem denkt, sondern die Tandems wiederum zusammenbringt [...].“ (Expert\*innen, Zeile 700-720)*

Der Fokus in diesem Modul liegt darauf, den Pflegealltag und damit das Wohlbefinden des Pflegetandems durch gemeinsame Freizeitaktivitäten und positive Erlebnisse zu verbessern. Häufig gehen Bemühungen dazu in den Herausforderungen durch die Pflege verloren und wie beschrieben, fehlen Ideen, was hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit überhaupt möglich ist. Angebote im Freizeitbereich bieten Möglichkeiten, Impulse und Ideen aufzunehmen und zu erproben.

In der Erprobungsphase wurden überwiegend Angebote aus diesem Bereich als Gruppenangebote mit anderen Pflegetandems durchgeführt (z.B. Tischkegeln, Tanzen, Besuch einer Hundetrainerin, Spieleabende/-nachmittage, Basteln, Kinoabende und Musikangebote/Konzerte), die positiv bewertet wurden. Dabei ist es wichtig, ein umfangreiches Angebot vorzuhalten, dass sowohl zeitlich flexibel in Anspruch genommen werden kann, als auch vielfältige Interessen berücksichtigt und für Pflegebedürftige mit unterschiedlichen Einschränkungen geeignet ist.

Positive Erfahrungen bezogen auf gemeinsam genutzten Angebote schildert eine pflegebedürftige Begleitperson so:

*„Das wir immer als-, haben wir als Familie, waren wir auch Kegeln gewesen. Als Zweites war es noch da sind ja auch Hundeaufführung. Das war herrlich. [...] Die fand ich auch sehr drollig. (schmunzeln) Ein Hund, hüpfte mir etwas auf den Schoß. [...] Und schleckte mir am Ohr rum.“ (230418\_TIMP311, Z.: 36-40)*

*„Schön wäre das mit dem, das ist so ein Kreisel [Tanzen] gewesen.“ (230418\_TIMP311, Z.: 175)*

Jegliche Angebote und Aktivitäten, insbesondere im Bereich „Rekreation“ der Tandem- und Interaktionsangebote, sollten genau beschrieben werden und die pflegenden Angehörigen über notwendige Teilnahmevoraussetzungen für die pflegebedürftigen Begleitpersonen informiert werden. Nur so können Betroffene einschätzen, ob eine gemeinsame Teilnahme möglich ist. Andernfalls bleiben Angebote ungenutzt. Daher wünscht sich diese Pflegeperson detaillierte Informationen zu den gemeinsamen Angeboten:

*„Das hätte noch mehr bekanntgegeben werden müssen, finde ich. Und dann war halt für mich das eine Mal Kegeln-. Ich habe gedacht: „Kegeln mit meinem Lebensgefährten? Der schmeißt die Kegel doch immer daneben.“ Ja, das war aber Tischkegeln. [...] Und das habe ich also irgendwie nicht geblickt und das hat mir hinterher leidgetan.“ (TIMP38\_20230228, Z.: 290-294)*

Gemeinsame Angebote werden anhand der Befragung vor allem im Modell der gemeinsamen Unterbringung als wichtig eingestuft, um die gemeinsame Freizeit an Nachmittagen, Abenden

und Wochenenden zu gestalten und zu strukturieren und Kontakt zu anderen Pflegepaaren zu haben. Eine Pflegeperson schildert dazu:

*„Und dann wäre das schon so Sachen, die fehlen halt ein bisschen da. Dass man abends und über das Wochenende ist man eigentlich auf sich gestellt.“  
(TIMP36\_20221130, Z.: 280-281)*

Einrichtungen sollten pflegenden Angehörige daher vorab und während des Aufenthaltes gezielt über die Möglichkeiten zu gemeinsamen Aktivitäten informieren, da die Selbstorganisation der Freizeit teilweise als herausfordernd empfunden wird z.B. aufgrund der fremden Umgebung, eingeschränkter Mobilität, krankheitsbedingter Einschränkungen der Pflegebedürftigen, etc..

#### **4.2.3.9. Verhältnis von gemeinsamen und getrennten Angeboten**

Praktiker\*innen aus dem Bereich der stationären Vorsorge- und Rehabilitation verweisen darauf, dass die Selbstfürsorge des pflegenden Angehörigen bei der stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme im Vordergrund steht und die Angebote nicht in Konkurrenz treten dürfen zu den gemeinsamen Angeboten mit der pflegebedürftigen Person – es braucht ihrer Ansicht nach das richtige Maß an Nähe und Distanz und beide Partner\*innen aus dem Tandem brauchen ausreichend Zeit, um die eigenen Angebote wahrzunehmen und ihre Ziele zu realisieren. Gleichzeitig braucht es auch eine gemeinsame Zielrichtung des Tandems:

*„Die zwei wirklich als Tandem zu verstehen und miteinander Ziele zu vereinbaren, das fand ich einen ganz spannenden Ansatz, den wir gerade hatten, um das ganz losgelöst zu sehen.“ (Expert\*innen, Zeile 259-280)*

In den im Folgenden dargestellten bestehenden Interventionen lassen sich unterschiedliche Ansätze zum Verhältnis von gemeinsamen und getrennten Angeboten finden. Das Projekt *Entlastung und Stärkung für Pflegebedürftige und Pflegenden – Reisen im Tandem (ESPRIT)* widmet sich betreuten Urlauben für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige mit fortschreitender kognitiver Beeinträchtigung. Bei den in der Regel zehntägigen Reisen gibt es unterschiedliche Betreuungsansätze mit getrennten und gemeinsamen Angeboten – tagsüber nehmen Pfleger und Gepflegter an getrennten Programmen teil (Ansatz getrennte Betreuung) oder sie haben die Wahl zu individuellen und gemeinsamen Angeboten und können den gesamten Tag über auf die Betreuung und Begleitung von geschultem Personal zurückgreifen (Ansatz Bezugspflege) (vgl. Heusinger et al., 2018, 10ff.). Diese Ansätze bringen Vor- und Nachteile mit sich. Die feste Bezugspflege kann durch die nahe ganztägige Betreuung und Begleitung eine umfassende Beobachtung des Tandems vornehmen und dadurch eine gezielte Rückmeldung und individuelle Hinweise für den Pflegealltag in der Häuslichkeit vermitteln (vgl. Heusinger et al., 2018, 36). Die Stärken u.a. auch des Pflegebedürftigen können

wahrgenommen und gefördert werden, während der Austausch mit anderen Betroffenen und Selbsthilfe-Effekte bei diesem Ansatz in den Hintergrund geraten (vgl. Heusinger et al., 2018, 36). Der Ansatz einer getrennten Betreuung bedeutet für die pflegenden Angehörigen im Projekt eine große Entlastung – die Pflegebedürftigen hingegen reagieren unterschiedlich bis hin zur Verunsicherung in Hinblick auf die neue Situation und die Pflegemitarbeitenden (vgl. Heusinger et al., 2018, 36). Insgesamt zeigt die Untersuchung zu den betreuten Urlauben, dass diese für den Großteil der Teilnehmenden Erholung bedeuten und zu einem Erwerb weiterer Kompetenzen führen, die sich sowohl auf die Nutzung von Unterstützungsangeboten als auch hinsichtlich einer veränderten Perspektive auf die häusliche Belastungssituation auswirken (vgl. Heusinger et al., 2018, 37).

Das *multidisziplinäre Rehabilitationsprogramm MINDVital* – ein ambulantes Rehabilitationsprogramm für pflegebedürftige Menschen mit mittelschwerer Demenz und ihren pflegenden Angehörigen – setzt über einen Zeitraum von acht Wochen auf wöchentliche Gruppeninterventionen zur körperlichen Aktivität, zur kognitiven Stimulation und Rehabilitation sowie eine personenzentrierte Beschäftigung und Versorgung (vgl. Chew et al., 2015, 1688). Es zeigt sich u.a. eine Verbesserung des Belastungserlebens der pflegenden Angehörigen und eine Förderung der Gemeinschaftlichkeit und der Fähigkeit zur gemeinsamen Alltagsbewältigung zwischen Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen (vgl. Chew et al., 2015, 1690f.).

Gemeinsame und getrennte Angebote für das Tandem sieht auch ein *drei-/vierwöchiges Rehabilitationsprogramm für Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen* in Deutschland vor, das eine Therapieprogramm mit Rehabilitation für Pflegebedürftige und gleichzeitiger Psychoedukation für pflegende Angehörige beinhaltet (vgl. Schiffczyk et al., 2013, 305ff.). Dadurch entsteht Zeit für gemeinsame Aktivitäten und gleichzeitig aber auch spezifische Freiräume für pflegende Angehörige, um ihrer individuellen Zielerreichung nachkommen zu können. Messungen zeigen eine signifikante Reduktion des Belastungserfahrens von männlichen pflegenden Angehörigen und eine signifikante Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei den männlichen MmD (vgl. Schiffczyk et al., 2013, 305ff.). Schwerpunkte der Therapien bilden für die pflegebedürftige Person eine medizinische Behandlung, eine Reevaluation der Diagnostik, eine Optimierung der Therapie der Demenz und Komorbidität sowie eine Stärkung der verbleibenden Kompetenzen und Fähigkeiten der MmD (vgl. Schiffczyk et al., 2013, 303f.). Die therapeutische rehabilitative Intervention umfasst für die MmD 20 Wochenstunden, vornehmlich Gruppentherapie mit personalisiertem Behandlungs-

ansatz mit Kunst-, Bewegungs-, Musik- und Erinnerungstherapien sowie soziale Beschäftigungsangebote (vgl. Schiffczyk et al., 2013, 303f.). Für den pflegenden Angehörigen stand eine psychosoziale Edukation zum Krankheitsbild, Psychotherapie zum verbesserten Umgang mit MmD, Anleitung zur Reduktion von psychosozialen Stress, Unterstützung von Wohlbefinden, Sozialisation und Netzwerken im Fokus – zusammenfassend eine Edukation in Bezug auf das Krankheitsbild, Konfliktprävention sowie eine Verbesserung der Beziehungsqualität sowie Freizeit zur Selbstgestaltung (vgl. Schiffczyk et al., 2013, 303f.).

Im folgenden Abschnitt werden Studienergebnisse dargestellt, die die Machbarkeit, Verträglichkeit und Effektivität von Interventionen für Pflegetandems (pflegende Angehörige und Pflegebedürftige mit beginnender Demenz) hinsichtlich der Kommunikation, des Wohlbefindens und der Beziehungsqualität überprüfen. Dies betrifft die Interventionen: gemeinsame und getrennte Selbsthilfegruppen, Beratung, kognitive Stimulation sowie ein Fertig- und Fähigkeitstraining (vgl. Moon & Adams, 2013). Anhand wissenschaftlicher Literatur lässt sich festhalten, dass die Interventionen einen positiven psychosozialen Nutzen bewirken, sie die Fähigkeit stärken, Unterstützungsangebote einzufordern und die Erinnerungsfähigkeit der Pflegebedürftigen fördern (vgl. Moon & Adams, 2013, 834).

Im Bereich der Selbsthilfegruppen sind sowohl gemeinsame Gruppen für beide Personen des Tandems als auch getrennte Gruppen für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige denkbar. Mögliche Themen sind emotionale, personelle und symptomatische Konsequenzen der Diagnose, Umgang mit und Bewältigung von Gedächtnisstörungen und weiteren Symptomen, Strategien für die Alltagsgestaltung und der Zukunftsplanung, Selbstwertgefühl, Beziehungsgestaltung innerhalb des Tandems und mit weiteren Familienangehörigen, Gesundheitserhaltung, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen sowie die Förderung und Sicherstellung der Kommunikation im Tandem (vgl. Moon & Adams, 2013, 831f.). Die Betroffenen beurteilen die Teilnahme an Selbsthilfegruppen als sehr hilfreich, fühlen sich emotional und sozial unterstützt durch das Gefühl unter ‚Leidensgenossen‘ zu sein und weniger sozial isoliert (vgl. Moon & Adams, 2013, 832ff.). Als positive Effekte wurden zudem geringere Einschränkungen und eine Verbesserung der Lebensqualität genannt und eine positivere Haltung gegenüber dem Krankheitsbild sowie eine Stärkung der Fähigkeit der pflegenden Angehörigen die Zukunft, ihre Finanzen und die medizinische Versorgung zu planen (vgl. Moon & Adams, 2013, 832ff.).

Bei Einzel- und Tandemberatungen, die in Gruppen vor Ort und telefonisch angeboten werden, standen diese Themen im Fokus: Wert der Mitglieder des Tandems, Erwartungen, Vorlieben und Diskrepanzen in der Versorgung, Identifikation von Problemen und Konflikten in der Interaktion, Aggressionsbewältigung, Sicherstellung und Förderung der Kommunikation und der

Beziehungsqualität, Förderung der Fähigkeiten zur Problemlösung, Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten sowie Störung der Beziehung durch die Diagnose (vgl. Moon und Adams, 2013, 831). Die Teilnehmenden zeigen sich zufrieden mit dem Beratungsangebot, der Wissensvermittlung und dem Unterstützungsprogramm. Die Tandems schildern eine Zunahme ihrer Fähigkeiten den Alltag vor dem Hintergrund der Symptome zu bewältigen und in soziale Beziehung zu treten und bewerten die gemeinsame Zukunft positiver. Die Pflegebedürftigen befürworten den Kontakt zu anderen Tandems und schildern ein gesteigertes Selbstwertgefühl (vgl. Moon & Adams, 2013, 832ff.).

Kognitive Stimulation zielt auf eine Verbesserung der Kognition und der Interaktion im Tandem ab. Sie beinhaltet die Schulung der pflegenden Angehörigen zur kognitiven Stimulation der Pflegebedürftigen zur Sicherung und Förderung der Erinnerungsfähigkeit, der Aufrechterhaltung des kontrollierten und fließenden Sprechens und kognitiver Problemlösung (vgl. Moon & Adams, 2013, 831). Die Intervention zeigte folgende Effekte (vgl. Moon & Adams, 2013, 832f.): Sprachfluss, Erinnerungsvermögen und das Vermögen zur Problemlösung der Pflegebedürftigen in der Interventionsgruppe bleiben länger erhalten als in der Kontrollgruppe und sie zeigen weniger Feindseligkeit. Pflegende Angehörige in der Interventionsgruppe zeigen ein Zurückgehen von Depressionen und negativen Bewältigungsstrategien im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die gemeinsame Kommunikation und Interaktion im Tandem wird verbessert.

Das Fertig- und Fähigkeitstraining für beide Tandemmitglieder beschäftigt sich thematisch mit Pathologie der Erkrankung, Effektive Kommunikation, Förderung und Sicherstellung der Erinnerungsfähigkeit, Förderung und Erhalt der körperlichen Aktivität sowie Wahrnehmung von Emotionen und Verhalten (vgl. Moon & Adams, 2013, 831). Neben der Erfassung der kognitiven Fähigkeiten, physischen Gesundheit, sozialer Aktivität, Persönlichkeit, Lebensrollen und Rollenverständnis, Hobbies, Lebensgeschichte und Kultur beider Mitglieder des Tandems werden Handlungspläne erstellt und Raum zur Diskussion und Reflexion von Problemen gegeben. Die Tandems erachten das Training als äußerst hilfreich, um Pflege- und Verhaltenstechniken zu erlernen und Symptome der Demenz zu bewältigen (vgl. Moon & Adams, 2013, 832ff.).

#### **4.2.3.10. Nähe und Distanz**

Die geschilderten Erkenntnisse finden sich in den Interventionen des vorliegenden Rahmenkonzeptes wider – das Tandem steht als pflegerische Einheit im Fokus. Dabei ist das Verhältnis von Nähe und Distanz ein wichtiger Faktor, bei dem die Bedarfe der Pflegetandems sehr verschieden sind. Dies sollte bei der Maßnahmenplanung unbedingt berücksichtigt werden. Zudem sind für die Nutzung gemeinsamer Angebote der Gesundheitszustand der Begleitperson und die gemeinsamen Zeitfenster ausschlaggebend.

Damit Entspannung und Abstand vom Alltag möglich sind, sollte hinsichtlich der Organisation des Begleitangebotes vor allem bei gemeinsamer Unterbringung des Pflegepaares eine möglichst flexible Nutzung und Organisation der Betreuung ermöglicht werden. Die zeitlichen Vorgaben können belastend wirken und dem Wunsch der pflegenden Angehörigen z.B. nach mehr Freizeit und der Inanspruchnahme eigener Angebote entgegenstehen. In diesem Zusammenhang, empfinden manche pflegende Angehörige den durch sie notwendigen Betreuungsaufwand während des Aufenthaltes als Belastung.

*„Und ich kann Ihnen das sagen, es ist ja so, wir sind ja zu zweit hingefahren und da ist es natürlich so, meine Maßnahmen, die waren so weit auch ordentlich. Aber ich war ja dann ab Mittag beziehungsweise ab drei habe ich meine Frau wieder bei mir gehabt, da war das Problem ja nach wie vor schwierig, weil es nicht wie Zuhause ist. Man konnte nicht abschalten.“ (TIMP35\_20221109, Z.: 33-39)*

*„Aber ich habe in der Freizeit mit meiner Frau auch nicht die Freizeit gefunden oder die Ruhe gefunden, die ich hätte, vielleicht gebraucht.“ (TIMP35\_20221109, Z. 477 - 479)*

Wenn es wiederum durch die Unterstützung der Einrichtung (gemeinsame Unterbringung) möglich ist, Verantwortung und Pflegeaufgaben abzugeben, wird dies von den pflegenden Angehörigen wertgeschätzt.

*Und das fand ich sehr schön, also so diese, ja-. Mich um nichts zu kümmern, Essen wurde gekocht, auch für die Eltern und meine Mutter wurde dann sogar geduscht, nachdem wir das gemerkt haben, dass sie es alleine nicht mehr kann und ich das einmal gemacht habe, dann habe ich drum gebeten, dass es von Schwestern gemacht werden kann und das hat alles gut geklappt. (TIMP310\_20230315, Z.: 311-316)*

Es ist daher wichtig, die Pflegetandems bereits vor dem Aufenthalt genau über den mit der jeweiligen Unterbringungsform verbundenen Pflege- und Betreuungsaufwand zu informieren, um eine Unzufriedenheit zu vermeiden und unrealistischen Erwartungshaltungen zu begegnen. Dieser Punkt sollte bereits bei der Wahl der Klinik und der Art der Unterbringung gemeinsam besprochen und berücksichtigt werden. Eine Pflegeperson beschreibt ihr Bedürfnis so:

*„Ja, ich glaube, für viele ist es auch gut, wenn sie alleine dahinfahren, dass sie sich erholen. Nur, wie gesagt, bei mir wäre das so gewesen, das hätte mich wahnsinnig gemacht und das bringt ja nichts.“ (TIMP34\_20221108, Z.: 347-349)*

Die gemeinsame Zeit des Pflegetandems, herausgelöst aus der alltäglichen Lebenssituation, wird von den pflegenden Angehörigen als Chance gesehen und positiv empfunden.

*„Ja, ja, also das-. Ich denke, so eine Zeit kommt nie wieder, also ich werde ja nie wieder mit meinen Eltern und meiner kleinen Schwester zusammen drei Wochen irgendwo sein, wo wir verwöhnt werden. Und ich kann vielleicht eine kleine Schwester nochmal fahren, aber nicht mehr mit meinen Eltern, die sind überhaupt nicht in der Lage dazu.“ (TIMP310\_20230315, Z.: 168-172)*

*„Also mein Vater-, für meinen Vater und mich war das eine ganz tolle Zeit, weil bei uns-  
, da ein großes Stück aufeinander zugegangen sind, insofern war das schon gut.“  
(TIMP310\_20230315, Z.: 163-165)*

An den Ausführungen wird deutlich, dass auch das Thema Nähe und Distanz und das damit verbundene Pensum gemeinsamer Angebote stark abhängig von den individuellen Bedürfnissen der Pflegetandems ist. Nicht nur vor dem Aufenthalt, sondern auch währenddessen sollte der Bedarf reflektiert und Maßnahmen/Unterstützungsleistungen ggf. angepasst werden, da sich z.B. das Bedürfnis nach Ruhe und Erholung und nach Nutzung eines umfassenden Angebotes im Laufe des Aufenthaltes ändern kann.

Die Erprobung hat gezeigt, dass die Pflegetandems einen Bedarf an gemeinsamen Angeboten haben, auch über den Freizeitbereich hinaus in therapeutischen Modulen. Der gemeinsame stationäre Aufenthalt, die Lösung aus dem (Pflege-)Alltag, schafft dafür geeignete zeitliche Ressourcen, die sinnvoll gefüllt werden können. Bei der Umsetzung, dem Aufbau und der Optimierung gemeinsamer Angebote zeigten sich Schwierigkeiten, entsprechende Zeitfenster in den Therapieplänen/Tagesabläufen der Einrichtungen zu finden und Strukturen zu schaffen, die die Angebotsnutzung für Pflegetandems erleichtern.

## 5. Konzeption

### 5.1. Konzeptentwicklung

Die nutzerorientierte Konzeption basiert auf den beschriebenen Forschungserkenntnissen bestehend aus einer Literaturanalyse, Best-Practice-Ansätzen, den Ergebnissen von Fokusgruppendifkussionen mit Betroffenen und Expert\*innen und Befragungsergebnissen der Zielgruppe. Zudem werden in den folgenden Ausführungen Ergebnisse aus Arbeitstreffen mit kooperierenden Einrichtungen berücksichtigt: Gemeinsam mit Vertreter\*innen aus Pflegeeinrichtungen sowie stationären Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sind Maßnahmen für die Betroffenen sowie strukturelle Anforderungen für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit erarbeitet worden. Die Konzeptentwicklung baut damit auf dem Dreizehn-Punkte-Plan auf und basiert auf den in [Kapitel 2.1.](#) und [2.2.](#) genannten Zielsetzungen.

#### 5.1.1. Dreizehn-Punkte-Plan

Um die in [Kapitel 4](#) beschriebenen Aspekte und Ergebnisse zu fassen, sind die wesentlichen Inhalte im folgenden Dreizehn-Punkte-Plan gebündelt worden. Diese dreizehn Punkte bilden gleichzeitig die Ausgangsbasis für die Konzeptentwicklung und Umsetzung. der *„Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der pflegenden Angehörigen“*:

- 1. Passgenaue Versorgung:** Es werden eindeutige Aufnahme- und Ausschlussgründe für die pflegebedürftige Person entsprechend der Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen festgelegt. Diese müssen deutlich kommuniziert werden und mit den Angaben der pflegenden Angehörigen abgeglichen werden. Dazu sind ausführliche Vorgespräche zwischen Einrichtungen und Pflegetandems bzw. pflegenden Angehörigen erforderlich.
- 2. Aufklärung zu Rahmenbedingungen der Versorgung:** Die pflegenden Angehörigen werden vor Anreise über den durch sie zu erbringenden Pflege- und Betreuungsaufwand während des Aufenthaltes informiert. Dieser kann abhängig von der Art der Unterbringung variieren und wird auch als mögliches Entscheidungskriterium bereits bei der Beratung für die Auswahl der Klinik berücksichtigt. Auch über die Erfordernisse für die Organisation und Durchführung von therapeutischen Leistungen (Heilmitteln) und dem damit für sie verbundenen Aufwand wird informiert. Nach Möglichkeit werden die pflegenden Angehörigen dabei durch die Einrichtungen unterstützt.

3. **Abbau von Hemmnissen gegenüber Betreuungsangeboten:** Damit im Vorfeld des Aufenthaltes Bedenken und Unsicherheiten seitens des Pflegepaares gegenüber KZP/TP abgebaut werden können, erhalten die Pflegepaare vorab die Möglichkeit, die Einrichtungen digital oder in Präsenz kennenzulernen.
4. **Vertrauensaufbau:** Es gibt in jeder Einrichtung feste Ansprechpersonen, welche die Patient\*innen während des Aufenthaltes begleiten. Eine verbindliche und transparente Kommunikationsstruktur trägt dazu bei, dass die pflegenden Angehörigen wissen, dass ihre Pflegebedürftigen gut aufgehoben sind und sich wohlfühlen. Vor allem in der Eingewöhnungszeit ist es bedeutsam, dem Informationsbedürfnis gerecht zu werden und ein Vertrauensverhältnis zu beiden aufzubauen.
5. **Individuelles Gesundheitsmanagement:** Die Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer\*innen werden berücksichtigt und die Angebote auf die individuellen Fähigkeiten, Krankheitsbilder und -Stadien sowie die Interessen abgestimmt. Dies wird durch Assessments zur Ermittlung der Selbstständigkeit/Hilfebedürftigkeit der Pflegebedürftigen und eine feste Gesprächsstruktur zu zeitlich festgelegten und planerisch sinnvollen Zeitpunkten gewährleistet.
6. **Partizipative Planung:** Sofern möglich, erfolgt die Zieldefinition für den Zeitraum der Maßnahme gemeinsam mit dem Pflegepaar. Bei Bedarf und abhängig vom Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen werden die pflegenden Angehörigen dabei verstärkt einbezogen. Absprachen zur Versorgung und gemeinsame Ziele werden dokumentiert und umgesetzt.
7. **Sektorenübergreifende Zusammenarbeit:** Über eine feste Gesprächsstruktur nach Aufnahme, zur Halbzeit sowie vor der Entlassung besprechen sich die Sektoren/Einrichtungen zu gemeinsamen Angeboten und zu einer aufeinander abgestimmten Maßnahmenplanung und haben die Bedarfe des Pfl egetandems gemeinsam im Blick. Bedarfsorientiert können weitere Abstimmungsgespräche erfolgen. Absprachen und Ziele werden überprüft und Maßnahmen bei Bedarf im Verlauf des Aufenthaltes angepasst.
8. **Modularer und zielgruppenspezifischer Ansatz sowie Passgenauigkeit des Begleitangebotes:** Um den unterschiedlichen Bedarfen der Pflegepaare gerecht zu werden, werden die Angebote modular konzipiert. Das Angebot sollte umfangreich und vielseitig sein und sich aus den verschiedenen Konzept-Modulen zusammensetzen. Die Maßnahmen des Begleitangebotes berücksichtigen insgesamt verschiedene Interessen und Beeinträchtigungen und beinhalten sowohl Gruppen- als auch Einzelangebote. Sofern der Pflegebedürftige sich beteiligen kann, werden auch nach Möglichkeit

Gesprächsangebote für das Pflegepaar zur therapeutischen Reflexion und Intervention der Pflegesituation angeboten.

- 9. Gruppenangebote:** Neben individuellen Maßnahmen für die jeweiligen Zielgruppen werden Gruppenangebote für die Pflegenden, die zu Pflegenden sowie für die Pflege-Tandems konzipiert. Bei Gruppenangeboten mit Beteiligung der Pflegebedürftigen werden die individuellen Fähigkeiten, Interessen, Krankheitsbilder und -stadien berücksichtigt. Die Zusammensetzung berücksichtigt die Passung eines ausgewogenen Geschlechterverhältnisses, einer passenden Altersgruppe sowie auch das Verhältnis unterschiedlicher Pflegebeziehungen.
- 10. Verbesserung der Selbstständigkeit:** Die Maßnahmen für die pflegebedürftige Person beinhalten aktivierende und nach Möglichkeit rehabilitative Ansätze, um die Zeit des Aufenthaltes möglichst effektiv zu nutzen, z.B. durch mobilitätsfordernde Maßnahmen, Maßnahmen zur Verbesserung kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten und therapeutische Angebote.
- 11. Stärkung der Interaktion:** Die Maßnahmen im Pflegetandem basieren auf emotions- und problemorientierten Interventionsstrategien. Abhängig von den jeweiligen Bedarfen werden unterschiedliche Schwerpunkte bei den Interventionen gesetzt. Aus Nutzer\*innenperspektive ist ein umfangreiches Angebot im Bereich Rekreation wünschenswert.
- 12. Nähe und Distanz:** Es werden sowohl getrennte als auch gemeinsame Angebote für das Tandem konzipiert. Das passende Maß an Nähe und Distanz wird berücksichtigt und entsprechend der Bedarfe des Pflegetandems reflektiert und bei der Maßnahmenplanung umgesetzt.
- 13. Rahmenbedingungen zur Nutzung gemeinsamer Angebote**

Um eine Nutzung gemeinsamer Angebote zu erleichtern, werden entsprechende Zeitfenster in den Therapieplänen/Tagesabläufen der Einrichtungen verankert und Strukturen geschaffen, damit Angebote auch außerhalb der Freizeit genutzt werden können. Die Pflegetandems werden vorab über die Teilnahmevoraussetzung der Angebote informiert.

### 5.1.2. Bestandteile des Begleitangebotes

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Bestandteile des Rahmenkonzeptes: die Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige und die Tandem- und Interaktionsangebote für das Pflegepaar. Die Begleitangebote werden immer mit einer Vorsorge-/ Rehamassnahme für pflegende Angehörige kombiniert. Das entsprechende Rahmenkonzept wurde durch PuRpA 1 erarbeitet und ist in dem dortigen Projektbericht nachzulesen.

Modellprojekt 1:

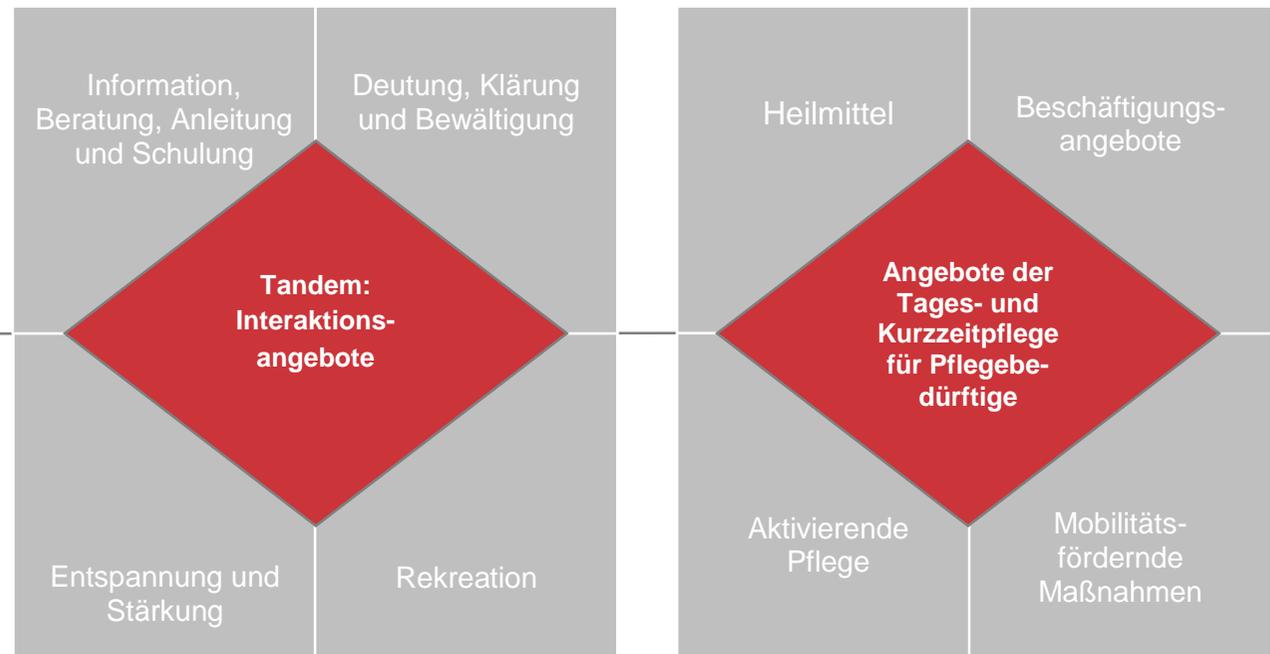
Stärkung bzw. Wiederherstellung der  
Gesundheit des pflegenden Angehörigen



**Modellprojekt 3:**

Stärkung der Interaktion des Pflegetandems

Förderung und Stärkung der  
pflegebedürftigen Person



Ziel: Stärkung des häuslichen Pflegesettings

Abbildung 2: Modulare Interaktionsangebote für das Tandem + Begleitangebote für die Pflegebedürftige Person (Quelle: eigene Darstellung)

### 5.1.3. Teilnehmende Einrichtungen

Zur Gewinnung von Einrichtungen zur Entwicklung und Erprobung von passgenauen Begleitangeboten wurden Träger von Vorsorge- und Rehakliniken sowie Kurzzeitpflege- und/oder Tagespflegeeinrichtungen über die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der Freien Wohlfahrtspflege NRW und die Caritas angesprochen. Eine digitale Informationsveranstaltung informierte interessierte Einrichtungen zielgerichtet über das Projekt. Im Anschluss wurden mit denjenigen, die Interesse an einer Projektteilnahme zeigten, Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

An der grundlegenden Konzeptentwicklung haben die folgenden elf Einrichtungen mitgewirkt<sup>1</sup>:

*Pflegeeinrichtung der Caritas Altenhilfe im Erzbistum Paderborn gGmbH:*

- **Seniorenzentrum St. Laurentius** in Löhne  
mit Begleitangebot für Pflegebedürftige über eingestreute KZP-Plätze  
**in Kooperation mit**
- **Berolina Klinik** in Löhne  
mit dem Angebot der stationären Rehabilitation für pflegende Angehörige

*AW Kur und Erholungs GmbH:*

- **Landhaus Fernblick** in Winterberg  
mit tagesstrukturierendem (Begleit-)Angebot für Pflegebedürftige  
und dem Angebot der stationären Vorsorge für pflegende Angehörige

*Pflegeeinrichtungen des Caritasverband Paderborn e.V.:*

- **Haus St. Veronika** in Paderborn  
mit Begleitangeboten für Pflegebedürftige über solitäre KZP-Plätze
- **Haus St. Antonius** in Paderborn  
mit Begleitangebot für Pflegebedürftige über solitäre KZP-Plätze
- **Haus St. Barbara** in Bad Lippspringe  
mit Begleitangebote für Pflegebedürftige über Tagespflegeplätze  
**in Kooperation mit**
- **Teutoburger-Wald-Klinik** in Bad Lippspringe  
mit dem Angebot der stationären Rehabilitation für pflegende Angehörige



Abbildung 3: Standorte mitwirkende Einrichtungen (Quelle: eigene Darstellung)

<sup>1</sup> Detailliertere Angaben zu den einzelnen Einrichtungen befinden sich in **Anhang 2 Weiterführende Informationen zu den teilnehmenden Einrichtungen**

*Pflegeeinrichtungen der Caritas Brilon für Gesundheit und Familien gGmbH:*

- **Seniorenzentrum St. Josef in Hallenberg**  
mit Begleitangebot für Pflegebedürftige über Verhinderungspflege
- **Seniorenzentrum St. Engelbert in Brilon**  
mit Begleitangebot für Pflegebedürftige über Verhinderungspflege  
**in Kooperation mit**
- **Klinik St. Ursula** in Winterberg  
stationäre Versorgung für pflegende Angehörige
- **Haus St. Elisabeth am Kurpark** in Bad Rothenfelde  
*Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.*  
Angebot: Erholung für Senioren\*innen

Die Einrichtungen hatten sich bereits vor dem PuRpA Projektbeginn mit der Planung und dem Aufbau von speziellen Angeboten für pflegende Angehörige beschäftigt. Sie befanden sich in jeweils unterschiedlichen Stadien der Reifung und Umsetzung dieser Konzepte. Wo erforderlich, erfolgte eine Erweiterung und Entwicklung der einrichtungsindividuellen Konzepte anhand der Rahmenkonzeption.

Der erste Konzeptentwurf (Stand Dezember 2021) wurde vor der Implementierung in einem Expert\*innen-Workshop mit Einrichtungsträgern und –Leitungskräften aus nicht projektbeteiligten Einrichtungen validiert. Die Pilotversion wurde im Anschluss in Kooperationseinrichtungen eingeführt und erprobt. In Gesprächen mit den Einrichtungen wurden laufend strukturiert Rückmeldungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung gesammelt. Die Datenauswertung der Befragung der Nutzer\*innen bildet die Basis für die abschließende Validierung, die durch Kernaussagen aus einem abschließenden Expert\*innen-Workshop mit Vertreter\*innen aus der Praxis ergänzt wurde.

Abschließend erfolgt eine Kosteneinschätzung bzw. eine Darstellung des Mehraufwandes der partizipierenden Einrichtungen sowie eine sozialrechtliche Bewertung. Das vorliegende Rahmenkonzept baut auf bestehenden Strukturen auf und soll Einrichtungen eine konzeptionelle Ergänzung bieten.

#### **5.1.4. Zugang und Inanspruchnahme aus Nutzer\*innenperspektive**

Insbesondere für ältere Pflegtandems mit einer engen persönlichen Bindung wie (Ehe-)Paare, ist die Mitnahme des Pflegebedürftigen eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Versorgung oder RehaMaßnahme. Sie benötigen bereits vorab Informationen zu den bislang

noch weitgehend unbekanntem Konzepten einer gemeinsamen Reise und zum Pflege/Betreuungsaufwand, der mit der Unterbringungsform verbunden ist. Weiter ist die Unterstützung bei der Beantragung und der indikationsentsprechenden Suche und Auswahl einer geeigneten Einrichtung von hoher Bedeutung für das Gelingen des Aufenthaltes. Dafür sind Multiplikator\*innen mit angemessener Expertise (wie Pflege-, Kurberatung, Pflegekassen) als auch die Einrichtungen prädestiniert. Die Notwendigkeit der Hilfestellungen ergibt sich vor allem aus der Fülle der zu übermittelnden Informationen und aus dem komplexen Prozess der Beantragung bei i.d.R. getrennten Zuständigkeiten über zwei unterschiedliche Sozialleistungsträger (GKV/DRV und Pflegeversicherung) für den gemeinsamen Aufenthalt, sowie der Vulnerabilität der Zielgruppe.

Die Auswertung des Projektes „Zeit und Erholung für mich - Kurberatung für pflegende Angehörige in Nordrhein-Westfalen“ gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW ergab, dass vom Erstkontakt eines Klienten bis zur Antragstellung einer Vorsorge/Reha für pflegende Angehörige durchschnittlich rund fünf Monate vergehen, hinzuzurechnen sind die Bearbeitungszeit des Kostenträgers und die Wartezeit bis zur Aufnahme in eine Einrichtung. Es braucht also i.d.R. Monate bis zu einem Jahr Vorlaufzeit bis Betroffene ihre Maßnahme antreten können. Weitere wichtige Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Begleitangebote ist, dass Betroffene die Kosten und Eigenanteile tragen können und nicht mit dem späteren Verzicht von Unterstützungsangeboten bei Urlaub und zur Krisenbewältigung konfrontiert sind. Trotz der Leistungen aus dem Pflegeversicherungsrecht können bspw. die Gelder nicht ausreichen, um die Kosten abzudecken und alle Neben – und Eigenanteile eines stationären Aufenthaltes schwierig zu erbringen sein. Die Vorbereitung sowie die Übernahme von Kostenanteilen bei einer gemeinsamen Reise werden daher oft als aufwendig und emotional belastend von Pflegepaaren wahrgenommen und sollten im Sinne der Zielgruppe weiter vereinfacht werden. Mit dem § 42 SGB XI in der neuen Fassung wurden entsprechende Schritte eingeleitet, aber die Interventionen im Sinne dieses Modells sind dort noch nicht aufgenommen worden.

## 5.2. Instrumente und Verfahren<sup>2</sup>

Zu einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige gibt es unterschiedliche Zugangswege, wie Kostenträger, niedergelassene Ärzte oder Kurberatungsstellen der Freien Wohlfahrt. So informieren beispielsweise die Kurberatungsstellen der

---

<sup>2</sup> In diesem Kapitel werden idealtypische Abläufe des vorliegenden Konzeptes bei der Aufnahme von Pflegegeldern beschrieben. Abhängig von der jeweiligen Einrichtung und/oder der Art der Unterbringung (gemeinsam/getrennt) können diese Abläufe von der Beschreibung abweichen.

Freien Wohlfahrt die Betroffenen, bieten Unterstützung bei der Beantragung und bei der Organisation der Versorgung und Unterbringung der pflegebedürftigen Person<sup>3</sup>. Die folgenden Ausführungen beschreiben den Verlauf und die einzelnen Schritte im Prozess des Begleitangebotes, die bei einer Umsetzung des vorliegenden Rahmenkonzeptes für die Einrichtungen relevant sind. Die gesamte Prozesskette ist in *Abbildung 4* dargestellt.

Vor Antritt einer Maßnahme sind verschiedene Prozessschritte zur **Organisation der Begleitangebote** notwendig. Mit der Bewilligung der stationären Maßnahmen für die/den pflegende/n Angehörige/n beginnt die Vorplanung. Es findet ein erster Kontakt der Patient\*innen mit den aufnehmenden Einrichtungen statt. Dabei sind u.a. die Voraussetzungen für die Unterbringung des Pflegebedürftigen sowie die zeitgleiche Aufnahme für die stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme des pflegenden Angehörigen zu koordinieren. Sowohl die Kliniken als auch die Pflegeeinrichtungen haben Clearingverfahren mit Aufnahme- und Ausschlusskriterien definiert, um eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen und Fehlzusweisungen zu vermeiden. Gerade die Bedarfe Pflegebedürftiger können sehr unterschiedlich sein und werden wesentlich durch grundlegende Erkrankungen sowie kognitive und motorische Einschränkungen determiniert. Im Vorfeld ist weiter die Finanzierung der Unterbringung für den Pflegebedürftigen zu klären – die Zuschüsse der Pflegekasse und Eigenanteile sind fallspezifisch zu berechnen. Um Gruppenangebote realisieren zu können, werden nach Möglichkeit Schwerpunkt-Maßnahmen für pflegende Angehörige mit zeitgleicher Anreise angeboten.

Mit einem Vorlauf von ein bis vier Wochen wird vor der Maßnahme ein **Vorgespräch** von der Klinik sowie der Pflegeeinrichtung mit dem pflegenden Angehörigen und nach Möglichkeit mit dem/der Pflegebedürftigen per Telefon oder Video geführt. Für einen Vertrauensaufbau ist für die Patient\*innen der Kontakt zu beiden Einrichtungen wichtig. So können alle Fragen im Dialog mit der Einrichtung beantwortet und die relevanten Daten, wie die Stammdaten, der Medikationsplan, die Diagnostik und die Bedarfe des Tandems für Begleitangebote erfasst werden. Die Pflegeeinrichtung bespricht mit den Patient\*innen, ob für den/die Pflegebedürftigen Therapien wie z.B. Ergotherapie, Physiotherapie oder Logopädie organisiert werden sollen. Voraussetzung dafür ist, dass der Arzt am Wohnort entsprechende Heilmittelverordnungen verschreibt. Für die Patient\*innen ist es wichtig, dass sie eine feste Ansprechperson in den Einrichtungen haben. Wie in *Kapitel 4.2.2.3.* beschrieben, sind verschiedene Optionen denkbar (Bezugspflege, Feedbackmanager\*in, regelmäßige offene Sprechstunde etc.). Wichtig ist,

---

<sup>3</sup> Auf der Homepage <https://www.kuren-fuer-pflegende-angehoerige.de/> finden Sie weiterführende Informationen und Beratungsstellen.

dass die Personen bekannt sind und die Beteiligten wissen, wie die Personen kontaktiert werden können, um ihre Belange zu adressieren.

Bei der Aufnahme des/der Pflegebedürftigen in die Pflegeeinrichtung wird gemeinsam mit dem Angehörigen ein **Aufnahmegespräch** auf Basis des neuen Begutachtungsinstrumentes der sozialen Pflegeversicherung (NBI) als Eingangsassessment geführt. Der pflegende Angehörige und soweit möglich auch der/die Pflegebedürftige äußern in diesem Gespräch ihre Wünsche und persönlichen Ziele für den Zeitraum der Begleitangebote. Auf Basis der Informationen aus dem Vorgespräch, dem Aufnahmegespräch (NBI und Ziele) sowie ggf. den mitgebrachten Heilmittelverordnungen wird für den/die Pflegebedürftige eine erste (digitale) **Maßnahmenplanung** für Pflege und Betreuung erstellt. Die fachliche Beurteilung ist ein wichtiges Element der Maßnahmenplanung, da sie von den Einschätzungen der Angehörigen abweichen kann. Bei Bedarf wird der Plan angepasst.

Der **Therapieplan des pflegenden Angehörigen** für die stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ergibt sich anhand der Indikation und der spezifischen Angebote für pflegende Angehörige. Entsprechende Konzepte für pflegende Angehörige werden im Rahmen von Modellprojekt PuRpA 1 im Verbundvorhaben entwickelt.

Die jeweils individuellen Module der Begleitangebote sollten mit denen der Therapieplanung abgestimmt werden. Zur Realisierung gemeinsamer Angebote, ist es erforderlich, dass die Einrichtungen dafür konkrete Zeiten und Angebote anbieten. Bisher finden erste Angebote statt - überwiegend in den Abendstunden oder an den Wochenenden.

Neben dem Aufnahmegespräch sieht das Konzept für das Pflegetandem, d.h. nach Möglichkeit auch mit Beteiligung des Pflegebedürftigen, ein **Halbzeitgespräch** sowie ein **Entlassungsgespräch** mit **Abschlussassessment<sup>4</sup>** mit Empfehlungen für die weitere Pflege in der Häuslichkeit vor. Bei Bedarf wird nach dem Halbzeitgespräch die Maßnahmenplanung modifiziert. Aufgrund der pflegfachlichen Einschätzung können pflegende Angehörige konkrete Rückmeldung und Empfehlungen für den Pflegealltag erhalten. Zur Verstärkung des Kurerfolges können im Anschluss an den stationären Aufenthalt unterschiedliche, analoge und digitale **Nachsorgeangebote** genutzt werden, wie beispielsweise die aufsuchende Pflegeberatung gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI, eine psychologische Nachbetreuung über eine App oder (Wochenend-) Angebote zur Kurnacharbeit. Ein Konzept zum Case Management bietet das Modellprojekt PuRpA 2 im Verbundvorhaben.

---

<sup>4</sup> Das Abschlussassessment wurde zusätzlich in der teilnehmenden Kurzzeitpflegeeinrichtung durchgeführt, um anhand der Angaben Tendenzen der Pflegebedürftigkeit vor und nach der Maßnahme/dem Begleitangebot zu erfassen.

Während des Aufenthaltes gibt es auf der fachlichen Ebene der Einrichtungen ebenfalls eine feste Gesprächsstruktur mit insgesamt drei **sektorenübergreifenden Abstimmungsgesprächen** zwischen dem Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik sowie der Pflegeeinrichtung. Ziel dieser Gespräche ist es, die Bedarfe des Tandems zu erörtern und sektorenübergreifend eine aufeinander abgestimmte Maßnahmenplanung und gemeinsame Angebote für das Tandem zu schaffen. Die Abstimmungsgespräche finden zu festen Zeitpunkten statt: Nach den Aufnahmegesprächen, auf der Halbzeit sowie zur Entlassung. Neben dem Gespräch nach der ersten Hälfte des Aufenthaltes können bei Bedarf weitere Abstimmungen zwischen den Einrichtungen erfolgen. Die Gespräche werden jeweils von einem oder mehreren Mitarbeitenden aus dem Klinik- und Pflegebereich geführt und orientieren sich an einem Gesprächsleitfaden (**Anhang 1**), der für das Rahmenkonzept entwickelt wurde. Die Abstimmungsgespräche sind zu dokumentieren und dienen der individuellen und passgenauen Ausrichtung der Ziel- und Maßnahmenplanung sowie der Erarbeitung von Entlassempfehlungen. Daher wird die Nutzung eines Leitfadens empfohlen, Themen und Inhalte können sich dabei individuell unterscheiden.

Im Projektverlauf zeigte sich, dass es für die Planung von Interaktionsangeboten und Interventionen sinnvoll wäre, vorab eine strukturierte Analyse der Interaktionen eines Pflegepaares durchzuführen. Dazu sollte noch die Entwicklung eines Leitfadens erfolgen, der es dem Fachpersonal in Einrichtungen ermöglicht z.B. anhand von Aussagen des Pflegepaares oder durch die Beobachtung der Interaktion der Beteiligten entsprechende Problemfelder zu identifizieren und daraus Maßnahmen abzuleiten.

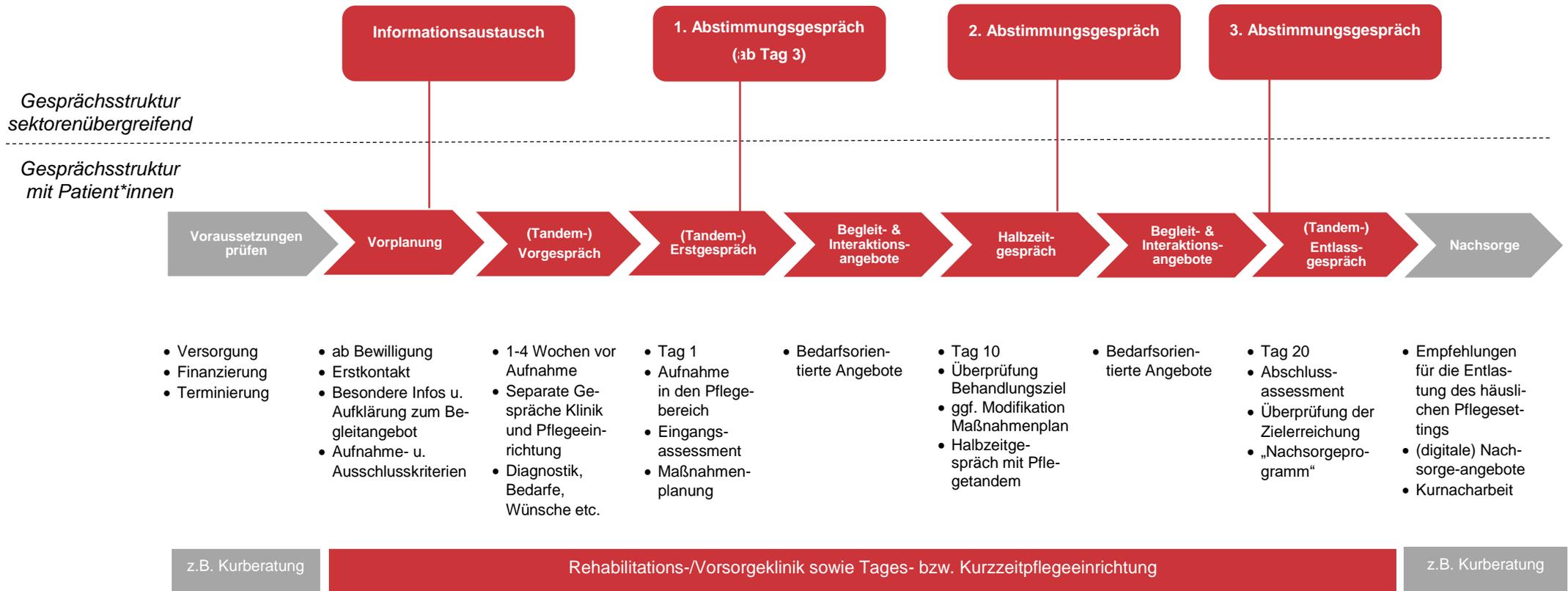


Abbildung 4: Prozesskette der Begleitangebote (Quelle: eigene Darstellung)

### 5.3. Leistungen und Maßnahmen

Es wird unterschieden zwischen Angeboten zur Förderung der Selbstständigkeit des/der Pflegebedürftigen sowie Angeboten für das Pflegetandem zur Stärkung der Interaktion. Die Angebote sollen sich an den dazu beschriebenen Zielsetzungen ausgerichtet (vgl. [Kapitel 2.1.](#) bis [2.2.](#)) modular aufbauen, um den jeweils individuellen Ansprüchen gerecht werden zu können. Dies hat den Hintergrund, dass die Bedarfe der Betroffenen sehr unterschiedlich sein können. Entsprechend sind nicht alle Angebote für alle hilfreich und sollen bedarfsorientiert Anwendung finden. Eine Zusammenfassung dieser Module bietet [Abbildung 2.](#)

Die in diesem Kapitel dargestellten Maßnahme-Möglichkeiten (vgl. [Tabelle 4](#) und [Tabelle 5](#)) in den Modulen wurden in der Konzeptentwicklung aus elf Einrichtungen mit unterschiedlichen Voraussetzungen aufgenommen. Daher ist die Basis der möglichen Interventionen sehr vielfältig. Die Erprobung erfolgte insgesamt mit drei Einrichtungen und daher konnten nicht alle genannten Maßnahmen erprobt werden. Die umgesetzten Angebote, sind in den einrichtungsindividuellen Konzepten hinterlegt.

#### 5.3.1. Module für die pflegebedürftige Person

Eine Versorgung der/des Pflegebedürftigen unter Einbezug aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen zur Stabilisierung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes der/des Pflegebedürftigen kann entsprechend für beide Tandempartner – die/den Gepflegte/n und die/den Pflegenden/n – zu einer Verbesserung der häuslichen Pflegesituation führen. Bei diesem Modul steht die Frage im Fokus: Wie können die Selbstständigkeit sowie die gesundheitliche Situation der pflegebedürftigen Person stabilisiert oder ggf. verbessert werden? Auch diese Maßnahmen sind modulhaft zu verstehen, indem ein individueller Pflegeplan auf der Grundlage der Wünsche und Bedarfe gestaltet wird – es umfasst die Module „Heilmittel“, „Aktivierende Pflege“, „Beschäftigungsangebote“ sowie „Mobilitätsfördernde Maßnahmen“. Die pflegebedürftigen Personen partizipieren bei ihrem Aufenthalt an dem routinemäßigen Programm und den Angeboten der Pflegeeinrichtungen. Mögliche Angebote sind in [Tabelle 4](#) gelistet.

#### 5.3.2. Module für das Pflege-Tandem

Bei Betrachtung der häuslichen Pflegesituation sind die pflegende und die pflegebedürftige Person als pflegerische Einheit zu sehen. Maßnahmen aus diesem Modul haben zum Ziel, die *Interaktion* ([Kapitel 2.3. Bedeutung von Interaktion als Ansatzpunkt für Interventionsstrategien](#)) zwischen den beiden zu ermöglichen und nachhaltig zu stärken. Im Fokus steht bei diesem Modul daher die Frage: Was braucht das Tandem, um die häusliche Pflegesituation zu entlasten? Der Bereich beinhaltet sowohl emotions- als problemorientierte Interventionsstra-

tegien und umfasst insgesamt die vier Module „Information, Beratung, Anleitung und Schulung“, „Deutung, Klärung und Bewältigung“, „Entspannung und Stärkung“ sowie „Rekreation“. Bei der Stärkung der Beziehung ist zu beachten, dass die für die Pflegepaare wichtige Themen variieren können und u.a. von der Art der Beziehung abhängig sind. So können für (Ehe-)paare andere Themen oder Inhalte relevant sein als z.B. für Mutter/Tochter-Beziehungen.

Alle Angebote sollen nicht nur für den Moment der Maßnahme förderlich sein, sondern langfristig den Pflegealltag entlasten und Hilfe zur Selbsthilfe bieten. Sie können gemeinsam und getrennt angeboten werden. Eine Übersicht über potentielle Angebote findet sich in [Tabelle 5](#).

Die [Abbildung 5](#) und [Abbildung 6](#) veranschaulichen die Wirkmodelle mit den verschiedenen Interventionsbereichen, auf welche die tabellarisch dargestellten Maßnahmen ([Tabelle 4](#) und [Tabelle 5](#)) während des Aufenthaltes für die Pflegebedürftigen und das Pflegepaar abgestimmt werden.

<b>Interventionsbereich Pflegebedürftige: Stärkung der Selbstständigkeit</b>
<b>Modul: Heilmittel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physikalische Therapie</li> <li>- Podologische Therapie</li> <li>- Ergotherapie</li> <li>- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</li> </ul>
<b>Modul: Aktivierende Pflege</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unabhängigkeit und Selbstständigkeit im Pflegeprozess fördern</li> <li>- Grundpflege und -versorgung als Hilfe zur Selbsthilfe (Essen, Anziehen, Mobilisieren etc.)</li> </ul>
<b>Modul: Beschäftigungsangebote<sup>5</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reguläre Gruppenangebote und personenzentrierte Beschäftigung</li> <li>- Singen und Musizieren</li> <li>- Klangstuhl, Musiktherapie</li> <li>- Angebote mit Therapiehund</li> <li>- Spielrunden z.B. Ball-Werfen, Kegeln</li> <li>- Gartenarbeit</li> <li>- Quiz-Angebote, Rätsel</li> <li>- Gedächtnistraining</li> <li>- Kreatives Gestalten</li> <li>- De Beleaf Aktivitätstisch, Tovertafel</li> </ul>
<b>Modul: Mobilitätsfördernde Maßnahmen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Demenzspezifisches) Mobilitätsprogramm <ul style="list-style-type: none"> <li>o Individualübungen und fester Bewegungsparcours</li> <li>o Transfer in die Häuslichkeit über Hausaufgabenprogramm</li> </ul> </li> <li>- Fertig- und Fähigkeitstraining</li> <li>- Kognitive Stimulation</li> <li>- Bewegungstraining, Tandem-Fahrrad</li> <li>- Lauf-, Gehtraining mit personeller Unterstützung</li> <li>- Umgang mit dem Rollator</li> <li>- Kraft- und Gleichgewichtstraining</li> <li>- Treppensteigen</li> <li>- Gruppengymnastik (mit Musik)</li> <li>- Yoga</li> </ul>

Tabelle 4: Übersicht beispielhafter Angebote in den Modulen für Pflegebedürftige

<sup>5</sup> Sofern es zeitlich mit dem Therapieplan der pflegenden Angehörigen vereinbar ist, können diese an den genannten Maßnahmen/Angeboten für die Pflegebedürftigen ebenfalls teilnehmen.

## Intervention

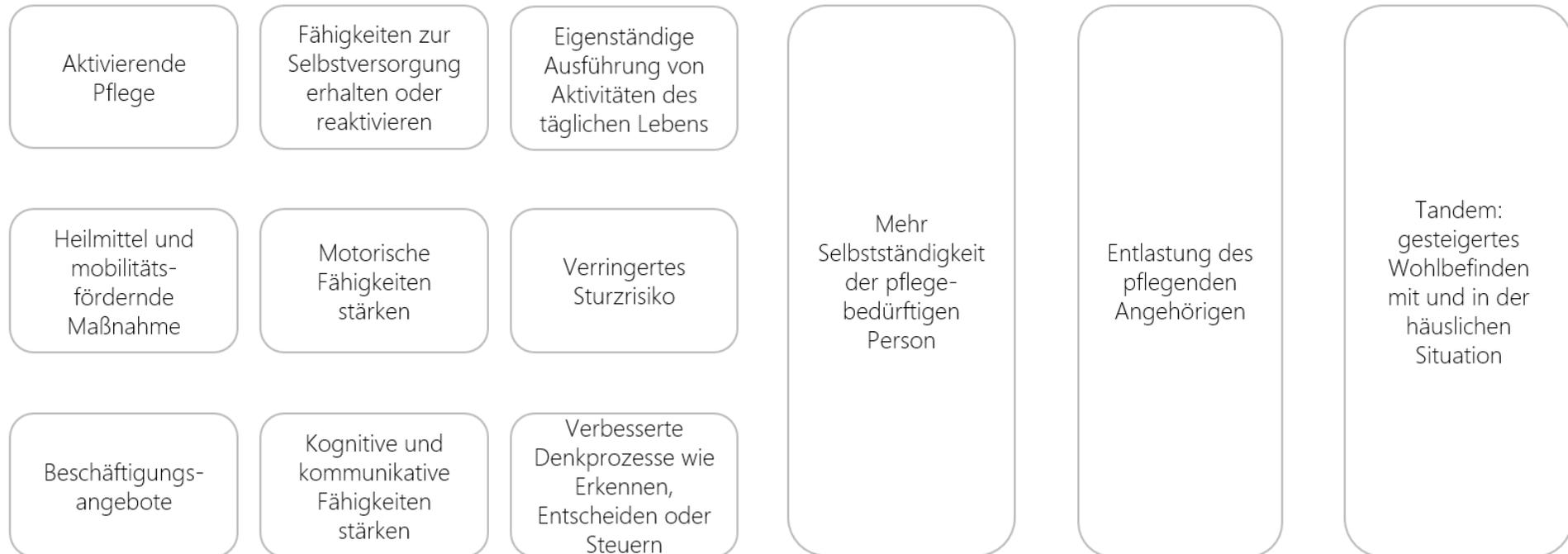


Abbildung 5: Wirkmodell zu den Interventionen für die pflegebedürftige Person (Quelle: eigene Darstellung)

<b>Interventionsbereich Pflegetandem: Stärkung der Interaktion und Handlungskompetenz</b>
<b>Modul: Information, Beratung, Anleitung und Schulung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stärkung der instrumentellen Kompetenz: fachliche und soziale Kompetenzen zur Anforderungsbewältigung entwickeln</i></li> <li>• <i>problemorientierte Interventionsstrategien: Wissensvermittlung, Verbesserung der Problemlösefähigkeit, Erweiterung des Hilfenetzwerkes</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulungen zu medizinischen, pflegerischen und sozialen Fähigkeiten und Ressourcen für Versorgung in der Häuslichkeit (auch am Krankenbett)</li> <li>- Psychosoziale Edukation zum Krankheitsbild, ggf. auch geschlechtsspezifisch</li> <li>- Unterstützung durch professionell Pflegende in der Planung und Durchführung der pflegerischen Versorgung</li> <li>- Beratung zu Unterstützungsangeboten und sozialrechtliche Beratung</li> <li>- Kostenloses Kennenlernen des Leistungsangebots Tagespflegehaus (als Leistung der Pflegeversicherung)</li> <li>- Hilfsmittel Beratung und Erprobung</li> <li>- DEMENZ: Vermittlung von Wissen über Kommunikation von Demenzerkrankten, Kommunikationstraining für pflegende Angehörige von MmD, Demenz-Parcours</li> <li>- Aktivierungsgruppe in der Ergotherapie</li> </ul>
<b>Modul: Deutung, Klärung und Bewältigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stärkung der mentalen Kompetenz: selbstkritische Auseinandersetzung und Veränderung eigener stressfördernder Einstellungen und gedanklicher Muster</i></li> <li>• <i>emotionsorientierte Interventionsstrategien: Bearbeitung von Beziehungswandel</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung von Familiengesprächen zum Abbau psychosozialer Anspannungen</li> <li>- psychosoziale Einzel- bzw. Paarberatung</li> <li>- psychologische Psychotherapie</li> <li>- Familiengespräche</li> <li>- psychoedukative Gruppenarbeit (z.B. Rollenklärung, Trauerbewältigung, Umgang mit Depressionen)</li> </ul>
<b>Modul: Entspannung und Stärkung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Stärkung der regenerativen Kompetenz: Anspannungen lösen und die Widerstandskraft stärken</i></li> <li>• <i>emotionsorientierte Interventionsstrategien: Anleitung zur Selbstfürsorge durch Stressabbau</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anleitung zur Reduktion von psychosozialen Stress</li> <li>- Erlernen von Entspannungsverfahren (z.B. Qi-Gong, Progressive Muskelentspannung)</li> <li>- Musiksäule/Wassersäule</li> <li>- Snoezelen-Angebote</li> <li>- Achtsamkeits-Therapie</li> </ul>
<b>Modul: Rekreation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Anregungen für gemeinsame „Qualitätszeit“, Motivation zur Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit</i></li> <li>• <i>emotionsorientierte Interventionsstrategien: Einfügen von angenehmen Aktivitäten in den Alltag</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulturangebote, wie z. B. Theater, Konzerte in der Klinik oder der Pflegeeinrichtung</li> <li>- Organisierte Ausflüge in der Umgebung</li> <li>- Gruppenangebote: Tischkegeln, Gesellschaftsspiele, Bingo, Lyrikabend, Tanzen Kreativangebote</li> <li>- Vorlese-, Kino- und Singabende</li> <li>- Tandem-/Rikscha-Fahrrad</li> <li>- Schwimmbadangebote/Sauna</li> <li>- Wassergymnastik</li> <li>- Alltagsinsel kennenlernen z.B. Partner-Handmassage, gemeinsames Kochen</li> <li>- Sozialisation und Netzwerken</li> </ul>

Tabelle 5: Übersicht beispielhafter Angebote in den Modulen für das Pflegetandem



## Intervention



## Wirkung



Abbildung 6: Wirkmodell zu den Interventionen für das Pfl egetandem (Quelle: eigene Darstellung)

## 6. Implementierung und einrichtungsspezifische Anforderungen

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie der Implementierungsprozess in den beteiligten Einrichtungen erfolgt ist. An drei Standorten und in sieben Einrichtungen hat eine Implementierung stattgefunden.

- **Kurzzeitpflegeangebote** für Begleitpersonen aller Pflegegrade in **Löhne**: Seniorenzentrum St. Laurentius gemeinsam mit der Berolina Klinik
- **Begleitangebot in vier Varianten wählbar in Paderborn und Bad Lippspringe**
- Kooperation des Caritasverbandes Paderborn (CV) e.V. mit dem Medizinischen Zentrum für Gesundheit (MZG) in Bad Lippspringe:
  - o **Mitaufnahme in der Klinik** Teutoburger-Wald-Klinik → Kurzzeitpflege bis Pflegegrad 3
  - o **Kurzzeitpflege** Haus St. Veronika → alle Pflegegrade
  - o **Kurzzeitpflege für demenziell Erkrankte** Haus St. Antonius → Pflegegrad 2–5
  - o **Tagespflege** Haus St. Barbara
- Im MZG verzögerte sich aufgrund der MD-Prüfverfahrens der Start der Erprobung bis zum 29.03.2023. Im verbleibenden Erprobungszeitraum bis zum Juni 2023 gingen dort zwar Anfragen Interessierter ein, aus denen konnte aber keine Aufnahme eines Tandems im Projektzeitraum mehr erfolgen.
- **tagesstrukturierendes Angebot für i.d.R. demenziell eingeschränkte Begleitpersonen** in Winterberg: mit Vorsorgeklinik Landhaus Fernblick<sup>6</sup>

Die teilnehmenden Kliniken verfügen über Versorgungsverträge gemäß § 111 und im GKV-Bereich über ein MD-geprüftes Konzept für die Vorsorge § 23 SGB V -oder Rehabilitation § 40 SGB V für pflegende Angehörige. Die Konzepte entsprechen ebenfalls den erarbeiteten Rahmenempfehlungen in PuRpA 1 und PuRpA 3. Die Kliniken in Löhne und Bad Lippspringe setzen die Begleitangebote in Kooperation mit zugelassenen Kurzzeit-, Verhinderungs- oder Tagespflegen in nach § 72 SGB XI anerkannten Pflegeeinrichtungen in räumlicher Nähe zur Klinik um. Das Landhaus Fernblick und auch das MZG in Bad Lippspringe bieten nach § 42 Abs. 4 SGB XI Unterkunft, Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Begleitperson in den Räumlichkeiten der Klinik an.

<sup>6</sup> Der Versorgungsvertrag für die Vorsorgeeinrichtung Landhaus Fernblick besteht seit dem 01.01.2018. Jahre zuvor hatte der Träger ein Erholungsangebot für pflegende Angehörige in Begleitung ihrer an Demenz erkrankten Angehörigen stetig so weiterentwickelt, dass 2018 ein Versorgungsvertrag für stationäre Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige abgeschlossen werden konnte.

Die Implementierung des Rahmenkonzeptes mit den genannten Instrumenten und Verfahren aus [Kapitel 5.2.](#) erfolgte über eine Prozessbeschreibung im Qualitätsmanagement und durch die Vorstellung und regelmäßige Thematisierung in den Besprechungen der Führungskräfte und Teams, die ggf. durch Schulungen in den jeweiligen Einrichtungen ergänzt wurden.

Eine Konzepterprobung bzw. Datenerhebung und strukturierte Anbieterbefragungen zur Umsetzung der Implementierung konnte durch die Verzögerung des Projektstartes in einer der Einrichtungen schlussendlich in zwei Einrichtungen vorstattengehen:

- **Kurzzeitpflegeangebote bei getrennter Unterbringung** für Begleitpersonen aller Pflegegrade in **Löhne**: Seniorenzentrum St. Laurentius gemeinsam mit der Berolina Klinik
- **tagesstrukturierendes Angebot bei gemeinsamer Unterbringung für i.d.R. demenziell eingeschränkte Begleitpersonen** in **Winterberg**: mit Vorsorgeklinik Landhaus Fernblick

Die Hinweise, Erfahrungen sowie die Gelingensbedingungen aus der Anbieterbefragung wurden in die Handlungsempfehlungen des Dreizehn-Punkte-Plans in [Kapitel 5.1.1.](#) aufgenommen.

Das Begleitangebot in der teilnehmenden Vorsorgeeinrichtung (tagesstrukturierendes Angebot) wird in derselben Einrichtung umgesetzt, in welcher der/die pflegende Angehörige eine Vorsorgemaßnahme in Anspruch nimmt. Die Tagesbetreuung umfasst ein Angebot vergleichbar mit einer Tagespflege. Das Tagesangebot kann von montags bis freitags täglich 7,75 Stunden in Anspruch genommen werden. Es besteht die Möglichkeit, die Betreuungszeit zu verkürzen, wenn die pflegenden Angehörigen die Betreuung z.B. ab der Mittagszeit selbst leisten möchten oder kein Betreuungsbedarf besteht. Außerhalb der Zeiten der Tagesbetreuung sind die pflegenden Angehörigen für die Pflege und Betreuung des Pflegebedürftigen zuständig.

Das Begleitangebot, welches in Kooperation mit der Rehabilitationseinrichtung angeboten wird, wird durch eingestreute KZP-Plätze in einer nahegelegenen Pflegeeinrichtung rund um die Uhr realisiert. Die pflegenden Angehörigen halten hier im Anschluss an das eigene Reha-Programm durch Besuche am Nachmittag oder am Wochenende den Kontakt zu ihre Angehörigen.

Durch die verschiedenen Optionen der Unterbringung kann das Bedürfnis nach Nähe und Distanz individuell berücksichtigt werden. Obwohl die Pflegetandems sich grundsätzlich für eine

Maßnahme entschieden haben, bei der sie gemeinsam reisen, zeigen sich die Bedarfe teilweise sehr unterschiedlich. Für künftige Angebote ist es daher wichtig, eine entsprechende Vielfalt abzubilden, die der Heterogenität der Bedürfnisse der Pflegetandems Rechnung trägt.

Die durch das Pflegepaar gemeinsam genutzten Angebote werden durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit beider Einrichtungen (Vorsorge-/Rehaeinrichtung und Pflegeeinrichtung) organisiert und fanden bislang im Freizeitbereich der pflegenden Angehörigen nach Abschluss des täglichen Therapieplans oder am Wochenende statt. In der teilnehmenden Vorsorgeeinrichtung mit tagesstrukturierendem Angebot können Maßnahmen in derselben Einrichtung, bei dem Einrichtungsstandem der KZP und Rehabilitation aufgrund des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Begleitperson zumeist in der Pflegeeinrichtung, angeboten werden.

### **6.1. Gemeinsame Unterbringung<sup>7</sup>**

Für die Einrichtung ist es von besonderer Bedeutung, dass die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen nur nach individueller Rücksprache möglich ist. Damit ein Aufenthalt gelingen kann, ist vorab zu klären, ob das Angebot den Bedürfnissen des Pflegepaares gerecht werden kann und welche Pflegehilfsmittel vorbereitet werden müssen. Bei rund einem Drittel der pflegenden Angehörigen liegt ebenfalls bereits ein Pflegegrad und -bedarf vor, der zu berücksichtigen ist. Gegen eine Aufnahme würden bspw. Hinlauftendenzen, aggressive Verhaltensweisen oder eine Ablehnung jeder Fremdbetreuung sprechen. Wichtig ist ebenfalls die Klärung der Erwartungshaltung des Pflegepaares vor dem Aufenthalt und intensiv-vorbereitende Informationen zu den Angeboten und Abläufen am Kurort. Die Nachfragen jüngerer Pflegepaare nach Tandemangeboten nehmen zu.

Beim Antritt der Maßnahme am Kurort ist als erstes das Aufnahmegespräch in der Pflegeeinheit zu organisieren. Es ist wesentlich für die passende Pflege- und Maßnahmenplanung und muss den pflegenden Angehörigen das Vertrauen vermitteln, dass die zu pflegende Person in guter Obhut ist und sich wohlfühlt. Das ist die Voraussetzung, damit der pflegende Angehörige sich auf die Wahrnehmung seiner Therapieangebote einlassen kann.

Eine Überforderung des neuankommenden Tandems soll vermieden werden, daher verteilen sich Aufnahmeverfahren und –gespräche auf die ersten Tage. So können die vielfältigen Informationen besser aufgenommen werden.

Während des Aufenthaltes erfolgen insgesamt verschiedene Abstimmungsgespräche

---

<sup>7</sup> Die Einrichtung beteiligt sich mit einem bereits anerkannten und implementierten Konzept für pflegende Angehörige an der wissenschaftlichen Begleitstudie.

- zwischen dem Tandem und einer Pflegefachkraft der Tagesbetreuung findet am Anreisetag ein ausführliches Gespräch (15-20 Min.) statt. Inhalt: ADL (Activities of Daily Living), Medikamente der pflegebedürftigen Begleitperson, Inhalte des Begleitangebotes
- zudem gibt es das Angebot der „Gruppeninfo“ hier können interessierte Pflege tandems teilnehmen und Informationen für Ihren Pflegealltag erhalten. Außerdem gibt es die Möglichkeit, bei Bedarf einen Einzelberatungstermin zu vereinbaren
- zusätzlich gibt es zur Mitte und am Ende des Aufenthaltes kurze Gespräche
- die internen Abstimmungsgespräche finden im Verlauf des Aufenthaltes dreimal im interdisziplinären Team statt (TVT -therapeutisches Vorsorgeteam, bestehend aus: Einrichtungsleitung, Physiotherapeut\*in, Ernährungsberatung und Mitarbeiter\*innen der Tagesbetreuung. Hier geht es auch um die „Tandem-Perspektive“
- in den Angehörigen-Runden sprechen die Mitarbeiter\*innen zusätzlich mit den pflegenden Angehörigen
- für alle gibt es einen individuellen Beratungstermin nach dem ersten Interaktionsangebot (z.B. Kegeln samstags). Daraus können ggf. weitere Maßnahmen abgeleitet werden.

Die regelmäßige Überprüfung und Justierung der Pflegeziele für das Pflegepaar durch die Pflegekräfte und die Therapeuten der Klinik sind unabdingbar, damit die Maßnahmenplanung und –durchführung während des Aufenthaltes, in der Beratung und im Übergang zur Häuslichkeit passgenau und individuell für das Pflegepaar erfolgen kann.

Um dem großen Informationsbedürfnis der pflegenden Angehörigen zum Wohlbefinden des Pflegebedürftigen und den Abläufen in der Pflegeeinrichtung besser nachzukommen, informieren ein schwarzes Brett und eine Flipchart täglich über die Aktivitäten und das Mittagessen. Wichtig ist es, die Informationen so zu platzieren, dass sie wahrgenommen werden, z.B. unübersehbar auf dem Weg zur tagesstrukturierenden Betreuung als Aufsteller und nicht lediglich als Infoblatt am Eingang.

Da ein Assessment in der Klinik nicht regulär erfolgt (da es sich nicht um eine Pflegeeinrichtung handelt) wurde ein Assessmentbogen auf Basis des NBI entwickelt und durch die Fachkräfte angewendet, um auch hier Angaben bezogen auf die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten.

## 6.2. Getrennte Unterbringung

In *Kapitel 5.2. Instrumente und Verfahren* sind die konzeptimmanenten Strukturen beschrieben, die in den Einrichtungen teilweise Neustrukturierungen und einen entsprechenden Mehraufwand erfordert haben. Seitens der Einrichtungen gibt es, wie auch bei der gemeinsamen Unterbringung, generelle Aufnahmekriterien, die eine Aufnahme regulieren. In der Pflegeeinrichtung fällt darunter z.B. das Alter der pflegebedürftigen Person, weil die Einrichtung auf ältere Menschen ausgerichtet ist und keinen speziellen Fokus auf jüngere Menschen hat und eine Mischung nicht sinnvoll ist. Auch an dieser Stelle stehen massive Hinlauftendenzen einer Aufnahme in der Einrichtung entgegen, weil es zwar einen geschützten, aber keinen geschlossenen Bereich gibt.

Im Vorfeld zum Aufenthalt waren oftmals umfangreiche Vorgespräche mit den pflegenden Angehörigen bzgl. der Vorplanung (z.B. Terminvereinbarung) und Informationen zum Ablauf der Maßnahme und des Begleitangebotes etc. notwendig. Diese erfolgten telefonisch. Der erhöhte Gesprächsbedarf im Vorfeld bedeutet einen Mehraufwand für die Einrichtungen (Personalressourcen: Patientenaufnahme, Bewohnermanagement, Einrichtungsleitung etc.) ist aber gleichzeitig erforderlich, um den Angehörigen alle Fragen zu beantworten und Unsicherheiten zu begegnen.

Wichtig ist es auch, spezifisches Informationsmaterial, das entweder im Vorfeld zugeschickt oder vor Ort ausgehändigt wurde, zur Verfügung zu stellen – dementsprechend wurden eine Infobroschüre und eine Angebotsübersicht zu den Beschäftigungsmöglichkeiten in der KZP erstellt und weitere Informationen auf den Homepages hinterlegt. Beratungsbedarf im Vorfeld bestand insbesondere hinsichtlich der Finanzierung, des Transportes und der Anreise und wurde durch die Patientenaufnahme, das Bewohnermanagement, das Qualitätsmanagement oder die Einrichtungsleitung bedient. Sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt, nimmt die Pflegeeinrichtung z.B. Kontakt zu der Physiotherapie vor Ort auf. Räumlichkeiten für die Physiotherapie sind in der Pflegeeinrichtung vorhanden und können genutzt werden.

Auf Ebene der einrichtungsbezogenen Organisation waren Rahmenbedingung für die Implementierung in der Rehaklinik notwendig, wie z.B. die Konzepterstellung für eine spezielle psychotherapeutische Gruppe für pflegende Angehörige durch den psychologischen Dienst, die Strukturierung der internen Kommunikation über zu erwartende pflegende Angehörige als Rehabilitand\*innen mit entsprechender Kennung im Patientenverwaltungssystem. Auch die Planung und Kodierung von gesonderten Therapieleistungen durch die zentrale Therapieplanung war erforderlich und es wurde eine Checkliste mit therapeutischen Spezifika für im Tandem und allein reisende pflegende Angehörige für die medizinischen Abteilungen im Rahmen eines

internen Prozesses erstellt, inklusive einer entsprechenden Mitarbeiterschulung. Während der Erprobung hat sich herausgestellt, dass eine Aufteilung der therapeutischen Gruppe nach Solo- und im Tandem Reisenden nicht möglich/notwendig ist, sich dadurch innerhalb der Gruppe aber auch keine Schwierigkeiten ergeben (wie z.B. Ausgrenzung, Unverständnis etc.). Die Anforderung an die therapeutische Leitung besteht dabei darin, innerhalb der Gruppe entsprechend präventiv aufzuklären und die Gruppe anhand des gemeinsamen Themas zu „vereinen“. Um eine eigene Gruppe für pflegende Angehörige einzurichten, die mit ihren Pflegebedürftigen anreisen, waren zeitgleich nicht genügend Patient\*innen in der Maßnahme vor Ort.

Die notwendige Gesprächs- und Assessmentstruktur sowie die sektorenübergreifende Zusammenarbeit erforderten zudem organisatorische Anpassungen in den Einrichtungen – wie bspw. die Einführung eines zusätzlichen Assessments im Rahmen der Pflege am Ende der Maßnahme (neben dem regelhaften Eingangsassessments bei Aufnahme). Eine Pflegefachkraft führt die Assessments durch und dokumentiert diese entsprechend in der Patientenakte. Die Informationen sind relevant für die Versorgung und Betreuung sowie die Planung des Begleitangebotes für die Pflegebedürftigen. Durch die zwei Assessments zu verschiedenen Zeitpunkten wird erfasst, wie sich die Selbstständigkeit der/des Pflegebedürftigen während des Aufenthaltes ggf. verändert. Mit dem Eingangsassessments ist zudem ein Aufnahmegespräch in der Pflegeeinrichtung verbunden, welches nach Möglichkeit mit pflegebedürftiger und pflegender Person gemeinsam auf Basis der SIS geführt wird, bei dem zusätzlich individuelle Wünsche aufgenommen werden und die pflegenden Angehörigen betreuungs- und versorgungsrelevante Informationen an die Pflegefachkraft weitergeben. Diese Informationen sind bedeutsam für die Gestaltung des Begleitangebotes für die/den Pflegebedürftigen, die/der in den folgenden Tagen verschiedene Angebote ausprobieren kann. Auch diese Erfahrungen fließen in die weitere Maßnahmenplanung ein. Eine Kontrolle der Maßnahmen erfolgt kontinuierlich und bei Bedarf werden diese angepasst. Die Pflegeeinrichtung legt im Rahmen der SIS einen Schwerpunkt darauf, in besonderem Maße die Wünsche der pflegebedürftigen Person einzubeziehen.

Der Aufnahmeprozess in der Klinik wird so gestaltet, dass die Gespräche mit den verschiedenen Fachabteilungen auf mehrere Tage verteilt stattfinden, um eine Überforderung der pflegenden Angehörigen zu vermeiden, die oftmals zu Beginn emotional auf die neue Situation und die Trennung von ihren zu Pflegenden reagieren. Das Gespräch mit der Freizeittherapie ist nach Einschätzung der Einrichtungen ein guter Zeitpunkt, den Rehabilitand\*innen die Infobroschüre/Angebotsübersicht aus der Pflegeeinrichtung auszuhändigen, um gezielt noch einmal auf das Angebot hinzuweisen und darüber zu informieren.

Hinsichtlich der Tandem-/Interaktionsangebote zeigen die Erfahrungen, dass es grundsätzlich einfacher bzw. weniger aufwendig ist, diese in der Pflegeeinrichtung zu organisieren. Es ist jedoch deutlich geworden, dass die Angebote häufig nicht mit dem Therapieplan der Rehabilitanden in Einklang zu bringen sind, da dieser innerhalb der Woche wenig freie Kapazitäten bietet und bspw. abends für die Pflegebedürftigen nicht umsetzbar ist, da sie am Ende des Tages oftmals zu erschöpft sind. Daher werden die gemeinsamen Angebote überwiegend am Wochenende genutzt. Damit diese Angebote auch in Anspruch genommen werden, ist es wichtig, dass die Pflegepaare explizit über die Möglichkeiten aufgeklärt werden und auf die jeweiligen Angebote durch die Einrichtungen gezielt hingewiesen werden. Aufgrund der Informationsdichte und der emotional herausfordernden Situation der Beteiligten zu Beginn des Aufenthaltes empfehlen die Einrichtungen, die pflegenden Angehörigen nicht direkt am ersten Tag mit Informationen zu überfrachten, sondern im Verlauf der ersten Tage (bis hin zu einer Woche) zu informieren.

Die Realisierung der Bereitstellung einer festen Ansprechperson hat sich in der Praxis durch den kontinuierlichen personellen Wechsel im Schichtdienst und teilzeitbeschäftigte Mitarbeiter als wenig praktikabel herausgestellt. Alle Einrichtungen verfügen in der Regel über eine zentrale Stelle oder über Sprechzeiten, wo Patient\*innen ihre Anliegen und Sorgen platzieren können. Diese sind gleichzeitig Anlaufstellen für die pflegenden Angehörigen.

Für pflegende Angehörige wurden Ansprechpersonen benannt, bei denen die gewünschten Informationen erfragt werden können, um dem großem Informationsbedarf begegnen zu können, auch wenn keine feste Kontaktperson zur Verfügung stand.

Die sektorenübergreifenden Abstimmungsgespräche zwischen den beteiligten Einrichtungen erfolgen zunächst zu festgelegten Zeitpunkten (in den ersten Tagen nach der Aufnahme, in der Mitte des Aufenthaltes). Ein drittes Abstimmungsgespräch, wie es konzeptionell vorgesehen ist, ist regelhaft nicht erfolgt. Dies wurde aus Sicht der Einrichtungen im Rahmen der strukturierten Anbieter\*innenbefragung als sinnvolle Ergänzung betrachtet, um kurz vor dem Entlassungsgespräch noch einmal wesentliche Informationen zwischen den Einrichtungen auszutauschen und um Empfehlungen für den Übergang in die Häuslichkeit im Entlassungsgespräch fachlich mit allen Erkenntnissen aus dem stationären Bereich zu stärken.

Die Gespräche werden seitens der Klinik durch die Pflegedienstleitung/stellvertretende Pflegedienstleitung geführt, seitens der Pflegeeinrichtung sind verschiedene Personen verantwortlich: das Bewohnermanagement ggf. unter Einbezug der Einrichtungsleitung, eine Pflegefach-

kraft und für das letzte Gespräch die Einrichtungsleitung. Inhalte des ersten Gespräches beziehen sich überwiegend auf organisatorische Aspekte, das zweite Gespräch fokussiert Module des Begleitangebotes, die Maßnahmenplanung und das Feedback zwischen den Einrichtungen – d.h. wie wirken sich die durchgeführten Maßnahmen aus, muss etwas verändert werden? In diesem Zusammenhang ist es erforderlich nachzuhalten und zu dokumentieren, welche Maßnahmen für das Begleitangebot und die Interaktionsangebote für das Tandem und ggf. für den Therapieplan aus den Gesprächen abgeleitet werden.

Neben den festen sektorenübergreifenden Gesprächen erfolgen zudem bspw. bei Auffälligkeiten und Bedarf weitere Abstimmungen zwischen den Einrichtungen. In der Umsetzung hat sich herausgestellt, dass die Zeitpunkte je nach Fall und Situation variieren und teilweise häufiger notwendig sind, als geplant. D.h. insgesamt erfordert das sektorenübergreifende Angebot eine gut strukturierte Zusammenarbeit der Einrichtungen, mit erhöhtem Personalaufwand, um den Bedürfnissen der Beteiligten gerecht zu werden. Am Ende des Aufenthaltes erfolgt in der Klinik ein Abschluss- bzw. Feedbackgespräch zwischen Rehabilitand\*in und Qualitätsmanagement. In der Pflegeeinrichtung erfolgt das abschließende Gespräch (Integrationsgespräch) zwischen der Einrichtungsleitung und nach Möglichkeit mit dem Pflegepaar gemeinsam – darin geht es um die Zufriedenheit der Nutzer\*innen mit den Leistungen der Einrichtung und dem Aufenthalt.

In der Zusammenarbeit der Einrichtungen während der Erprobung sind gemeinsam verschiedene Ideen entstanden (z.B. Gestaltung einer Broschüre zu Angeboten, interne Informationsweitergabe), wie man den Anforderungen der Umsetzung begegnen kann. Dabei ist deutlich geworden, dass es sich um eine prozesshafte Entwicklung des Angebotes handelt, die Flexibilität und konstruktive Abstimmungsverfahren erfordert. Zudem ist es notwendig in den Einrichtungen ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln, alle beteiligten Bereiche einzubinden und die Mitarbeitenden gemäß der notwendigen Anforderung zu informieren und zu schulen.

## 7. Herausforderungen der Implementierung und Erprobung aus der Anbieter\*innenperspektive

### 7.1. Versorgungsvertrag und –auftrag

Einrichtungen, die Angebote für pflegende Angehörige und deren Begleitperson nach diesem Rahmenkonzept aufbauen möchten, benötigen neben einem entsprechenden Versorgungsvertrag (Kliniken § 111 oder § 111a SGB V– Pflegeeinrichtungen § 72 SGB XI – klinikeigene Angebote zur Versorgung Pflegebedürftiger gem. § 42, Abs. 4, SGB XI) einrichtungsindividuelle Konzepte. Die erstellten Konzepte sind mit den Kostenträgern abzustimmen und die anfallenden Prüfzeiten zu beachten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die aktuelle Regelversorgung keine gemeinsamen Leistungen für das Pfl egetandem vorsieht.

Konkret wurden im Projekt im Vorfeld der Konzepterprobung die Landesarbeitsgemeinschaften der Kranken- und Pflegeversicherungen, die Gesetzliche Rentenversicherung (DRV) und die Unfallversicherung als mögliche Kostenträger eingebunden und über das Projektvorhaben informiert. Die Kranken- und Pflegeversicherungen gaben die Hinweise, dass durch die neue konzeptionelle Ausrichtung der jeweils geltende Versorgungsauftrag weder beschnitten noch erweitert werden kann und die jeweilige Abgrenzung der Kosten und Leistungen gemäß SGB XI und SGB V zu berücksichtigen sei. Maßgebliche konzeptionelle Veränderungen seien mitzuteilen. Die GKV forderte vor dem Erprobungsstart von den Kliniken die Einreichung klinikindividueller Konzepte für pflegende Angehörige zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Einrichtungen, die ein Angebot für pflegende Angehörige aufbauen möchten, sei der Hinweis gegeben, dass sich der Prüfprozess nach Rückmeldung der Einrichtungen über ein bis zwei Jahre und ggf. länger hinziehen kann. Im Projektzeitraum gelang es daher lediglich einer Klinik, den bereits laufenden Begutachtungsprozess durch den MD erfolgreich abzuschließen und damit die formellen Voraussetzungen für die Beteiligung an der Erprobung zu erreichen – allerdings erst im März 2023. Dadurch verzögerte sich deren Erprobungsstart und die mögliche Zeit der Erprobung verringerte sich auf drei Monate. Auch die Anzahl der Erprobungseinrichtungen und die Anzahl möglicher Proband\*innen wurde dadurch insgesamt eingeschränkt.

### 7.2. Finanzierung der Leistungen

Voraussetzung für eine Abrechenbarkeit der Leistungen mit den Sozialleistungsträgern sind entsprechende Versorgungsverträge und abgestimmte Konzepte für die Aufnahme von pflegenden Angehörigen und Begleitpersonen. Sofern den beteiligten Einrichtungen (Mehr-)Leis-

tungen und -Kosten im Rahmen der Leistungserbringung für die Partner im Pfl egetandem entstehen, können diese in die Vergütungsverhandlungen der beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger (DRV/GKV und Pflegekassen) eingebracht, aber nach geltendem Recht nur bedingt verhandelt werden. Denn mit der im Konzept entwickelten sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, den Tandemanangeboten und ggf. zusätzlichen und rehabilitativen Leistungsansätzen in der Pflege stoßen Leistungserbringer an die Kosten- und Leistungsgrenzen des SGB V/ VI und XI. Dort bestehen nur singuläre Ansprüche auf die Regelversorgung von Mitgliedern des Pfl egetandems, aber für keine ganzheitliche Intervention zu Gunsten beider.

### 7.3. Bauliche Voraussetzungen

Bei Neu- und Umbauten stellen sich insbesondere die inflationsbedingt steigenden Bau- und Fremdkapitalkosten als Herausforderung dar. Baumaßnahmen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen sind von den Trägern vorzufinanzieren und müssen in Vergütungsverhandlungen von den jeweiligen Kostenträgern akzeptiert und ausfinanziert werden, damit eine Refinanzierung erfolgen kann. Für anerkannte Kliniken im Müttergenesungswerk gem. § 111 a SGB V gibt es für geplante Bau- und Umbaumaßnahmen im begrenzten Umfang die Möglichkeit, Baufördermittel über das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) oder in NRW über die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW zu beantragen (Die Haushaltsplanungen für 2024 sehen allerdings eine Streichung dieses Etats im Bundesfamilienministerium vor. Die Haushaltsberatungen werden in 2024 fortgesetzt.).

Bei Einrichtungskooperationen mit bestehenden und anerkannten Kliniken (§ 111 und 111 a SGB V) und Pflegeeinrichtung (§ 72 SGB XI), konnten im Projekt die vorhandenen Kapazitäten und Räumlichkeiten genutzt werden, die bereits auf die Belange der Vorsorge- und Reha-Maßnahmen sowie der Pflege und Betreuung ausgerichtet waren. Hier entstehen keine Baukosten, solange die Aufnahmekapazitäten ausreichen.

Wenn ein Begleitangebot gem. § 42 Abs. 4 SGB XI im Bestand einer Klinik-Immobilie realisiert werden soll, ist zu berücksichtigen, dass für die Begleitpersonen Pflegezimmer in ausreichender Größe vorhanden oder konzipiert werden müssen. Die Multimorbidität der Zielgruppe der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen erfordert Barrierefreiheit (z.B. Badezimmer mit ausreichender Bewegungsfläche für Rollstuhlfahrer, ebenerdige Duschfläche, ausreichend große Zimmer und Apartments, um Pflege am Bett von allen Seiten zu ermöglichen). Dadurch ist eine entsprechend großzügige Bemessung der Räumlichkeiten erforderlich, die auch die Kalkulation eines angepassten Mietzinses oder der Baugestehungskosten erforderlich machen kann.

Wenn eine anerkannte Tages- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen für Begleitangebote im Kontext von Vorsorge und Reha neu aufgebaut werden soll, sind gem. § 72 SGB XI entsprechende Versorgungsverträge zu schließen und die Vorgaben des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) anzuwenden.

#### **7.4. Besonderheit der Pflegepaare**

Vulnerabilität, Hochaltrigkeit und Multimorbidität kennzeichnen die Zielgruppe für Tandemangebote. Nicht selten haben bereits beide Mitglieder des Tandems einen Pflegegrad. Pflegenden Angehörige haben während eines Aufenthaltes ein hohes Informationsbedürfnis sich zu vergewissern, dass die/der pflegedürftige Partner\*in stets gut versorgt ist und sich vor allem wohlfühlt. Pflegepaare benötigen daher eine besonders intensive Begleitung und Kommunikation während des stationären Aufenthaltes, – aber auch bereits im Vorfeld - bei den Planungen, der Beantragung, der Vorbereitung und der Anreise zu einem stationären Aufenthalt. Die Vulnerabilität der Pflegepaare bedingt auch, dass Anfragen und Aufenthalte von Pfl egetandems häufig (kurzfristig) zurückgezogen werden. Daraus resultieren besondere Anforderungen hinsichtlich der Belegung und Belegungsplanung der Einrichtungen.

#### **7.5. Personalgewinnung**

Auf dem aktuellen Arbeitsmarkt ist ein zunehmender Arbeits- und Fachkräftemangel zu verzeichnen. In den Einrichtungen wird das bei der Personalgewinnung und -Bindung von insbesondere Pflegefachkräften, Ärzten und Therapeuten aber auch in den weiteren Diensten wie z.B. Servicepersonal u.a. spürbar und wird perspektivisch noch an Bedeutung gewinnen. Der Aufbau neuer Einrichtungen und Angebote wird durch die notwendige Rekrutierung zusätzlicher Mitarbeiter\*innen zurzeit deutlich gehemmt.

#### **7.6. Einfluss von Corona-Maßnahmen auf die Umsetzung**

Die Corona bedingten Schutzmaßnahmen hatten maßgeblichen und einschränkenden Einfluss auf die Aufenthaltsqualität in den Einrichtungen und Kurorten und wirkten sich unmittelbar auf die Konzepterprobung ab dem Frühjahr 2022 aus. Die Angst vor einer möglichen Corona-Infektion der Pflegebedürftigen war bei den pflegenden Angehörigen sehr ausgeprägt. Im ersten Halbjahr 2022 waren die jeweiligen Corona-Schutzverordnungen sowie die Corona-Test- und Quarantäneverordnungen noch maßgeblich. Es bestand eine Testpflicht für die Besuche in einer Pflegeeinrichtung. In den Einrichtungen selbst mussten FFP2-Masken getragen werden.

Ab Mai 2022 erfolgten Lockerungen der Corona-Schutzmaßnahmen, wodurch Freizeitangebote wieder moderat ausgeweitet werden konnten. Busfahrten und Ausflüge waren für Tandems wieder möglich, sowie die Nutzung von Freizeitangeboten in den Einrichtungen.

In der Zeit war lediglich bei Corona-Ausbrüchen noch ein Aussetzen der Angehörigenkontakte notwendig. Ausflüge und ein Gemeinschaftsprogramm waren zeitweise nur innerhalb der einzelnen Wohnbereiche möglich.

Ab Anfang 2023 gab es weitere Lockerungen. Ab März 2023 liefen die Corona-Verordnungen aus und die internen Abläufe konnten wieder dem Normalzustand angepasst werden.

Die COVID-Schutzmaßnahmen hatten insgesamt zur Folge, dass es weniger Anfragen und Aufnahmen insbesondere in Pflegeeinrichtung gab und Aufenthalte durch Nutzer\*innen oftmals verschoben wurden oder vorzeitig beendet werden mussten. Ein Zugang zur Pflegeeinrichtung ohne negativen Test war nicht möglich und für die pflegenden Angehörigen mit erhöhtem Aufwand verbunden. Auch Gemeinschaftsaktivitäten von Wohngruppen innerhalb der Pflegeeinrichtung waren zeitweise gar nicht oder nur eingeschränkt möglich. In der Pflegeeinrichtung galten zudem festvorgegebene Besuchszeiten, wodurch gemeinsame Interaktions-/Tandemangebote von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen ebenfalls zeitweise nicht oder in geringerem Ausmaß realisierbar waren.

## 7.7. Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung

Zur Bekanntmachung der neuen Angebote im PuRpA-Projektverbund erfolgte eine breitangelegte Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit der Hochschule Bielefeld, die verschiedene Maßnahmen umfasste, um sowohl potenzielle Zuweiser\*innen bzw. Multiplikator\*innen als auch die Zielgruppe auf das Angebot aufmerksam zu machen und für eine Nutzung zu gewinnen.

Pflegende Angehörige benannten das persönliche Umfeld (Freunde, Bekannte, Arbeitskolleg\*innen) als ihre bedeutsamste Informationsquelle. Dementsprechend sind sie durch Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit nur unmittelbar und begrenzt erreichbar. Weiter zeigte sich in der Kurberatung für pflegende Angehörige, dass es Monate bis zu einem Jahr Vorlaufzeit braucht, bis Aktivitäten der Bekanntmachung zu einer Inanspruchnahme der Leistungen in Kliniken und Pflegereinrichtungen durch pflegende Angehörige führen können.<sup>8</sup> Daraus abgeleitet wurden umfangreiche Maßnahmen, vielfältige Instrumente und multiple Zugangswege für die Öffentlichkeitsarbeit ausgewählt.

---

<sup>8</sup> Das belegte die wissenschaftliche Evaluation des Projektes „Zeit und Erholung für mich - Kurberatung für pflegende Angehörige in Nordrhein-Westfalen“ (Projektlaufzeit 01.07.2019 – 30.06.2022, gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW).

Als Basis wurden ein gemeinsamer Internetauftritt und ein Projektlogo für das Verbundvorhaben durch die Hochschule Bielefeld gestaltet und laufend aktualisiert. Auch die Projektträger haben jeweils entsprechend Informationen auf ihren Homepages. platziert. Eine digitale Kick-Off-Veranstaltung informierte rund 240 Teilnehmer\*innen aus Wissenschaft und Politik, der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfe, verschiedenen Verbänden und Vereinen sowie Einrichtungen und Kostenträger der Gesundheitsversorgung. In regelmäßigen Abständen wurden insgesamt drei Infobriefe zum aktuellen Projektstand veröffentlicht und an einen breiten Verteilerkreis von Interessierten verschickt. In einer digitalen Informationsveranstaltung wurde den Kostenträgern das Projektvorhaben und das Rahmenkonzept vorgestellt, nachfolgend wurden die Kostenträger stetig in den weiteren Informationsfluss einbezogen. Ferner wurden regelmäßig Informationen in Fachgremien wie bspw. auf der Landesebene in der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, im Fachausschuss Müttergenesung und im Arbeitsausschuss Pflege, Alter, Gesundheit sowie den REGIONALE 2022 Projekten „Auszeit in OWL und Südwestfalen- Kur-Angebote für pflegende Angehörige“ vorgestellt.

Zusätzlich wurde ein Informationsflyer zu den Angeboten der Kooperationseinrichtungen erstellt, der an die Kurberatungsstellen in NRW und weitere Zuweiser\*innen zur gezielten Beratung gerichtet wurde. Außerdem wurde ein Handzettel mit grundlegenden Informationen zu den im Projekt mitwirkenden Kliniken- und Pflegeeinrichtungen samt der Ansprechpartner\*innen vor Ort zur weiteren Verwendung für diejenigen erstellt, die in direktem Kontakt zu der Zielgruppe stehen (Sozialstationen, Pflegedienstleitungen und Pflegeberater\*innen im Erzbistum Paderborn, Kurberatungsstellen in NRW, Kooperationspartner). Auch die Kooperationseinrichtungen haben ihr Angebot z.B. über ihren Internetauftritt oder das Belegungsmanagement gezielt regional und überregional beworben. Im Projektverlauf sind zudem verschiedene Presseartikel in regionalen und überregionalen Medien erschienen sowie über die Homepage des Projektträgers.

Auch Selbsthilfeorganisationen, wie die Kontaktbüros der Pflegeselbsthilfe und die Regionalbüros Alter Pflege und Demenz, erhielten Informationen zum Erprobungsstart. Im Bezirksstellenbrief der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe konnte ein Bericht zum Beginn der Erprobung platziert werden sowie ein Newsletter-Eintrag bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Im Rahmen des Reha-Kolloquiums 2023 konnte das Verbundprojekt dem Kreis von teilnehmenden Expert\*innen aus Forschung, Praxis, Politik und Verwaltung über einen Beitrag in der Innovationswerkstatt vorgestellt werden. Das Online-Portal „Angehörige pflegen“, eine Informationsquelle für pflegende Angehörige, hat einen Be-

richt über das Verbundvorhaben veröffentlicht. Zudem hat die Apothekenumschau, als überregionales und auflagenstarkes Medium, eine Reportage über ein Pflegetandem im Projekt in der Ausgabe vom 15. September 2023 veröffentlicht.

Am 20. Oktober 2023 fand die gemeinsame Abschlussveranstaltung des Verbundprojektes in der Hochschule Bielefeld zur Vorstellung der Projektergebnisse statt. Die Veranstaltung fand viel Beachtung beim Fachpublikum und an der hybrid ausgerichteten Veranstaltung nahmen mehr als 150 Interessierte teil. Im Nachgang zu der Veranstaltung wurde eine gemeinsame Pressemitteilung verfasst und auf den Homepages der Verbundpartner veröffentlicht und darüber hinaus über die jeweiligen Presseverteiler weitläufig verteilt.

Die Distribution der Ergebnisse (samt Forschungsbericht der wissenschaftlichen Begleitung und sozialrechtlichem Gutachten) einschließlich des vorliegenden Rahmenkonzeptes erfolgt nach Abschluss des Projektes zum Jahresbeginn 2024.

Es ist insgesamt deutlich geworden, dass die Angebote insbesondere für Pflegetandems noch zu wenig bekannt sind und dass es herausfordernd ist, pflegende Angehörige zu erreichen, sie aus der häuslichen Situation herauszulösen und zur Inanspruchnahme zu motivieren. Es braucht auch in Zukunft eine stetige und sehr breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit, die sowohl potenzielle Zuweiser\*innen und Multiplikator\*innen, als auch die Zielgruppe auf die Angebote für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Begleitpersonen über verschiedene Kanäle aufmerksam macht.

## 7.8. Zeitbedarf

Die projektteilnehmenden Einrichtungen benötigten – ausgehend von jeweils unterschiedlichen einrichtungsindividuellen Ausgangsvoraussetzungen (vgl. Tabelle der teilnehmenden Einrichtungen im **Anhang 3**) – eine nicht unerhebliche Zeitspanne zur Prüfung und Herstellung der Voraussetzung zur Implementierung eines Angebotes zur zeitgleichen Aufnahme von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen. Insbesondere ergaben sich umfangreiche Verzögerungen durch die Planung von Baumaßnahmen und zur versorgungsvertraglichen Begutachtung der Klinikkonzepte für die GKV-Zulassung zur Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige. Unwägbarkeiten bei der Gewinnung von zusätzlichem Fachpersonal, der Refinanzierung von zusätzlichen Leistungen für das Tandem über Entgelte der Sozialleistungsträger sowie der Fremdkapitalbeschaffung haben einige projektbeteiligte Träger gar zur Aufgabe ihrer Planungen bewogen. Günstige Voraussetzungen zu einer zeitnahen Umsetzung hatten bereits bestehende Einrichtungen: bspw. Pflegeeinrichtungen, die Kooperationen mit Kliniken mit einem bereits bestehenden Vorsorge-/Rehaangebot für pflegende Angehörige eingehen konnten, oder Kliniken, die bereits über die erforderlichen räumlichen und personellen

Ausgangsbedingungen verfügten, pflegebedürftige Begleitpersonen mit aufnehmen zu können. Zu bedenken ist jedoch, dass in diesen Einrichtungen eine Umwidmung im Bestand von bislang anderweitig genutzten Klinik- und Pflegeplätzen erfolgte und so keine neuen Kapazitäten für pflegende Angehörige und mitreisende Begleitpersonen in der Kurzzeit-, Tagespflege oder in Kliniken aufgebaut wurden, die in der Versorgungslandschaft gebraucht werden.

Weiter erforderte auch die Etablierung und Auslastung neuer Angebote für Pfl egetandems Zeit. Im Projektverlauf konnten neue Begleitangebote teilweise noch nicht oder nur vereinzelt belegt werden. Das ist wesentlich darauf zurückzuführen, dass der Weg für interessierte Pflegepaare über die Beantragung bis zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Tandemmaßnahmen langwierig ist. Weiter sind Informationen über diese Angebotsform und die gesetzlichen Regelungen in der Zielgruppe und bei potentiellen Multiplikator\*innen noch zu wenig bekannt. Durch einzelne Maßnahmen der Einrichtungen zur Bekanntmachung ließ sich die Nachfrage im Projektverlauf zunächst nicht wesentlich beeinflussen.

Die Erfahrungen aus diesem Projekt legen nahe, dass für den Aufbau einrichtungsindividueller Konzepte und einer bedarfsgerechten Versorgungslandschaft ausreichend Zeit einkalkuliert werden muss.

## 8. Finanzielle und sozialrechtliche Rahmenbedingungen

### 8.1. Kosteneinschätzung

Im Rahmen der Erprobung sind von den Einrichtungen zur Aufnahme von Pfl egetandems und zur Koordinierung des Begleitangebotes besondere Leistungen erbracht worden, die nach jetzigem Stand über die Regelleistungen gemäß der gesetzlichen Vorgaben ([Kapitel 3.2.](#)) hinausgehen. Ein Mehrbedarf entsteht insbesondere durch die Aufnahme von zwei Personen mit unterschiedlichen Erwartungen und Anforderungen und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Sowohl die Abstimmungsgespräche zwischen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik und der Pflegeeinrichtung bzgl. des Pfl egetandems als auch die organisatorische Abstimmung im Vorfeld mit dem Pflegepaar und dessen Vulnerabilität erfordern einen erhöhten personellen Einsatz. Mehraufwände wurden im Rahmen der Konzepterprobung von den beteiligten Einrichtungen benannt, erfasst und soweit möglich bewertet. Die Angaben sollen als Orientierung zur individuellen, betriebswirtschaftlichen Kalkulation vergleichbarer Angebote in Aufbau und Umsetzung dienen. Dabei wird im Folgenden zwischen der Umsetzung eines Begleitangebotes per Tagesangebot in den Räumlichkeiten einer Klinik (gemeinsame Unterbringung) und der Umsetzung durch die Kooperation einer Klinik und einer Pflegeeinrichtung mit einem Kurzzeitpflegeangebot (getrennte Unterbringung) unterschieden.

### 8.1.1. Daten zur Kosteneinschätzung gemeinsame Unterbringung

Die projektbeteiligte Vorsorgeklinik bietet eine Tagesbetreuung mit bis zu 25 Plätzen für pflegebedürftige, überwiegend demenziell erkrankte Personen an und damit insgesamt 25 Plätze für Pflege tandems. Dabei handelt es sich um eine überwiegend vulnerable Zielgruppe, die oft durch Hochaltrigkeit und Multimorbidität weiter gekennzeichnet ist. Einrichtungen, die den Aufbau einer entsprechenden tagesstrukturierende Betreuung planen, könnten zur individuellen Kalkulation die nachfolgenden betriebswirtschaftlichen Angaben dienlich sein:

- Aufgrund der Vulnerabilität der Zielgruppe ist eine erreichbare Belegungsquote von 90% realistisch.
- Um die Tagesbetreuung an den Therapietagen mit jeweils rund 8 Stunden zu gewährleisten, ist eine Besetzung von 10,84 Stellen notwendig.
- Das Betreuungsteam kann und sollte in einer solchen Struktur multiprofessionell aufgestellt werden. In der Beispieleinrichtung wurden unter der Leitung einer gerontopsychiatrischen Pflegefachkraft, weitere Betreuungsfachkräfte gemäß § 53 c SGB XI, eine Sozialpädagogin und zwei Krankenschwestern mit der Zusatzqualifikation als „Sportpädagogin“ eingesetzt.
- Die Personalaufwandsquote beträgt 68 %. Dieser Aufwand erklärt sich durch den erhöhten Bedarf an Krankenschwestern auch außerhalb des Betreuungsprozesses in Bereitschaft zur Absicherung des Aufenthaltes.
- Die Multimorbidität der Zielgruppe der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen erfordert Barrierefreiheit (z.B. Badezimmer mit ausreichender Bewegungsfläche für Rollstuhlfahrer, ebenerdige Duschfläche, ausreichend große Zimmer und Appartements, um Pflege am Bett von allen Seiten zu ermöglichen).
- Dadurch ist eine entsprechend großzügige Bemessung der Räumlichkeiten erforderlich, die auch die Kalkulation eines angepassten Mietzinses oder der Baugestehungskosten erforderlich macht. Zur Umsetzung von Interaktions- bzw. Tandemangeboten war ein Personaleinsatz von 0,35 Stellenanteilen erforderlich. Davon werden drei je 90-minütige, inhaltlich wechselnde Gruppenangebote der gemeinsamen Interaktion (z.B. Tischkegeln, Gesellschaftsspiele, Lyrikabend, Aktivierungsgruppe in der Ergotherapie) pro Therapiewoche umgesetzt. Diese Maßnahmen werden durch eine Pflegefachkraft oder eine Sozialpädagogin angeleitet.
- Die Personaleinsätze sind mit den Kostenansätzen der maßgeblichen Tarifverträge möglicher Träger zu bewerten.

### 8.1.2. Daten zur Kosteneinschätzung getrennte Unterbringung

Das Begleitangebot wurde hier durch eine kooperierende Pflegeeinrichtung und eingestreute Kurzzeitpflegeplätze realisiert. Sowohl in der beteiligten Reha-Klinik als auch in der Pflegeeinrichtung waren die entsprechenden räumlichen und personellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung bereits gegeben und wirkten sich somit nicht kostenerhöhend aus. Nach Angabe der Erprobungseinrichtungen entstanden zusätzliche Aufwände durch die Aufnahme eines Pflegetandems und die Vernetzung und Abstimmung der Maßnahmenplanung in der Reha und der Pflege, die mithilfe der in [Abbildung 4](#) dargestellten Prozesskette nachfolgend tabellarisch als *a) Mehraufwand der Pflegeeinrichtung* (

[Tabelle 6](#)) und *b) Mehraufwand der Rehaklinik* ([Tabelle 7](#)) erfasst wurden. Träger, die ein solches Angebot umsetzen möchten, können den Personaleinsatz gemäß ihrem Tarifvertrag kalkulieren. Die Erprobung im Projektverlauf wurde maßgeblich durch Corona-Schutzmaßnahmen (Betretungsbeschränkungen der Einrichtungen, Aussetzen der Besuchskontakte, Testpflichten, etc.) eingeschränkt. Die Folgen waren weniger Anfragen und Aufnahmen und die zeitweise Begrenzung von gemeinsamen Aktivitäten von Pflegepaaren. Sodass hier nur einzeln gemeinsame und interaktive Angebote, weniger als geplant, zur Anwendung kommen konnten. Daher wird hier auf eine Kostendarstellung dieser Angebote verzichtet.

a) Mehraufwand der Pflegeeinrichtung<sup>9</sup>

Art der Leistung	Umsetzung durch	Häufigkeit und Dauer
<b>Vorplanung und Vorgespräche</b>		
Telefonischer Erstkontakt	Disposition/Belegungsmanagement	20 Minuten
Einführung zum Konzept des Begleitangebotes, Versand von Infomaterial	Disposition/Belegungsmanagement	5 Minuten
Belegungsplanung und Kontaktaufnahme mit Rehaklinik	Disposition/Belegungsmanagement	10 Minuten
Infotelefonat vor Aufnahme zur Klärung offener Fragen/Erwartungshaltung zum Begleitangebot	Disposition/Belegungsmanagement	10 Minuten
<b>Während des Aufenthaltes</b>		
Aufnahmegespräch mit dem Tandem inkl. Dokumentation	Einrichtungsleitung/Aufnahmemanagement	120 Minuten
Eingangsassessment	Pflegefachkraft	15 Minuten
Sektorenübergreifende Abstimmungsgespräche <u>zwischen den Einrichtungen</u> 1. Abstimmungsgespräch nach der Aufnahme am 2./3. Tag (Organisation, Infos etc.) 2. Abstimmungsgespräch zur Halbzeit (Zielüberprüfung, ggf. Maßnahmenanpassung, Klärung von Problemen etc.)	1. Belegungsmanagement 2. Fachkraft Wohnbereich	jeweils 15 Minuten
ggf. Pflegecoaching bei Bedarf	Pflegefachkraft	60 Minuten
Abschlussassessment	Pflegefachkraft	15 Minuten
Integrationsgespräch/Feedbackgespräch mit dem Tandem am Ende des Aufenthaltes bei der Entlassung (Überprüfung Zielerreichung)	Einrichtungsleitung	30 Minuten

Tabelle 6: Mehraufwand Pflegeeinrichtung

<sup>9</sup> Für die Angaben in Tabelle 6 wurden Durchschnittswerte gebildet, diese können fallspezifisch abweichen.

b) Mehraufwand der Rehaklinik<sup>10</sup>

Art der Leistung	Umsetzung durch	Häufigkeit und Dauer
<b>Vorplanung und Vorgespräche</b>		
Vorgespräch Abstimmung Anreisetermin Tandem (Hinweise für pflegende Angehörige Planung/Beantragung etc.)	Patientenaufnahme	1 bis 2 x je 5 Minuten b. B. häufiger u. länger
Abstimmung Anreisetermin zwischen den Einrichtungen	Patientenaufnahme mit Belegungsmanagement Pflegeeinrichtung	1 bis 2 x je 5 Minuten
Planung zusätzlicher Termine (spez. Gespräche bei Reha-Beginn)	Zentrale Therapieplanung	20 Minuten
<b>Während des Aufenthaltes</b>		
Begrüßungsgespräch mit pflegender/m Angehöriger/m (Übergabe von Infos u. Erläuterung des Konzeptes)	Qualitätsmanagement	20 Minuten
Gespräch mit Pflegedienstleitung (am 2./3. Tag) (Erörterung/Unterstützung bei Pflege Themen)	Pflegedienstleitung	30 Minuten
Gespräch mit Therapieleitung/Zentrale Therapieplanung	Therapieleitung/Zentrale Therapieplanung	30 Minuten
Psychotherapeutische-Gruppe für pflegende Angehörige	Psychosozialer Dienst	3 x je 60 Minuten
Sektorenübergreifende Abstimmungsgespräche <u>zwischen den Einrichtungen</u> 1. Abstimmungsgespräch nach der Aufnahme am 2./3. Tag (Organisation, Infos etc.) 2. Abstimmungsgespräch zur Halbzeit (Zielüberprüfung, ggf. Maßnahmenanpassung, Klärung von Problemen etc.)	Pflegedienstleitung	2 x je 15 Minuten
Abschluss-/Feedbackgespräch mit pflegender/m Angehöriger/m (Überprüfung Zielerreichung)	Qualitätsmanagement	20-30 Minuten
Pflegende Angehörige bei Anreise ohne eigenen PKW: Transfer zwischen den Einrichtungen für Besuche, Pflegecoaching Hin- und Rückfahrt"	ext. Taxiunternehmen, 5 km Entfernung, ca. 20 € ggf. Haustechnik, 5 km Entfernung, Fahrtkostenpauschale	

Tabelle 7: Mehraufwand Rehaklinik

<sup>10</sup> Für die Angaben in Tabelle 7 wurden Durchschnittswerte gebildet, diese können fallspezifisch abweichen.

## 8.2. Sozialrechtliche Bewertung<sup>11</sup>

Die Interventionen des vorliegenden Rahmenkonzeptes fanden im Rahmen der Regelversorgung statt. Dabei hat sich herausgestellt, dass das Pflegetandem aus Pflegeperson und Pflegebedürftigem vom Gesetzgeber weitgehend übersehen wird, es bestehen nur singuläre Ansprüche auf Versorgung von Mitgliedern des Pflegetandems, aber keine ganzheitliche Intervention zu Gunsten beider. Auch die Neuregelungen im Rahmen des PUEG im Jahr 2023 haben hieran nichts geändert. Insbesondere werden Interventionen nicht als Anspruch im Sinne eines öffentlichen Rechts ausgestaltet.

Insgesamt zeigen sich die Limitationen durch die Versäulung in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches, welche oftmals zu getrennten Zuständigkeiten für die Pflegeperson und den Pflegebedürftigen führen und sowohl bei Interventionen, die beiden Teilen des Pflegetandems gleichermaßen zu Gute kommen, als auch in Situationen, in denen nur ein Teil des Pflegetandems gesetzlich versichert ist, eine sachgerechte Versorgung erschwert.

### 8.2.1. Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems de lege lata (nach geltendem Recht)

Zentralnorm zur Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems ist § 42a SGB XI n.F., aber auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. deutet entsprechende Leistungen an.

Gemäß § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. haben Pflegebedürftige ab dem 1. Juli 2024 einen Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Der Anspruch des Pflegebedürftigen ist damit akzessorisch zu dem der Pflegeperson. Allerdings erhält der Pflegebedürftige genannten Leistungen nicht automatisch nach Anspruchsgewährung zu Gunsten seiner Pflegeperson, sondern er muss auch im Sinne des SGB XI leistungsberechtigt, also pflegeversichert und pflegebedürftig, sein. Gemäß § 42a Abs. 2 Satz 1 SGB XI n.F. setzt der Anspruch nach Abs. 1 voraus, dass die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistung sichergestellt ist. Dies stellt eine deutliche Einschränkung des Leistungsanspruchs des Pflegebedürftigen dar, da der Anspruch danach nur im Rahmen der gerade bestehenden Kapazitäten besteht, was rechtlich einem Kapazitätsausschöpfungsgebot entspricht. Jedoch besteht nach der geschaffenen gesetzlichen Konzeption gerade kein Anspruch des Pflegebedürftigen auf Zurverfügungstellung ausreichender Kapazitäten. Der Satz 3 des Absatzes 2 der Vorschrift, wonach der Anspruch

---

<sup>11</sup> Das ausführliche sozialrechtliche Gutachten ist diesem Projektbericht als **Anhang 4** beigelegt.



auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI wahrgenommen werden kann, wenn die Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden kann, stellt eine leistungsrechtliche Ergänzung zu Satz 1 dar und mildert die angesprochenen Kapazitätsbeschränkungen etwas ab.

Bei der Neuregelung des § 42a SGB XI n.F. ist es insgesamt zunächst begrüßenswert, dass der Gesetzeswortlaut hier ausdrücklich von einem „Anspruch“ spricht und offenbar zumindest geplant war, insoweit ein subjektiv-öffentliches Recht einzuführen. Letztlich läuft dieser (vermeintliche) Anspruch jedoch teilweise ins Leere. Denn der Gesetzgeber hat über das „Ob“ der Leistungsgewährung hinaus keinerlei inhaltliche Vorgaben gemacht, „Wie“ der Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszugestalten ist. Mögliche Inhalte der Versorgung des Pflegebedürftigen werden an keiner Stelle auch nur erwähnt, geschweige denn konkret geregelt. Zusätzliche Leistungen zur spezifischen Unterstützung des Pflegetandems, wie sie im vorliegenden Rahmenkonzept vorgesehen sind, sind demnach vom Gesetzgeber gerade nicht geschaffen worden. Letztlich hat der Gesetzgeber über die reine Unterbringung und Versorgung des Pflegebedürftigen hinaus weder diesen noch das Pflegetandem in den Fokus genommen, die Neuregelung bringt keine inhaltliche Weiterentwicklung mit sich. Der Gesetzgeber hat sich insoweit entschieden, die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruchs gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen zu überlassen. Da diese gemeinsame Empfehlung „insbesondere“ nur zum Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie zur Qualitätssicherung Vorgaben machen soll, sind keine inhaltlichen Ausgestaltungen im Sinne einer Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen oder des Pflegetandems zu erwarten.

Ansprüche zur Unterstützung pflegender Angehöriger, des Pflegetandems und des Pflegebedürftigen selbst kennt auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F., bislang § 40 Abs. 3 S. 11f SGB V. Gemäß der Neuregelung haben Pflegepersonen im Sinne des SGB XI bei einer stationären krankensicherungsrechtlichen Rehabilitation Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Festzuhalten ist jedoch, dass auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. keinerlei inhaltliche Vorgaben zur Versorgung des Pflegebedürftigen oder Finanzierungsvorgaben macht, erst Recht nicht hinsichtlich der im vorliegenden Rahmenkonzept vorgesehenen Interventionen.

Das Rentenversicherungsrecht kennt keine gesetzlichen Ansprüche, die die Pflegeperson oder das Pflegetandem oder die Versorgung eines Pflegebedürftigen beschreiben. Eine rentenversicherungsrechtliche Versorgung des Pflegebedürftigen kann aber über die - zufällige - Zuweisung des Pflegebedürftigen an rentenversicherungsrechtliche Einrichtungen gem. § 42 a SGB XI n.F. erfolgen.

### **8.2.2. Bisherige Kostenverantwortlichkeiten und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten**

Die Kostenverantwortlichkeiten folgen der Zuständigkeit des jeweiligen Sozialversicherungsträgers für die einzelne Intervention.

Basierend hierauf fallen folgende **Interventionen** aus dem vorliegenden Rahmenkonzept zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** in den Zuständigkeitsbereich und damit auch in die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung: aktivierende Pflege, mobilitätsfördernde Maßnahmen, Beschäftigungsangebote, Angebote zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, Angebote zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Interventionen bezüglich eines verringerten Sturzrisikos und Interventionen zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die im Rahmen des Modellprojektes vorgesehene Abgabe von Heilmitteln fällt hingegen in den Zuständigkeitsbereich und damit die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung.

Hinsichtlich der **Interventionen** zu Gunsten des **Pflegetandems** gilt, dass die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das Erlebenlassen von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz *de lege lata* nicht erbracht werden. *De lege ferenda* (nach einem noch zu erlassenden Gesetz) erscheint denkbar, hierfür die Zuständigkeit der *Rentenversicherung* anzunehmen bei solchen pflegebedürftigen Angehörigen, bei denen die Rentenversicherung auch zuständig und damit kostenverantwortlich für die eigentliche Rehabilitationsleistung ist. Für eine Zuständigkeit der *Pflegeversicherung* würde indes streiten, dass diese ein finanzielles Interesse daran hat, eine (dauerhafte) vollstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen hinauszuzögern. Für den Fall, dass der pflegende Angehörige krankensicherungsrechtlichen Leistungen in Anspruch nimmt wäre, - folgt man dieser Logik – zu berechnen, ob die *Krankenversicherung*, die bei Erfolg der Leistungen Krankenbehandlungskosten spart, oder die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen, die eine stationäre Pflege erst später oder gar nicht leisten muss, den größeren finanziellen Vorteil hat.

Für die **Koordinationsleistungen** zu Gunsten des Pflegetandems gibt es de lege lata mangels Vorhandenseins in der Regelversorgung keinen zuständigen Kostenträger. De lege ferenda gilt folgendes: Rechtstheoretisch kann dabei der Anspruch der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen selbst führend sein und der andere Teil des Pflegetandems bereits mitversorgt werden, wenn der jeweils führende Teil einen Anspruch hat. Denkbar ist aber auch, dass sowohl die Pflegeperson selbst als auch die pflegebedürftige Person einen eigenen Anspruch haben müssen, damit der Anspruch auf Koordinationsleistungen ausgelöst wird. Für beide Lösungsmöglichkeiten gilt: Da beide Mitglieder des Pflegetandems regelmäßig in den Zuständigkeitsbereich zweier verschiedener Sozialversicherungsträger fallen werden (die Pflegeperson in den der Rentenversicherung, subsidiär den der Krankenversicherung; der Pflegebedürftige in den der Pflegeversicherung) stehen sich jeweils zwei Kostenträger mit guten Argumenten, der jeweils andere Kostenträger sei zuständig, gegenüber. Nach der üblichen Regelungssystematik der verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuches wäre es naheliegend, die Ansprüche so auszugestalten, dass jeder Teil des Pflegetandems über einen eigenen Anspruch verfügen muss und jeder Kostenträger den auf seinen Versicherten entfallenden Anteil der Koordinationsleistung bezahlt. Alternativ könnte der Kostenträger zuständig sein, der den größeren Nutzen hat.

Problematisch für die Regelversorgung erscheint, dass die Rentenversicherung keine gemeinsamen Aktivitäten des Pflegetandems kennt, soweit dabei Leistungen zu Gunsten der Pflegeperson von ihr erfolgen und der Pflegebedürftige daran teilnehmen will. Hier ist dann de lege lata in der Tat der Kostenträger des Pflegebedürftigen zuständig, der diese Art von Leistungen jedoch im Rahmen der zu Gunsten im Rahmen der Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen gar nicht kennt. De lege ferenda wäre entweder eine gesplittete Abrechnung der Einrichtung gegenüber beiden Kostenträgern denkbar oder eine einheitliche Abrechnung der Einrichtung und eine Kostenerstattung zwischen den Kostenträgern.

De lege ferenda ist gerade hinsichtlich des zu schaffenden Koordinationsanspruches die Frage der Kostenverantwortlichkeit untrennbar mit der Frage der Zuständigkeit verbunden und diese damit letztlich mit der Frage, wer den Anspruch auf Koordinationsleistung geltend machen darf. Gegen denjenigen Sozialversicherungsträger, der zuständig wird, muss im Gesetz auch eine Anspruchsgrundlage geschaffen werden.

### 8.2.3. Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen und Anwendung dieser auf das vorliegende Projekt

Vorgesehene soziale Leistungen bleiben potentiell wirkungslos, wenn sie nicht als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch, formuliert werden. Notwendig ist eine sog. abstrakt-generelle Regelung. Gleichzeitig sind die im vorliegenden Rahmenkonzept genannten Maßnahmen so heterogen und umfangreich, dass eine Verdichtung aufgrund der notwendigen großen Regelungstiefe im Vergleich zu den Regelungstiefen anderer Leistungen der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches den Rahmen der bisherigen Regelungen sprengen würde.

Die im Modellprojekt neu geschaffenen, bereits oben dargestellten Koordinationsleistungen müssen im jeweiligen Fachrecht abgebildet werden.

Die PuRpA-3-Intervention zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** sollte im **Pflegeversicherungsrecht** abgebildet werden. Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung kann wegen der notwendig zu erreichenden Detailtiefe nicht auf der formell-gesetzlichen Ebene erfolgen. Es bietet sich an, die vom Gesetzgeber bereits vorgesehene Regelungstechnik des Rückgriffs auf gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände unter Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu übernehmen. Dies könnte durch eine **Ergänzung des § 42a SGB XI** geschehen, wonach die gemeinsamen Empfehlungen auch Vorgaben zu Zugang, Erbringungsmodalitäten und Inhalten von Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson enthalten. In der Folge müsste der § 42a SGB XI auch hinsichtlich der vorgesehenen Vergütung entsprechend angepasst werden. Mit dieser Regelung wäre es möglich, die Versorgung des Pflegebedürftigen von der Kurzzeitpflege weg hin zu einem Aufenthalt mit rehabilitativen Ansätzen weiterzuentwickeln. Schließlich sollte zumindest das „Ob“ der Leistungsgewährung im § 42a Abs. 1 SGB XI n.F. als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch formuliert werden. Das „Wie“ der Leistungsgewährung ergibt sich dann aus der Rahmenempfehlung.

Der Koordinationsanspruch der **Pflegeperson** kann sich dann nicht aus dem Pflegeversicherungsrecht ergeben, denn dieser ist aus der Pflegeversicherung nicht leistungsberechtigt; selbst wenn die Pflegeperson selbst über einen Pflegegrad verfügt, reicht dies nicht als Zugangsvoraussetzung für eine stationäre Versorgung der Pflegeperson im Sinne von § 42a Abs. 1 SGB XI. Für die Pflegeperson bietet es sich daher an, die zu ihren Gunsten zu erbringenden Koordinationsleistungen als **Annexanspruch** zum **Hauptleistungsanspruch** der **stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach dem SGB V** (durch Ergänzung von § 23 SGB V um einen Absatz 8 und § 40 Abs. 3a SGB V) **oder VI** (durch Ergänzung von § 15 SGB V um einen Abs. 1a) auszugestalten.

Hinsichtlich der konkreten Formulierung wird auf das Gutachten (**Anhang 4**) verwiesen.

## 9. Hinweise auf die Verstetigung der Begleitangebote<sup>12</sup>

Wie geschildert, haben Einrichtungen mit verschiedenen Unterbringungsoptionen im Projektverlauf an der Konzeptentwicklung und der Erprobungsphase bzw. der wissenschaftlichen Begleitung mitgewirkt. Die Umsetzung erfolgte auf Basis der einrichtungsindividuellen Konzepte. Die folgenden zehn projektteilnehmenden Einrichtungen (**Abbildung 7**) werden in vier Einrichtungen bzw. Einrichtungskooperationen die Angebote für Pflegetandems im Sinne des hier erarbeiteten Rahmenkonzeptes fortführen.

---

<sup>12</sup> Detailliertere Angaben zu den einzelnen Einrichtungen befinden sich in **Anhang 2 Weiterführende Informationen zu den teilnehmenden Einrichtungen**

*Pflegeeinrichtung Begleitangebot über eingestreute Kurzzeitpflegeplätze*  
Seniorenzentrum St. Laurentius  
(Löhne)   
in Kooperation mit  
Berolina Klinik  
(Löhne)   
*Rehabilitation für pflegende Angehörige*

*Pflegeeinrichtungen des CV Brilon*  
*Begleitangebot über eingestreute Kurzzeit-/ Verhinderungspflegeplätze*  
Seniorenzentrum St. Josef  
(Hallenberg)   
Seniorenzentrum St. Engelbert  
(Brilon)   
in Kooperation mit  
Klinik St. Ursula  
(Winterberg)   
*Rehabilitation für pflegende Angehörige*



*Pflegeeinrichtungen des CV Paderborn*  
*Begleitangebot über solitäre Tages- u. Kurzzeitpflegeplätze*  
Haus St. Veronika  
Haus St. Antonius  
(Paderborn)   
Haus St. Barbara  
(Bad Lippspringe) 

in Kooperation mit  
Medizinisches Zentrum für Gesundheit  
*Begleitangebot über Kurzzeit-/ Verhinderungspflegeplätze in der Teutoburger-Wald-Klinik*  
(Bad Lippspringe)   
*Rehabilitation für pflegende Angehörige*

*Vorsorge für pflegende Angehörige mit tagesstrukturierendem Angebot für Pflegebedürftige*  
Landhaus Fernblick  
(Winterberg) 

Abbildung 7: Standorte der Verstärkung der Begleitangebote (Quelle: eigene Darstellung)

## 10. Schlussbetrachtung

Mit dem Projektabschluss steht ein **validiertes modulares Konzept** als Grundlage für die Entwicklung einrichtungsindividueller Begleitangebote für Pflegebedürftige während einer stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme pflegender Angehöriger zur Verfügung. Herzstück des Rahmenkonzeptes ist das **Begleitangebot**, welches als **Tages- oder Kurzzeitpflege** angeboten und mit einer **getrennten** oder **gemeinsamen Unterbringung** verbunden werden kann, und stets zeitgleich und begleitend zu einer Vorsorge oder Rehabilitation des Pflegenden angeboten wird. Ein zweiter Schwerpunkt liegt auf den gemeinsam genutzten **Tandem- bzw. Interaktionsangeboten**, die sich an das **Pflegetandem** richten.

Die überwiegend **sehr positiven Rückmeldungen** der Befragten zum Nutzen der hier konzipierten Konzepte sprechen für eine zukünftige **Etablierung und Ausweitung** von Angeboten **im Sinne dieses Konzeptes**, die darauf abzielen, die gemeinsame Zeit eines Pflegepaares während des stationären Aufenthaltes möglichst **effizient** zur **Stärkung von Gesundheit, Selbstbestimmtheit** und **Interaktion** beider Mitglieder eines Pflegepaares zu nutzen, um eine gewünschte **Pflege in der Häuslichkeit** zu **entlasten**, zu **fördern** und möglichst **lang zu ermöglichen**.

Diese **Ziele** sind therapeutisch gut erreichbar, wenn das **Pflegepaar als pflegerische Einheit** verstanden und gemeinsam **vor Ort interdisziplinär begleitet** wird. Die Interventionen nehmen sowohl die/den **Pflegebedürftigen** in den Blick, als auch das **Pflegetandem** und deren Beziehung, die in der **Interaktion** Ausdruck findet. Dazu wurde im Projekt eine **sektorenübergreifende Zusammenarbeit** zwischen den klinischen, therapeutischen und pflegerischen Arbeitsbereichen der aufnehmenden Einrichtungen etabliert, um die **Vernetzung und Koordinierung der Maßnahmen** während des Aufenthaltes auf ein „Kur-Ziel“ für das Pflegepaar zu ermöglichen. Für die Partner des Pflegetandems können während des zeitgleichen Aufenthaltes gezielt und **individuell passende Interventionen** und Entlastungsangebote angebahnt und ausprobiert werden. Damit die **Nachhaltigkeit** gelingt, kann hier mit verschiedenen Angeboten der Übergang in die Häuslichkeit bereits vorbereitet werden. Das fördert bei Erfolg **die Akzeptanz und Umsetzung** beim Pflegepaar zur Zielerreichung - während des Aufenthaltes und in der Häuslichkeit. Die Wissenschaft bietet bestärkende Ansätze für die Interventionen im Sinne des Rahmenkonzeptes.

Die **Bedeutung** und der **Bedarf** für derartige Begleitangebote haben sich weiter aus der Perspektive der Nutzer\*innen bestätigt. Für einen signifikanten Anteil pflegender Angehöriger

(rund 80%) sind Begleitangebote eine **Voraussetzung** und unabdingbar, um eine Vorsorge- oder RehaMaßnahme in Anspruch nehmen zu können. Diese pflegenden Angehörigen können oder wollen ihre Pflegebedürftigen während ihres stationären Aufenthaltes nicht in der Häuslichkeit belassen – sie wollen **gemeinsam reisen** und **sicher sein**, dass ihre Angehörigen während dieser Zeit **gut versorgt** sind. Abschließend bewerten sie den **gemeinsamen** Aufenthalt **sehr gut**. Rund 80 % der Befragten würden dieselbe Art der Unterbringung erneut nutzen und rund **90 % würden das Angebot weiterempfehlen**.

Im Projekt sind die Interventionen weitgehend im Rahmen der **Regelversorgung** umgesetzt worden. Die Nutzer\*innen wünschten sich laut der Befragung ein **umfangreicheres** und **vielseitigeres** Angebot zur Beschäftigung, Tagesstrukturierung, gemeinsame Angebote und eine intensivere Förderung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen, um die Zeit des Aufenthaltes noch besser nutzen zu können. Dabei sollen individuelle Fähigkeiten, Interessen und Krankheitsbilder pflegebedürftiger Personen Berücksichtigung finden. Auch die Einrichtungen sehen eine Weiterentwicklung der Tages- oder Kurzzeitpflege im Begleitangebot zu einem Aufenthalt mit mehr **rehabilitative Ansätzen** als geboten, wenn der Gesundheitszustand und die Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person optimal gefördert werden sollen.

Die **Bedarfe** der Pfl egetandems nach **Nähe und Distanz** während einer stationären Unterbringung unterscheiden sich und sollten daher beim bedarfsgerechten Aufbau in der Versorgungslandschaft durch **verschiedene Möglichkeiten der Unterkunft** mit einer möglichst umfangreichen und bedarfsgerechten Maßnahmenplanung Berücksichtigung finden. Es gibt weiterhin zu wenig Angebote für Pfl egetandems, die gemeinsam reisen möchten, und noch weniger für diejenigen, die gemeinsam in einer Einrichtung untergebracht werden möchten. Das vorliegende Rahmenkonzept bietet interessierten Einrichtungen eine Grundlage, einrichtungsindividuelle Konzepte zu entwickeln und zum flächendeckenden Aufbau entsprechender Begleitangebote beizutragen.

Etwa jede/r zweite Nutzer\*in bewertete in der projektbegleitenden Befragung den gemeinsamen Aufenthalt **positiv - auch für die Situation zu Hause**. Das Angebot habe ihrer **Beziehung gutgetan** und ihr **Wohlbefinden im Pflegealltag** verbessert. Diese Rückmeldungen spiegeln mehrheitlich wider, dass die Angebote unter den aktuellen Maßgaben bereits als Beitrag zur Verbesserung empfunden werden und zeigen, dass die Einrichtungen mit der Umsetzung des Angebotes bereits auf dem **richtigen Weg** sind und einen **wertvollen Beitrag zur Stabilisierung** der häuslichen Pflegesituation leisten, der eine Weiterentwicklung und Aus-

weitung von „*Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der pflegenden Angehörigen*“ unbedingt erfordert und dafür sozialpolitische Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen.

Denn die geltende **Sozialgesetzgebung** kennt keine Interventionen für das **Pflegemandem** (wie die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das Erleben von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz) und die dazu erforderliche **sektorenübergreifende Koordinierungsleistung**, sondern nur singuläre Ansprüche der Partner im Pflegemandem. Es wird daher eine Weiterentwicklung und **Ergänzung** der **gesetzlichen Ansprüche** und **Kostenverantwortung** auf derartige Leistungen vonnöten sein, wenn die hier entwickelten Konzepte und Leistungen eine Verstetigung erfahren sollen. Gleiches gilt für den Wunsch nach umfangreicheren, vielseitigeren und ggf. **rehabilitativen Interventionen** zu Gunsten der Pflegeperson, die über die jeweiligen Regelangebote der Tages- und Kurzzeitpflege hinausgehen. Weiter sind die **Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme** der pflegenden Angehörigen und ihrer pflegebedürftigen Begleitpersonen zu beachten. Für Betroffene sollten die **Kosten** und Eigenanteile, die nicht durch Leistungen der Pflegeversicherung oder Krankenversicherung gedeckt werden, der Vorsorge/Reha und des Begleitangebotes angemessen und tragbar sein. Und vor allem sollte die Nutzung eines Begleitaufenthaltes später **keine Verhinderung** der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Urlaub und zur Krisenbewältigung nach sich ziehen. Im Rahmen der sozialrechtlichen Bewertung werden in [Kapitel 8.2.](#) entsprechende Ansatzpunkte zu den rechtlich zu fassenden Regelungen entwickelt.

Die Erfahrungen aus diesem Projekt legen nahe, dass auch zeitlichen Faktoren bei dem Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgungslandschaft eine bedeutsame Rolle zukommt. Die teilnehmenden Einrichtungen im Projekt benötigten sowohl zur Implementierung als auch bis zur Annahme der neuen Angebote durch Pflegepaare teilweise erhebliche Vorlaufzeiten.

Die wissenschaftliche Recherche und Begleitung hat ergeben, dass bislang keine Forschungsarbeiten zu Begleitangeboten, die zeitgleich zu Vorsorge- oder Rehaangeboten für pflegende Angehörige stattfinden, vorliegen. Mit dieser Arbeit sind **Erkenntnisse** aus Wissenschaft und Praxis über mögliche Ansätze und **relevante Faktoren** zu nutzer\*innenorientierten Begleitangeboten in Verbindung mit gemeinsamen Angeboten für Pflegepaare während eines Vorsorge- oder Rehaaufenthaltes gewonnen worden. Weiter wurden **Herausforderungen** und Hemmnisse identifiziert. Mit Blick auf die unvermindert **zunehmenden Zahlen in der häuslichen**

**Pflege in NRW** wächst der Kreis von Personen, für den diese Projektergebnisse von **Bedeutung** sind. Das in diesem Modellprojekt erarbeitete Rahmenkonzept steht als **Blaupause** und Vorlage für die Entwicklung weiterer Angebote in der Versorgungslandschaft zur Verfügung und kann zum flächendeckenden Aufbau von Begleitangeboten für Pflegebedürftige während einer stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme pflegender Angehöriger einen wertvollen Beitrag leisten. Wenn eine **Verstetigung** der Begleitangebote nach diesem Modell erfolgen soll, empfiehlt es sich, die **Kostenverantwortung** und die **sozialrechtlichen Rahmenbedingungen** entsprechend anzupassen und zu erweitern, um für die Leistungserbringer die notwendigen Voraussetzungen, Regelungen und Anreize zu einem **dauerhaften** und **wirtschaftlich tragfähigen** Auf- und Ausbau des neuen Leistungsangebotes für pflegende Angehörige in Begleitung der pflegebedürftigen Person **förderlich** zu gestalten.

Das Rahmenkonzept fand **Akzeptanz** und **Umsetzung** in der Praxis und wird mehrheitlich von den teilnehmenden Einrichtungen auch über die Projektlaufzeit hinaus fortgeführt werden. Es erscheint sinnvoll, diese **Ansätze** der Verstetigung zu **bestärken** und zu festigen, damit die Angebote Fuß fassen und sich etablieren können. Weiter wird eine **zukünftig vermehrte Bewerbung** zum Gelingen des Aufbaus einer bedarfsgerechten Versorgungslandschaft empfohlen. Der Weg zur Wahrnehmung der Angebote durch pflegende Angehörige und Pflegebedürftige sollte weiter vereinfacht und durch gute und umfassende Informationen abgesichert werden. Mit vereinzelt Maßnahmen zur Bekanntmachung konnten die Einrichtungen nicht die gewünschte Wirkung erzielen. Daher wird auch weiterhin eine breit angelegte **Öffentlichkeitsarbeit**, die neben der Zielgruppe auch potentielle Zuweiser- und Multiplikator\*innen einbezieht (z.B. Ärzt\*innen, Krankenkassen, Pflegedienste, Sozialstationen, Kurberatungs- und Pflegeberatungsstellen) und **wiederholt** mit Informationen versorgt, erforderlich sein.

#### IV. Literaturverzeichnis

- Adamson, E./Pow, J./Houston, F./Redpath, P. (2016). Exploring the experiences of patients attending day hospitals in the rural Scotland: capturing the patient's voice. *J Clin Nurs* 26 (19-20), 3044–3055. <https://doi.org/10.1111/jocn.13651>.
- Boerner Kathrin & Mock, Steven E. (2012). Impact of patient suffering on caregiver well-being: The case of amyotrophic lateral sclerosis patients and their caregivers, *Psychology, Health & Medicine*, 17:4, 457-466, DOI: 10.1080/13548506.2011.613942.
- Bohnet-Joschko, Sabine (2020). Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige. Witten.
- Büker, C., Latteck, Ä.-D., Stroncsek, M., Steiner, L. (2023). Weiterentwicklung und Qualitätsverbesserung von Tagespflege für ältere Menschen in NRW (TpQ) – Abschlussbericht. *Berichte aus Lehre und Forschung*. Nr. 54. Bielefeld: Hochschule Bielefeld.
- Büscher, A./Peters, L./Stelzig, S./Lübben, A. (2021). VdK-Pflegestudie. Pflege zu Hause - zwischen Wunsch und Wirklichkeit.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2021a). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_\\_40.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__40.html) (abgerufen am 13.10.2021).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2021b). § 15 SGB 11 - Einzelnorm. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/\\_\\_15.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__15.html) (abgerufen am 11.06.2021).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2021c). § 19 SGB 11 - Einzelnorm. Online verfügbar unter [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/\\_\\_19.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__19.html) (abgerufen am 11.06.2021).
- Bundesministerium für Gesundheit (2021). Aktivierende Pflege. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/aktivierende-pflege.html> (abgerufen am 13.10.2021).
- Burgener, S., & Twigg, P. (2002). Relationships among care factors and quality of life in care-recipients with irreversible dementia. *Alzheimer's Disease & Associated Disorders*, 16(2), 88–102.
- Chang, A. K./Park, Y. H./Fritschi, C./Kim, M. J. (2015). A family involvement and patient-tailored health management program in elderly Korean stroke patients' day care centers. *Rehabil Nurs* 40 (3), 179–187. <https://doi.org/10.1002/rnj.95>.

- Chew, Justin/Chong, Mei-Sian/Fong, Yoke-Leng/Tay, Laura (2015). Outcomes of a multimodal cognitive and physical rehabilitation program for persons with mild dementia and their caregivers: a goal-oriented approach. *Clinical interventions in aging* 10, 1687–1694. <https://doi.org/10.2147/CIA.S93914>.
- Desens, D., & Horwath, M. (2016). Partnerschaft bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit: wie erleben Paare Pflege? (Masterarbeit, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln). Online verfügbar unter: <https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/1027/file/Partnerschaft+bei+Hilfs-+und+Pflegebed%c3%bcrtigkeit+-+Wie+erleben+Paare+Pflege.pdf> (abgerufen am 26.04.2023).
- Dierbach, Oskar (2021). Ein Gewinn für alle: Therapeutische Pflege. *Altenheim* 60 (2), 22–25.
- Dorin, Lena (2014). Erholungszeiten für Familien von Schwerpflegebedürftigen: Inanspruchnahme und Potenzial von Tages- und Kurzzeitpflege. *Pflege & Gesellschaft: Zeitschrift für Pflegewissenschaft* 19 (1), 59–75.
- Du Preez, J., Millsteed, J., Marquis, R. & Richmond, J. (2018). The Role of Adult Day Services in Supporting the Occupational Participation of People with Dementia and Their Carers: An Integrative Review. *Healthcare* 6(43), 1–15. DOI:10.3390/healthcare6020043.
- Ellen, M. E., Demaio, P., Lange, A. & Wilson, M. G. (2017). Adult Day Center Programs and Their Associated Outcomes on Clients, Caregivers, and the Health System: A Scoping Review. *The Gerontologist* 57(6), 85-94. DOI:10.1093/geront/gnw165.
- Enright, Joe, O’Connell, Megan E, Branger, Camille, Kirk, Andrew and Morgan, Debra (2020). Identity, relationship quality, and subjective burden in caregivers of persons with dementia, *Dementia* 2020: Vol. 19(6) 1855–1871, DOI: 10.1177/1471301218808607.
- Evans, D. (2013). Exploring the concept of respite. *J Adv Nurs* 69 (8), 1905–1915. <https://doi.org/10.1111/jan.12044>.
- Franke, Luitgard. Andresen, Sabine (Hrsg). 2006. Demenz und Pflegebedürftigkeit in alten Paarbeziehungen: ein Thema für die Geschlechterforschung. In: *Geschlechtertypisierungen im Kontext von Familie und Schule*. Andresen, Sabine (Hrsg). Opladen: Barbara Budrich. S. 45-59. 978-3-86649-032-1.
- GKV-Spitzenverband (2021). Expertenstandards - GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet\\_in\\_der\\_pflege/expertenstandards/expertenstandards.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandards/expertenstandards.jsp) (abgerufen am 13.10.2021).
- Haberstroh, J./Neumeyer, K./Schmitz, B./Perels, F./Pantel, J. (2006). Kommunikations-TANdem: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikations-Trainings für

- pflegende Angehörige von Demenzpatienten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (5), 358–364. <https://doi.org/10.1007/s00391-006-0381-7>.
- Handel, Elisabeth (2003). Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam. Eine systemische Betrachtungsweise, 1–14 2003.
- Harkin, D. J./O'Connor, C. M. C./Birch, M. R./Poulos, C. J. (2020). Perspectives of Australian family carers of people with dementia on the 'cottage' model of respite: Compared to traditional models of residential respite provided in aged care facilities. Health Soc Care Community 28 (3), 850–861. <https://doi.org/10.1111/hsc.12916>.
- Heinrich, Steffen (2019). Demenzspezifisches Mobilitätsprogramm. DESKK-Abschlussbericht.
- Hetzel, C./Baumann, R./Diekmann, J./Froböse, I. (2018). Beschreibung eines mehrdimensionalen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 80 (S 02), 51-56. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112814>.
- Hetzel, C./Schreiner, S./Michel, W./Schaller, J./Froböse, I. (2021). Konzept eines einwöchigen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige gemeinsam mit ihrer pflegebedürftigen Person – „Pflegetandem“. Prävention und Gesundheitsförderung 16 (3), 234–241. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00821-w>.
- Heusinger, Josefine/Bartkowski, Julia/Stellmacher, Thorsten (2018). Entlastung und Stärkung für Pflegebedürftige und Pflegende - Reisen im Tandem. Berlin.
- Kaluza, Gert (2015). Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen. 6. Aufl. Berlin/Heidelberg, Springer.
- Kutzner, Janina/Räker, Miriam (2021). Stand und Perspektive der Kurzzeitpflege. In: Klaus Jacobs/Adelheid Kuhlmeier/Stefan Greß et al. (Hg.). Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg, Springer Berlin Heidelberg, 131–144.
- Landesbetrieb IT.NRW (2022). NRW: 86,0 Prozent der Pflegebedürftigen wurden 2021 zu Hause versorgt. Online verfügbar unter <https://www.it.nrw/nrw-860-prozent-der-pflegebeduerftigen-wurden-2021-zu-hause-versorgt-18466> (abgerufen am 03.05.2023).
- Landesbetrieb IT.NRW (2020). NRW: Zahl der Pflegebedürftigen stieg in zwei Jahren um 25,5 Prozent. Online verfügbar unter: <https://www.it.nrw/nrw-zahl-der-pflegebeduerftigen-stieg-zwei-jahren-um-255-prozent-101693> (abgerufen am 13.10.2021).
- Lebeda, Dorothee/Sander, Brunhild/Schieron, Martin (2018). Handbuch. Geltende Konzepte im Programm Familiäre Pflege.

- Lüdecke, Daniel/Mnich, Eva/Kofahl, Christopher (2012). The impact of sociodemographic factors on the utilisation of support services for family caregivers of elderly dependents \_ results from the German sample of the EUROFAMCARE study. *GMS Psycho-Social-Medicine* 9.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2019a). Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. 2. <https://doi.org/10.1007/s00092-017-1380-2>.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2019b). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Dortmund.
- Moholt, J. M./Friborg, O./Blix, B. H./Henriksen, N. (2020). Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: A survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia (London)* 19 (5), 1712–1731. <https://doi.org/10.1177/1471301218804981>.
- Moon, H./Adams, K. B. (2013). The effectiveness of dyadic interventions for people with dementia and their caregivers. *Dementia (London)* 12 (6), 821–839. <https://doi.org/10.1177/1471301212447026>.
- Newkirk, L. A., Dao, V. L., Jordan, J. T., Alving, L. I., Davies, H. D., Hewett, L., Beaudreau, S. A., Schneider, L. D., Gould, C. E., Chick, C. F., Hirst, R. B., Schüssler-Fiorenza Rose, S. M., Anker, L. A., Tinklenberg, J. R. & O'Hara, R. (2020). Factors Associated with Supportive Care Service Use Among California Alzheimer's Disease Patients and Their Caregivers. *Journal of Alzheimer's Disease* 73(1), 77–86. DOI:10.3233/JAD-190438.
- Norton, M. C., Piercy, K. W., Rabins, P. V., Green, R. C., Breitner, J. C. S., Østbye, T., Tschanz, J. T. (2009). Caregiver–recipient closeness and symptom progression in Alzheimer disease. The Cache County Dementia Progression Study. *Journal of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 64B, 560–568.
- Olsson, A.G., Markhede, I., Strang, S., & Persson, L.I. (2010). Well-being in patients with amyotrophic lateral sclerosis and their next of kin over time. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121, 244–250.
- Orellana, K., Manthorpe, J. & Tinker, A. (2018). Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing & Society* 40(1), 73–104. DOI:10.1017/s0144686x18000843.
- Orellana, K., Manthorpe, J. & Tinker, A. (2020). Day centres for older people - attender characteristics, access routes and outcomes of regular attendance: findings of exploratory

- mixed methods case study research. *BMC geriatrics* 20(158), 1-18.  
DOI:10.1186/s12877-020-01529-4.
- O' Shea, E., Timmons, S. & Irving, K. (2020). The perspectives of people with dementia on day and respite services: a qualitative interview study. *Ageing & Society* 40(10), 2215–2237.  
DOI:10.1017/S0144686X1900062X.
- Perren, S., Schmid, R., Herrmann, S., & Wettstein, A. (2007). The impact of attachment on dementia-related problem behavior and spousal caregivers' well-being. *Attachment & Human Development*, 9, 163–178.
- Phillipson, L./Jones, S. C. (2012). Use of day centers for respite by help-seeking caregivers of individuals with dementia. *J Gerontol Nurs* 38 (4), 24-34; quiz 36-7.  
<https://doi.org/10.3928/00989134-20120307-05>.
- Rabkin, J.G., Wagner, G.J., & Del Bene, M. (2000). Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 62, 271–279.
- Rebbe-Meyer, Waltraud (2021). Erfolgreich und notwendig. *Altenheim* 60 (2), 16–20.
- Schiffczyk, Claudia/Romero, Barbara/Jonas, Christina/Lahmeyer, Constanze/Müller, Friedemann/Riepe, Matthias W. (2013). Efficacy of short-term inpatient rehabilitation for dementia patients and caregivers: prospective cohort study. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 35 (5-6), 300–312. <https://doi.org/10.1159/000348357>.
- Schroeter, Klaus R. (2006). *Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*. Juventa Verlag Weinheim.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2022). *Blickpunkt Arbeitsmarkt - Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Nürnberg.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2023). *Blickpunkt Arbeitsmarkt - Fachkräfteengpassanalyse 2022*. Nürnberg.
- Statistisches Bundesamt (Destatis), (2023a). *Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten*. Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023. Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23\\_124\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html) (abgerufen am 16.06.2023).
- Statistisches Bundesamt (Destatis), (2023b). *Statistik über stationäre Pflegeeinrichtungen*. Tabelle online generiert über <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (abgerufen am 20.06.2023).

Statistisches Bundesamt (Destatis), (2022). Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2021. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laenderpflegebeduerftige-5224002219005.html> (abgerufen am 14.06.2023).

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.html> (abgerufen am 14.06.2023).

Witting, Walther (2017). Kurzzeitwohnen. Konzeption, Zielgruppen, Qualität, 2017.

ZQP - Zentrum für Qualität in der Pflege (2015). Risikoprofile für Pflegebedarf. Kohortenstudie zu physischen und psychosozialen Risiko- und Ressourcenkonstellationen bei älteren Frauen und Männern 2015.

## **V. Anhang**

**Anhang 1: Gesprächsleitfaden Abstimmungsgespräche**

**Anhang 2: Weiterführende Informationen zu den teilnehmenden Einrichtungen**

**Anhang 3: Bericht aus Lehre und Forschung. Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer\*innen-orientierter Versorgungskonzepte**

**Anhang 4: Dr. Dr. Thomas Ruppel & Julia Fahrinsland  
Gutachten Sozialrechtliche Begleitung**

# **Anhang 1:**

## **Gesprächsleitfaden**

### **Abstimmungsgespräche**

## Gesprächsleitfaden Abstimmungsgespräche

### Checkliste für mitzubringende Unterlagen

- Assessment-Unterlagen / Diagnostik, Ziele, psychosoziales Aufnahmegespräch (Klinik) bzw. Stammbblatt (Pflegeeinrichtung)
- Therapieplanung (Klinik) bzw. Pflege- und Betreuungsplanung (Pflegeeinrichtung)
- Entwurf für mögliche Tandem-Maßnahmen
- Weitere Unterlagen: \_\_\_\_\_

### Gesprächsleitfaden

#### Teilnehmende

Einrichtung, Name, Funktion: \_\_\_\_\_

Einrichtung, Name, Funktion: \_\_\_\_\_

<b>Name Patient*in</b> (pflegender Angehöriger)	
<b>Name Patient*in</b> (pflegebedürftige Person)	
<b>1. Abstimmungsgespräch (Beginn)</b>	
Datum / Anzahl Tage nach Aufnahme	
Therapieziele pflegender Angehöriger	<i>gemäß Assessment der Klinik</i>
Pflegefachliche Ziele Pflegebedürftige Person	<i>gemäß NBI der Pflegeeinrichtung</i>
Ziele Tandem	<i>Wird gemeinsam im Rahmen des Abstimmungsgesprächs erörtert (bei mehreren Zielen Priorisierung vornehmen)</i>

<b>Definition der Maßnahmen und Abstimmung der Maßnahmenpläne</b>				
<b>Angebote</b> <i>Verhältnis von Nähe und Distanz für das Tandem abwägen</i>	<b>Betrifft</b>	<b>Zeitpunkt</b>	<b>Ort</b>	<b>Verantw. Einrichtung</b>
<b>Information, Beratung, Anleitung und Schulung</b> <i>Stärkung der instrumentellen Kompetenz: fachliche und soziale Kompetenzen zur Anforderungsbewältigung entwickeln</i>				
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
<b>Deutung, Klärung und Bewältigung</b> <i>Stärkung der mentalen Kompetenz: selbstkritische Auseinandersetzung und Veränderung eigener stressfördernder Einstellungen und gedanklicher Muster</i>				
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
<b>Entspannung und Stärkung</b> <i>Stärkung der regenerativen Kompetenz: Anspannungen lösen und die Widerstandskraft stärken</i>				
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
<b>Rekreation</b> <i>Anregungen für gemeinsame „Qualitätszeit“, Motivation zur gesell. Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit</i>				
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			
	<input type="checkbox"/> pflA			
	<input type="checkbox"/> pflB			
	<input type="checkbox"/> gemeinsam			

Dauer des ersten Abstimmungsgesprächs: \_\_\_\_\_ Minuten

<b>2. Abstimmungsgespräch (Halbzeit)</b>	
Datum / Anzahl Tage nach Aufnahme	<i>Empfehlung: 7. bis 10. Tag (nach dem Zwischengespräch mit Patient*in)</i>
Ergebnisse Zwischengespräch pflegender Angehöriger	
Ergebnisse Zwischengespräch pflegebedürftige Person	
Wurden alle geplanten Maßnahmen realisiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein, weil
Folgerungen für die weitere Maßnahmenplanung	
Anpassung des Maßnahmenplans	<input type="radio"/> keine Anpassung erforderlich <input type="radio"/> folgende Anpassung der Angebote erforderlich:

Dauer des zweiten Abstimmungsgesprächs: \_\_\_\_\_ Minuten

<b>3. Abstimmungsgespräch (Abschluss)</b>	
Datum / Anzahl Tage nach Aufnahme	<i>Empfehlung: 17. bis 19. Tag (vor Abschlussgespräch mit Patient*in)</i>
Wurden alle geplanten Maßnahmen realisiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein, weil
Sind die Ziele für das Tandem realisiert worden?	<i>Bewertung der Ziele aus 1. Abstimmungsgespräch</i>
Empfehlungen: Maßnahmen zur Nachsorge	
Pflegender Angehöriger	
Pflegebedürftige Person	
Tandem	

Dauer des dritten Abstimmungsgesprächs: \_\_\_\_\_ Minuten

## Anhang 2:

# Weiterführende Informationen zu den teilnehmenden Einrichtungen

Seniorenzentrum St. Laurentius (Löhne)		In Kooperation mit	Berolina Klinik (Löhne)	
Begleitangebote für Pflegebedürftige über eingestreute Kurzzeitpflege-Plätze			stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige DRV § 15 SGB VI	
Versorgungsvertrag § 72 SGB XI		Versorgungsvertrag § 111 SGB V		
Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 154 Plätze</li> <li>• 25 KZP-Plätze</li> </ul>	Gesamtbetten/Plätze oder Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 281 Betten</li> <li>• (181 Psychosomatik, 100 VOR)</li> </ul>	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre Pflege</li> <li>• KZP</li> <li>• Verhinderungspflege</li> </ul>	Behandlungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychosomatik</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Verhaltensmedizinische orthopädische Reha (VOR)</li> </ul>	
Begleitangebot für Pflegebedürftige während der Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 eingestreute KZP-Plätze</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige § 15 SGB VI</li> <li>• stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige § 40 SGB V (bei Vorliegen einer Kostenzusage)</li> </ul>	
		Begleitangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit einer Pflegeeinrichtung der Caritas Altenhilfe im Erzbistum Paderborn gGmbH Paderborn</li> <li>• Seniorenzentrum St. Laurentius</li> <li>• 25 eingestreute KZP-Plätze</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	

<b>Landhaus Fernblick (Winterberg)</b>	
<b>Tagestrukturierendes (Begleit-)Angebot für Pflegebedürftige und Stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige GKV § 23 SGB V</b>	
<i>Versorgungsvertrag § 111 SGB V</i>	
Gesamtbetten/Plätze oder Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 50 Plätze</li> <li>• 25 Plätze für pflegende Angehörige</li> <li>• 25 Plätze für pflegebedürftige Begleitpersonen</li> </ul>
Behandlungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychosomatisch/psychovegetative Erkrankungen</li> <li>• Erkrankungen des Muskel- u. Skelettsystems</li> <li>• Diabetes Mellitus Typ II</li> </ul>
Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre Vorsorgemaßnahmen für pflegende Angehörige gem. § 23 SGB V und § 40 SGB V bei Vorliegen einer Einzelkostenzusage</li> </ul>
Begleitangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25 Plätze in einem tagestrukturierenden Angebot für pflegebedürftige Begleitperson (MmD) gem. §42, Abs. 4, SGB XI</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>

Haus St. Veronika (Paderborn)		In Kooperation mit	Teutoburger-Wald-Klinik (Bad Lippspringe)	
Begleitangebote für Pflegebedürftige über solitäre Kurzzeitpflege-Plätze			stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige DRV § 15 SGB VI /GKV § 40 Abs. 2 SGB V	
Versorgungsvertrag § 72 SGB XI		Versorgungsvertrag § 111 SGB V		
Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 75 Plätze</li> <li>• 63 vollstationäre Plätze</li> <li>• 12 solitäre und Fix-Flex KZP-Plätze</li> </ul>	Gesamtbetten/Plätze oder Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 140 Zimmer</li> </ul>	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre Pflege</li> <li>• KZP</li> <li>• Verhinderungspflege</li> </ul>	Behandlungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orthopädie</li> <li>• Verhaltensmedizinische Orthopädie</li> <li>• Traumatologie</li> </ul>	
Begleitangebot für Pflegebedürftige während der Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 solitäre und Fix-Flex KZP-Plätze</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Rehabilitation für <ul style="list-style-type: none"> <li>- alleinreisende pflegende Angehörige</li> <li>- pflegende Angehörige mit pflegebedürftiger Begleitperson</li> </ul> </li> </ul>	
		Begleitangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgung der Pflegebedürftigen in der Klinik über Kurzzeit- und Verhinderungspflege bis maximal Pflegegrad 3, gem. § 42 Abs. 4, SGB XI</li> <li>• Kooperation mit Pflegeeinrichtungen des OCV Paderborn:</li> <li>• Haus St. Veronika (Paderborn) KZP</li> <li>• Haus St. Antonius (Paderborn) KZP</li> <li>• Tagespflegehaus St. Barbara (Bad Lippspringe)</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	

Haus St. Antonius (Paderborn)		In Kooperation mit	Teutoburger-Wald-Klinik (Bad Lippspringe)	
Begleitangebote für Pflegebedürftige über solitäre Kurzzeitpflege-Plätze			stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige DRV § 15 SGB VI /GKV § 40 Abs. 2 SGB V	
Versorgungsvertrag § 72 SGB XI		Versorgungsvertrag § 111 SGB V		
Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 42 Plätze</li> <li>• 32 stationäre Plätze</li> <li>• 10 solitäre KZP-Plätze</li> </ul>	Gesamtbetten/Plätze oder Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 140 Zimmer</li> </ul>	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Pflege</li> <li>• KZP</li> <li>• Verhinderungspflege</li> <li>• Spezialisierung auf MmD in allen Bereichen</li> </ul>	Behandlungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orthopädie</li> <li>• Verhaltensmedizinische Orthopädie</li> <li>• Traumatologie</li> </ul>	
Begleitangebot für Pflegebedürftige während der Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 solitäre KZP-Plätze</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Rehabilitation für <ul style="list-style-type: none"> <li>- alleinreisende pflegende Angehörige</li> <li>- pflegende Angehörige mit pflegebedürftiger Begleitperson</li> </ul> </li> </ul>	
		Begleitangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgung der Pflegebedürftigen in der Klinik über Kurzzeit- und Verhinderungspflege bis maximal Pflegegrad 3, gem. § 42 Abs. 4, SGB XI</li> <li>• Kooperation mit Pflegeeinrichtungen des OCV Paderborn:</li> <li>• Haus St. Veronika (Paderborn) KZP</li> <li>• Haus St. Antonius (Paderborn) KZP</li> <li>• Tagespflegehaus St. Barbara (Bad Lippspringe)</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	

St. Barbara (Bad Lippspringe)		In Kooperation mit	Teutoburger-Wald-Klinik (Bad Lippspringe)	
Begleitangebote für Pflegebedürftige über Tagespflegeplätze			stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige DRV § 15 SGB VI /GKV § 40 Abs. 2 SGB V	
Versorgungsvertrag § 72 SGB XI		Versorgungsvertrag § 111 SGB V		
Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 Plätze</li> </ul>	Gesamtbetten/Plätze oder Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 140 Zimmer</li> </ul>	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tagespflege</li> </ul>	Behandlungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orthopädie</li> <li>• Verhaltensmedizinische Orthopädie Traumatologie</li> </ul>	
Begleitangebot für Pflegebedürftige während der Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tagespflege</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Rehabilitation für <ul style="list-style-type: none"> <li>- alleinreisende pflegende Angehörige</li> <li>- pflegende Angehörige mit pflegebedürftiger Begleitperson</li> </ul> </li> </ul>	
		Begleitangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgung der Pflegebedürftigen in der Klinik über Kurzzeit- und Verhinderungspflege bis maximal Pflegegrad 3, gem. § 42 Abs. 4, SGB XI</li> <li>• Kooperation mit Pflegeeinrichtungen des OCV Paderborn:</li> <li>• Haus St. Veronika (Paderborn) KZP</li> <li>• Haus St. Antonius (Paderborn) KZP</li> <li>• Tagespflegehaus St. Barbara (Bad Lippspringe)</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	

**Stationäre Pflegeeinrichtung (Bad Lippspringe)**

*in Planung*

*Versorgungsvertrag  
§ 72 SGB XI angestrebt*

Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"><li>• rund 40 Plätze angestrebt</li></ul>
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"><li>• stationäre, solitäre Kurzzeitpflege angestrebt</li></ul>
Begleitangebot für Pflegebedürftige während der Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"><li>• rund 40 solitäre KZP-Plätze angestrebt</li></ul>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Träger stellte die Planungen im Projektverlauf ein und stellte die bereits vorhandenen Angebote (siehe oben) zur Verfügung.</li></ul>

Seniorenzentrum St. Josef (Hallenberg)		In Kooperation mit	Klinik St. Ursula (Winterberg)	
Begleitangebote für Pflegebedürftige über Kurzzeit-/Verhinderungspflege			stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige im Aufbau <sup>1</sup> GKV §§ 23 und 24 SGB V	
Versorgungsvertrag § 72 SGB XI		Versorgungsvertrag § 111 a SGB V		
Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 44 Plätze</li> <li>• 5 eingestreute KZP/VP-Plätze</li> </ul>	Gesamtbetten/Plätze oder Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 119 Plätze (44 Mütter, 75 Kinder)</li> <li>• 15 Plätze für pflegende Angehörige und Frauen</li> </ul>	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Pflege</li> <li>• KZP</li> <li>• Verhinderungspflege</li> </ul>	Behandlungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychosomatische Erkrankungen</li> <li>• psychovegetative Erkrankungen</li> <li>• Erkrankungen der Atmungsorgane</li> <li>• Hauterkrankungen</li> <li>• Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>• Erkrankungen des Stoffwechsels</li> <li>• Erkrankungen des Skelettsystems</li> </ul>	
Begleitangebot für Pflegebedürftige während der Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 eingestreute KZP/VP-Plätze</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationäre Vorsorge gem. §§ 23, 24 SGB V</li> </ul> Für die Zielgruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutter-Kind</li> <li>• Frauen</li> <li>• Pflegende Angehörige</li> </ul>	
		Begleitangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit 2 Pflegeeinrichtungen des CV Brilon:</li> <li>• Seniorenzentrum St. Josef (Hallenberg)</li> <li>• Seniorenzentrum St. Engelbert (Brilon)</li> </ul>	
		Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzeptionelle Ergänzung für pflegende Angehörige beantragt, Prüfung durch den MD laufend</li> </ul>	

<sup>1</sup> Konzeptionelle Ergänzung für pflegende Angehörige beantragt, Prüfung durch den MD laufend.

Seniorenzentrum St. Engelbert (Brilon)		In Kooperation mit	Klinik St. Ursula (Winterberg)	
Begleitangebote für Pflegebedürftige über Kurzeit-/Verhinderungspflege			stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige im Aufbau <sup>2</sup> GKV §§ 23 und 24 SGB V	
Versorgungsvertrag § 72 SGB XI		Versorgungsvertrag § 111 SGB V		
Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 63 Plätze</li> <li>• 8 eingestreute KZP/VP-Plätze</li> </ul>	Gesamtbetten/Plätze oder Zimmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 44 Mütter, 75 Kinder</li> <li>• 15 Plätze für pflegende Angehörige und Frauen</li> </ul>	
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Pflege</li> <li>• KZP</li> <li>• Verhinderungspflege</li> </ul>	Behandlungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychosomatische Erkrankungen</li> <li>• psychovegetative Erkrankungen</li> <li>• Erkrankungen der Atmungsorgane</li> <li>• Hauterkrankungen</li> <li>• Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>• Erkrankungen des Stoffwechsels</li> <li>• Erkrankungen des Skelettsystems</li> </ul>	
Begleitangebot für Pflegebedürftige während der Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 eingestreute KZP/VP-Plätze</li> <li>• Umsetzung des Begleitangebotes auf Basis des Rahmenkonzeptes PuRpA 3</li> </ul>	Leistungen für pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationäre Vorsorge gem. §§ 23, 24 SGB V</li> <li>Für die Zielgruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutter-Kind</li> <li>• Frauen</li> <li>• Pflegende Angehörige</li> </ul> </li> </ul>	
		Begleitangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit 2 Pflegeeinrichtungen des CV Brilon: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seniorenzentrum St. Josef (Haltenberg)</li> <li>• Seniorenzentrum St. Engelbert (Brilon)</li> </ul> </li> </ul>	
		Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzeptionelle Ergänzung für pflegende Angehörige beantragt, Prüfung durch den MD laufend</li> </ul>	

<sup>2</sup> Konzeptionelle Ergänzung für pflegende Angehörige beantragt, Prüfung durch den MD laufend.

<b>Haus St. Elisabeth am Kurpark</b>	
<b>Erholung für Senior*innen</b>	
<i>Versorgungsvertrag Erweiterung für pflegende Angehörige in Planung, § 111a SGB V angestrebt</i>	
Platzzahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt 68 Zimmer</li> </ul>
Leistungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bislang Erholung für Senior*innen;</li> <li>• Vorsorge- und Reha für pflegende Angehörige nach § 23 und § 40 SGB V für rund 30 pflegende Angehörige angestrebt</li> </ul>
Begleitangebot für Pflegebedürftige während Vorsorge/Reha pflegender Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit Pflegeeinrichtung angestrebt für Tages- und oder Kurzzeitpflegeplätze</li> </ul>
Bemerkungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Träger gab die Planungen im Projektverlauf auf.</li> </ul>

**Anhang 4:**

**Dr. Dr. Thomas Ruppel  
& Julia Fahrinsland**

**Gutachten**

**Sozialrechtliche Begleitung**

„Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“  
(Purpa 3)

## **Sozialrechtliche Begleitung**

**Dr. Dr. Thomas Ruppel & Julia Fahrinsland**



Rechtsanwälte - Fachanwälte  
Dr. jur. Dr. rer. med. Ruppel  
**KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT  
& GESUNDHEITSRECHT**

# Inhaltsverzeichnis

I. Aufgabenstellung.....	2
II. Arbeitspaket 1.....	3
1. Begriffsbestimmung.....	3
2. § 42a SGB XI n.F.....	3
a) Doppelte Vergabe des § 42a SGB XI n.F.....	3
b) Anspruchsberechtigte.....	4
c) Anspruchsumfang.....	4
d) Anspruchsinhalt.....	5
e) Anspruchsgegner.....	7
f) Verfahrensrechtliche Regelungen und zivilrechtliche Auswirkungen.....	7
g) Koordinationsauftrag.....	8
h) Ausschluss des Anspruches.....	8
i) Ruhen anderer Leistungen.....	8
j) Zusammenfassung.....	8
3. § 25 SGB IX und § 42 SGB IX.....	9
4. Ansprüche aus §§ 44, 45 SGB XI.....	10
5. Anspruch aus § 40 Abs. 3a SGB V n.F.....	10
6. SGB VI.....	12
III. Arbeitspaket 2.....	13
1. Intervention zu Gunsten der pflegebedürftigen Person.....	13
2. Intervention zu Gunsten des Pflegeandems.....	14
IV. Arbeitspaket 3.....	16
1. Zuordnung der Interventionen nach Kostenverantwortlichkeit und Bestimmung des zuständigen Trägers.....	16
2. Annexanspruch oder Zuständigkeit nach Nutzen.....	17
3. Grenzbereiche: Nicht gesetzlich versicherte Personen und Lösung über Annexanspruch.....	18
V. Arbeitspaket 4.....	20
1. Gesamtzuständigkeit oder Einzelzuständigkeiten.....	20
2. Notwendigkeit eines subjektiv-öffentlichen Rechts und Umsetzungsmöglichkeiten.....	20
3. Anwendung auf Koordinationsleistungen Purpa-3.....	21
a) Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen.....	22
b) Koordinationsleistungen zu Gunsten der Pflegeperson.....	23
aa) Ergänzung des § 40 Abs. 3a SGB V.....	23
bb) Ergänzung von § 23 SGB V um einen Abs. 8.....	24
cc) Ergänzung im Rentenversicherungsrecht/ Rehabilitations- und Teilhaberecht.....	24
VI. Zusammenfassung.....	26
1. Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegeandems de lege lata.....	26
2. Bisherige Kostenverantwortlichkeiten und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten.....	27
3. Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen und Anwendung.....	29
VII. Literaturverzeichnis.....	30

## I. Aufgabenstellung

Für die sozialrechtliche Begleitung im Teilprojekt PuRpA-3 „Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“ wurden folgende Fragestellungen definiert:

- Bewertung der im Rahmenkonzept dargestellten Leistungen und Anforderungen für die sektorenübergreifenden Angebote für das Pflege-Tandem während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitation des pflegenden Angehörigen und die Begleitangebote in der Kurzzeit- und Tagespflege für den Pflegebedürftigen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitation des pflegenden Angehörigen
- Abgrenzung der Kosten- und Leistungen der Pflegeeinrichtungen und der Kliniken (SGB V und SGB XI) in Bezug auf die sektorenübergreifenden Angebote für das Pflege-Tandem und die Begleitangebote in der Kurzzeit- und Tagespflege für den Pflegebedürftigen
- Analyse der Ist-Situation der aktuellen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen auf die Möglichkeiten und ggf. Hemmnisse für eine nutzer\*innenorientierte Konzeptentwicklung
- Weiterentwicklung der Angebote für das Pflege-Tandem und der Begleitangebote für den Pflegebedürftigen
- Unterstützung bei der Finalisierung der Rahmenkonzeption in Bezug auf die sozialrechtlichen Bestandteile
- Möglichkeiten für eine dauerhafte Finanzierung durch Kostenträger/ Empfehlungen für die Refinanzierung und Anschlussfähigkeit
- Hinweise für die Implementierung in die Regelversorgung

Diese wurden für das schriftliche Gutachten in vier folgenden Arbeitspakete untersucht.

## **II. Arbeitspaket 1**

Darstellung der Rechtslage de lege lata für die Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems in den SGB V, VI, XI, jeweils in den im Konzept genannten Leistungsformen, deren Ein- und Ausschlusskriterien, erkannte Vor- und Nachteile und Defizite.

Zentralnorm zur Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pflegetandems ist § 42a SGB XI n.F., aber auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. deutet entsprechende Leistungen an. Auf formell-gesetzlicher Ebene finden sich abseits dessen nur äußerst rudimentäre Regelungen.

### **1. Begriffsbestimmung**

Sowohl das SGB V als auch das SGB XI rekurren für die zweite Person des Pflegetandems auf den Begriff der „Pflegeperson“ im Sinne von § 19 Satz 1 SGB XI. Dies ist jede Person, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne von § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegt. Auf Verwandtschaftsverhältnisse etc. kommt es dabei nicht an, weshalb der Begriff des „pflegenden Angehörigen“ zwar versorgungswissenschaftlich synonym verwendet werden könnte, was rechtswissenschaftlich aber wegen der abweichenden Bestimmung in § 16 Abs. 5 SGB X fehlerhaft wäre, obgleich der Begriff teils auch vom Gesetzgeber selbst verwendet wird, etwa in § 40 Abs. 2 Satz 1, 2 SGB V. Der Gesetzgeber meint hier den gleichen Personenkreis mit verschiedenen Terminologien (Welti, in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, § 40 SGB V, Rn. 16a; BT-Drs. 19/4453, 71). Dabei ist indes zu beachten, dass der Gesetzgeber nach in der juristischen Fachliteratur umstrittener Ansicht den Begriff der Pflegeperson selbst in § 19 SGB XI inhaltlich anders verwendet als in § 45 oder § 90 Abs. 2 SGB XI (Baumeister, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, § 19 SGB XI, Rn. 35 f.). Hier ist stets die Bedeutung aus § 19 SGB XI gemeint. Das Pflegetandem wird vom Gesetzgeber nicht ausdrücklich begrifflich definiert oder adressiert.

### **2. § 42a SGB XI n.F.**

#### **a) Doppelte Vergabe des § 42a SGB XI n.F.**

Durch Art. 2 und 2a PUEG werden jeweils ein § 42a SGB XI eingeführt. Einer von beiden wird im Laufe der nächsten Zeit zum 42b SGB XI n.F. Der durch Art. 2a PUEG eingeführte § 42a SGB XI n.F. regelt den gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Demnach wird ein gemeinsamer Jahresbetrag von 3.539,- € (§ 42a Abs. 1 SGB XI in der Fassung von Art. 2a Nr. 12 PUEG) eingeführt. Für das Pflegetandem oder die Versorgungsinhalte für die beteiligten Personen des Pflegetandems ergeben sich hieraus aber weder neue Ansprüche noch andere Änderungen. Indes hat der Gesetzgeber mit Art. 2 PUEG zudem einen (weiteren) neuen § 42a SGB X n.F. geschaffen. Der § 42a SGB X in der Fassung von Art. 2 PUEG enthält dabei Regelungen zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson.

Dieser wird im Folgenden untersucht und durchgängig als § 42a SGB XI n.F. bezeichnet.

## **b) Anspruchsberechtigte**

Gemäß § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. haben Pflegebedürftige ab dem 1. Juli 2024 einen Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 oder § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden.

Der Anspruch des Pflegebedürftigen ist damit akzessorisch zu dem der Pflegeperson. Allerdings erhält der Pflegebedürftige die in § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. genannten Leistungen nicht automatisch nach Anspruchsgewährung zu Gunsten seiner Pflegeperson, sondern er muss auch leistungsberechtigt sein. Dies ist er nur – aber auch bereits – dann, wenn er pflegeversichert und pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist.

## **c) Anspruchsumfang**

Gemäß § 42a Abs. 2 Satz 1 SGB XI n.F. setzt der Anspruch nach Abs. 1 voraus, dass die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistung sichergestellt ist. Während sich dieser Abs. 2 Satz 1 zunächst als nachvollziehbares Qualitätssicherungskriterium liest, ist er in Wahrheit eine deutliche Einschränkung des Leistungsanspruchs des Pflegebedürftigen. Denn der Pflegebedürftige hat nur Anspruch im Rahmen der gerade bestehenden Kapazitäten. Dies entspricht rechtlich dann einem Kapazitätsausschöpfungsgebot, wie es etwa bei der Vergabe von Studienplätzen oder dem Zugang zu anderen öffentlichen Einrichtungen wie etwa Freibädern bekannt ist. Jedoch besteht nach der geschaffenen gesetzlichen Konzeption gerade kein Anspruch des Pflegebedürftigen gegen seine Pflegekasse auf Zurverfügungstellung ausreichender Kapazitäten durch Abschluss entsprechender Versorgungsverträge mit den Einrichtungen.

Systematisch verunglückt ist § 42a Abs. 2 Satz 2 SGB XI n.F. Hier wird ein Wechsel vom Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen hin zu leistungserbringungsrechtlichen Regelungen vorgenommen, wonach zur Erfüllung des Anspruchs die Anspruchsverpflichteten auch zugelassene ambulante Pflegedienste einsetzen dürfen. Der Satz 3 des Absatzes 2 der Vorschrift, wonach der Anspruch auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI wahrgenommen werden kann, wenn die Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden kann, ist wiederum eine leistungsrechtliche Ergänzung zu seinem Satz 1 und mildert die dort geregelten Kapazitätsbeschränkungen, wie eingangs genannt, etwas ab. Inhaltlich bringt sie Pflegebedürftigen und Pfl egetandem aber kaum weiter, denn mit der Unterbringung des Pflegebedürftigen in einer vollstationären Einrichtung nach § 72 SGB XI bei gleichzeitiger Wahrnehmung einer Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme durch die Pflegeperson wird eine getrennte Unterbringung unausweichlich und es besteht die Gefahr, dass das in Purpa-3 gerade fokussierte Pfl egetandem aus dem Blick gerät.

#### **d) Anspruchsinhalt**

Im Sinne einer möglichst großen Effektivität sozialer Rechte und deren Durchsetzung ist es zunächst begrüßenswert, dass der Gesetzeswortlaut hier ausdrücklich von einem „Anspruch“ spricht. Mithin hat der Gesetzgeber zumindest geplant, ein subjektiv-öffentliches Recht einzuführen, welches im Zweifelsfall auch vor den Sozialgerichten durchsetzbar wäre. Letztlich läuft dieser – vermeintliche – Anspruch jedoch teilweise ins Leere.

Denn der Gesetzgeber hat über das „Ob“ der Leistungsgewährung hinaus keinerlei inhaltliche Vorgaben gemacht, „Wie“ der Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszugestalten ist. Etwas pointiert ausgedrückt, könnte auch „satt, sauber, trocken“ ausreichend sein, um die mit der Neuregelung geschaffenen Ansprüche zu erfüllen. Mögliche Inhalte der Versorgung des Pflegebedürftigen, und damit auch mögliche Projektinhalte von Purpa-3, werden an keiner Stelle des neuen § 42a SGB XI n.F. auch nur erwähnt, geschweige denn eine gerichtliche Durchsetzbarkeit ermöglichend konkret geregelt.

In Abs. 3 Satz 1 des § 42a SGB XI n.F. wird geregelt, dass der Anspruch des Pflegebedürftigen nach Abs. 1 die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung, die Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen beinhaltet. Dieser als „Anspruch“ betitelte Satz meint letztlich nicht den Anspruch des Pflegebedürftigen, sondern den Anspruch des Leistungserbringers gegen die Kostenträger. Auch hier wird wieder deutlich, dass das Pfl egetandem als solches gar nicht in den Blick genommen und auch keine weiteren Leistungen für den Pflegebedürftigen, die über die normale Pflege hinausgehen, bedacht wurden.

Unabhängig davon, in wessen Trägerschaft die Einrichtung ist, in der der Pflegebedürftige versorgt wird, ist stets die Pflegeversicherung zur Erstattung der anfallenden Kosten verpflichtet (Abs. 5 S. 1.)

In Abs. 5 des § 42a SGB XI n.F. ist weiterhin geregelt, dass die Vergütung nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87 Abs. 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Bundesland zu bemessen ist. Damit wird die systematische und inhaltliche Nähe des Anspruchs nach § 42a SGB XI n.F. zur Kurzzeitpflege deutlich, letztlich handelt es sich bei dem Anspruch nur um eine weitere Zugangsvoraussetzung zur Kurzzeitpflege.

Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen hingegen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten (Abs. 5 Satz 5).

Deutlich wird damit zunächst, dass zusätzliche Leistungen zur spezifischen Unterstützung des Pfl egetandems, wie sie in Purpa-3 vorgesehen sind, vom Gesetzgeber gerade nicht geschaffen wurden. Vor allem aber werden die Finanzierung und die Inhalte der Versorgung letztlich davon

abhängen, ob der Pflegebedürftige in einer Klinik der Rentenversicherung oder GKV oder einer stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen wird.

Letztlich hat der Gesetzgeber über die reine Unterbringung und Versorgung des Pflegebedürftigen hinaus weder diesen noch das Pflegegeld in den Fokus genommen. Die Neueinführung von § 42a SGB XI n.F. bringt eine rein formelle Ausweitung der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegebedürftige mit sich, jedoch keine inhaltliche Weiterentwicklung. Es sind keinerlei Innovationen über die bisherigen Rehabilitations- oder Pflegeleistungen hinaus vorgesehen.

Vielmehr hat sich der Gesetzgeber in § 42a Abs. 7 SGB XI n.F. dafür entschieden, die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruches aus § 42a SGB XI n.F. gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen zu überlassen. Diese gemeinsamen Empfehlungen werden der inhaltlichen Kontrolle durch das Bundesministerium für Gesundheit unterliegen. Eine Beanstandung hinsichtlich der Inhalte möglicher Interventionen ist jedoch nicht zu erwarten, da der Gesetzgeber selbst – wie dargestellt – keinerlei inhaltliche Vorgaben zur Ausgestaltung der Unterstützung des Pflegegeldempfängers und der hinzukommenden Interventionen gemacht hat und die gemeinsame Empfehlung „insbesondere“ nur zum Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie zur Qualitätssicherung Vorgaben machen soll. Über die zu vereinbarenden Qualitätssicherungsvorgaben sind zwar Regeln zur Prozess- und Strukturqualität zu erwarten, nicht jedoch inhaltliche Ausgestaltungen im Sinne einer Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen oder des Pflegegeldempfängers.

Der Anspruchsinhalt kann aber auch so verstanden werden, dass nur der pflegende Angehörige/die Pflegeperson in einer stationären Einrichtung sein muss, der zu Pflegenden aber in ambulanten oder teilstationären Einrichtungen versorgt wird. Der Anspruch aus § 42a SGB XI n.F. wird nur ausgelöst, wenn der pflegende Angehörige selbst stationär versorgt wird. Dies ergibt sich einerseits unmittelbar aus Abs. 1, wonach die Leistungen zu Gunsten des pflegenden Angehörigen stationär erbracht werden müssen („vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung“) und auf die Verweisung auf die Zugangsregelungen außerhalb des Pflegeversicherungsrechts. So wird ausdrücklich etwa auf die Notwendigkeit einer – stationären – Rehabilitationsmaßnahme gem. § 40 Abs. 2 SGB V verwiesen, eine ambulante Maßnahme zu Gunsten des pflegenden Angehörigen gem. § 40 Abs. 1 SGB V würde nicht ausreichen.

Dies bedeutet aber nicht, dass der Pflegebedürftige zwingend stationär versorgt werden muss. In der Lebenswirklichkeit wäre eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder teilstationäre Aufnahme in eine Tagespflegeeinrichtung nach dem SGB XI für den Pflegebedürftigen dann ausreichend, wenn der Grund für die stationäre Notwendigkeit der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen nicht in einer ständig notwendigen Pflege des Pflegebedürftigen, sondern etwa in der Erkrankungs- und Belastungssituation liegt. Juristisch erscheint dies im § 42a SGB XI n.F. denkbar, denn sowohl Abs. 1 als auch Abs. 2 Satz 1 und 2 sind vom Wortlaut her offen für eine ambulante oder teilstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen. Auch Abs. 2 Satz 3 schränkt dies nicht ein, denn die Norm erweitert – bei Vorliegen einer entsprechenden Notwendigkeit – den Anspruch nur auf eine mögliche vollstationäre Altenpflegerische Versorgung, ohne damit ambulante oder teilstationäre Angebote auszuschließen. Letztlich spricht auch das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Gewährung ambulanter oder teilstationärer Maßnahmen, wenn diese ausreichend sind. Damit ist

aber noch keine Aussage dazu getroffen, ob die Inhalte der Purpa-3-Intervention erbracht und vergütet werden können.

### **e) Anspruchsgegner**

Der Pflegebedürftige hat nach der gesetzgeberischen Konzeption einen Anspruch gegen die Pflegekasse, in der er versichert ist, nicht gegen den Kostenträger, der die Leistungen zu Gunsten der Pflegeperson bezahlt.

### **f) Verfahrensrechtliche Regelungen und zivilrechtliche Auswirkungen**

Der Abs. 4 des § 42a SGB XI n.F. enthält allein verfahrensrechtliche Regelungen, keine inhaltlichen Ansprüche.

Sozialpolitisch begrüßenswert, aber wenig in die üblichen sozialrechtlichen Vorschriften eingebettet, ist die Regelung nach Abs. 4 Satz 4, wonach über den Antrag auf Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 „unverzüglich“ zu entscheiden ist. „Unverzüglich“ meint ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 Abs. 1 Satz 1 BGB) und wird in der Regel mit einer Entscheidung innerhalb weniger Tagen gleichgesetzt (statt aller Feuerborn, in: Heidel/Hüßtege/Mansel/Noack, BGB Allgemeiner Teil / EGBGB, 4. Auflage 2021, § 121 BGB, Rn. 11 mwN). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Regelung des § 88 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz erstaunlich, da die Untätigkeitsklage nach dem Gesetz erst nach Ablauf von sechs Monaten nach dem Antrag auf Vornahme des Verwaltungsaktes zulässig ist. D.h., auch wenn die Behörde nicht unverzüglich entscheidet, kann gegen die Untätigkeit erst nach sechs Monaten gerichtlich vorgegangen werden. Die Regelung ist damit ein zahnloser Tiger.

Nach Abs. 4 Satz 1 ist der Antrag der Pflegeperson auf Leistungen nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V oder auf Leistungen nach § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB VI oder § 15 Abs. 1 SGB VI dann, wenn die Pflegeperson die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung wünscht, zugleich ein Antrag des Pflegebedürftigen auf die Leistung in dem hier besprochenen § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI an die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Erst hier wird durch die verfahrensrechtliche Regelung klargestellt, dass die Leistungen des Pflegebedürftigen auch für solche Personen gelten, die in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind.

Im Sinne der möglichst einfachen Durchsetzung sozialer Rechte ist es begrüßenswert, dass der Antrag der Pflegeperson zugleich einen Antrag des Pflegebedürftigen darstellt und von den Kostenträgern entsprechend zu behandeln ist. Nicht geklärt ist, ob damit eine Art gesetzliche Vertretungsmacht oder spätere Prozessstandschaft zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson geregelt wurde. Die Pflegeperson mag in vielen Fällen eine rechtsgeschäftliche Vertretungsmacht (Vollmacht), wie etwa eine Vorsorgevollmacht, haben oder zum Betreuer bestellt worden sein. Dies muss jedoch nicht zwingend der Fall sein. Insoweit hat der Gesetzgeber hier nicht geklärt, ob damit auch im Verhältnis zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem ein entsprechendes Rechtsverhältnis gestaltet werden sollte. Juristisch lösbar ist dies über die allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen zum falsus procurator, d.h. zum Vertreter ohne Vertretungsmacht. Dieses kann immer dann die Rechtsfolgen gestalten, wenn die

Vertretungsmacht nach außen zwar gegeben ist, nach innen aber nicht ausgeübt werden darf. Zumindest theoretisch denkbar ist nämlich, dass der Pflegebedürftige selbst gar nicht entsprechend untergebracht werden wollte oder ein bestellter Betreuer, der nicht identisch mit der Pflegeperson ist, dem Antrag widerspricht.

### **g) Koordinationsauftrag**

Gesetzsystematisch verunglückt ist auch Abs. 4 letzter Satz, der die Regelung von § 40 Abs. 3a SGB V n.F. nachbildet. Demnach wird, wenn Pflegebedürftiger und Pflegeperson in verschiedenen Einrichtungen versorgt werden sollen, ein Koordinationsauftrag ausgelöst. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige in diese Koordination eingewilligt hat. Dies ist gesetzsystematisch einigermaßen erstaunlich, weil der Pflegebedürftige beim Antrag der Pflegeperson auf Versorgung in der gleichen Einrichtung nicht gefragt werden muss, während seine Zustimmung bei Versorgung in verschiedenen Einrichtungen notwendig sein soll.

### **h) Ausschluss des Anspruches**

Der § 42 Abs. 1 Satz 2 SGB XI n.F. schließt den Anspruch aus, wenn Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 3a Abs. 1 SGB V besteht. Der § 40 Abs. 3a SGB V ist der neue Standort des bisherigen § 40 Abs. 3 Satz 11ff. SGB V, der durch Art. 6 PUEG einen neuen Standort erhält. Eine inhaltliche Neuregelung ist damit zunächst nicht verbunden, der Gesetzgeber wollte ausweislich der Gesetzesbegründung nur die Arbeit mit dem reichlich verschachtelten § 40 Abs. 3 SGB V vereinfachen (BT-Drs. 20/6544, 93). Für Pflegebedürftige, deren pflegender Angehöriger „versehentlich“ diese krankensicherungsrechtlichen Leistungen in Anspruch nehmen muss, bleibt damit der Versorgungsanspruch auch weiterhin hinter den pflegeversicherungsrechtlichen Neuregelungen zurück, denn im Krankenversicherungsrecht bleibt es bei den Leistungen einer Kurzzeitpflege ohne rehabilitative Elemente und bei Verpflichtung der Zahlung einer Eigenbeteiligung. Diese Pflegebedürftigen können auch nicht von der nunmehr im Pflegeversicherungsrecht klargestellten Übernahme von Fahrt-, Unterkunft- und Verpflegung sowie ggf. Investitionskosten profitieren.

### **i) Ruhen anderer Leistungen**

Gemäß Abs. 6 des § 42a SGB XI n.F. sollen der Anspruch auf Leistungen häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes und der Anspruch auf anteiliges Pflegegeld ruhen, wenn die Pflegeperson sich in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige in einer Einrichtung versorgt bleibt. Diese Regelung ist nachvollziehbar, jedoch wird manches Pflgetandem, schon um die monatlichen Fixkosten zu begleichen, auf diese dann nicht gezahlten Beträge angewiesen sein.

### **j) Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der § 42a SGB XI n.F. zwar einen großen Fortschritt für das Pflgetandem darstellt, da eine Versorgung des Pflegebedürftigen dann, wenn die

Pflegeperson selbst stationär versorgt wird, nunmehr beansprucht werden kann. Indes besteht ein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nur im Rahmen der vorhandenen oder freiwillig geschaffenen Kapazitäten. Sowohl aus der Struktur der vorgesehenen Vergütung als auch aufgrund der dürftigen inhaltlichen Vorgaben sind indes keine Ansprüche auf eine besondere Versorgung im Sinne von Begleitangeboten zu Gunsten des Pflegebedürftigen oder des Pflegetandems im Sinne der Purpa-3-Intervention ableitbar. Die Verfahrensregelungen sind gut gemeint, aber rechtlich unausgegoren und können im Widerspruch zum Zivilrecht stehen.

### **3. § 25 SGB IX und § 42 SGB IX**

De lege lata enthalten weder § 25 noch § 42 SGB IX Ansprüche zur Unterstützung von Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen:

Der § 25 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit im Rahmen der durch Gesetze, Rechtsverordnungen oder allgemeine Verwaltungsvorschriften getroffenen Regelungen. Dazu sollen u.a. Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt (§ 25 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) und die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden (Nr. 1). Die Vorschrift ist indes nicht drittschützend, es geht erkennbar nicht um subjektiv-öffentliche Rechtspositionen des Einzelnen. Es ist schon nicht vorstellbar, wie ein Klageantrag basierend auf § 25 SGB IX lauten könnte und gegen wen dieser gerichtet sein sollte, noch weniger ist eine Vollstreckung eines auf dieser Vorschrift – hypothetisch – basierenden Urteils denkbar. Sowohl die Gesetzgebungsmaterialien (BR-Drs 49/01, Seite 300 f. zum damaligen § 12 SGB IX, der dem heutigen § 25 SGB IX entspricht) als auch die juristische Fachliteratur geben keine Anhaltspunkte auf eine drittschützende Wirkung und etwaige konkrete Leistungsinhalte (etwa Welti, in: Ruland/Becker/Axer, Sozialrechtshandbuch (SRH), 7. Auflage 2022, § 27, Rn. 38 ff.; Jousen, in: Dau/Düwell/Jousen/Luik, SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 6. Auflage 2022, § 25 SGB IX).

Gleiches gilt für § 42 SGB IX, der die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nennt. § 42 Abs. 2 und 3 beinhaltet einen nicht abschließenden Leistungskatalog (Kemper, in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 3. Auflage 2023, § 42 SGB IX, Rn. 3). Gemäß Abs. 3 Nr. 2 gibt es „Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“ oder „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen“, die inhaltlich durchaus zur Intervention von Purpa-3 passen würden. Die Norm könnte drittschützend sein, wobei der Gesetzgeber dies in BR-Drs 49/01, Seite 316 zum damaligen § 26 SGB IX nicht erwähnt. Sie beinhaltet indes kein konditionales „Wenn-Dann-Schema“; zumal die Anspruchsvoraussetzungen – die ja notwendig für einen Anspruch wären – dort gerade nicht geregelt sind (Kemper, in: Ehmann/Karmanski/Kuhn-Zuber, Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 3. Auflage 2023, § 42 SGB IX, Rn. 3). Obwohl das Leistungserbringungsrecht im Bereich des SGB IX nur eine dienende Funktion gegenüber dem Leistungsrecht hat (Schöppner, Die Notwendigkeit der Konkretisierung der Strukturverantwortung der Rehabilitation, 69) und damit dem Verhältnis von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht im SGB V vor dem Rechtskonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts entspricht, bleiben beide so vage, dass eine Konkretisierung zu einem Anspruch auf gesetzlicher Ebene nicht erfolgt.

Der Gesetzgeber hat mithin sowohl Koordinations- und Abgrenzungsprobleme als auch notwendige Leistungen erkannt und geregelt, die von ihm verwendete Regelungstechnik führt jedoch zu unscharfen Ergebnissen und mündet nicht in subjektiv öffentlich-rechtliche Rechtspositionen und bleibt damit versorgungsunwirksam auch hinsichtlich der Interventionen von Purpa 3.

#### **4. Ansprüche aus §§ 44, 45 SGB XI**

Keine Intervention im Sinne von Purpa-3 enthalten die §§ 44, 45 SGB XI.

Der § 44 SGB XI regelt im Pflegeversicherungsrecht umfangreich Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. So finden sich in Abs. 1 „die den Pflegepersonen zukommenden ‚Wohltaten‘: Nach Abs. 1 S. 1 entrichten die Pflegekassen bzw. die privaten Versicherungsunternehmen Beiträge zur Absicherung der Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung [...]. Zudem ist die Pflegeperson in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen [...]. Schließlich hat sie Anspruch auf berufliche Weiterbildung nach Maßgabe des SGB III, wenn sie nach Ausübung der Pflegetätigkeit wieder ins Erwerbsleben zurückkehren will, Abs. 1 S. 7.“ (Fischinger/Werthmüller, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, § 44 SGB XI, Rn. 2). Keine dieser „Wohltaten“ entspricht inhaltlich der in Purpa-3 vorgesehenen Intervention.

Gleiches gilt für § 45 SGB XI: Gemäß § 45 SGB XI haben die Pflegekassen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. Auf diese hat sowohl der pflegende Angehörige, als auch sonstige an der Pflege interessierte Personen einen Anspruch (vgl. Fischinger/Werthmüller, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht 2. Auflage 2018, § 45 SGB XI, Rn 3).

Die Pflegekurse werden inhaltlich durch Rahmenvereinbarungen ausgestaltet, § 45 Abs. 3 SGB XI. Inhaltlich unterscheiden sich diese Kurse noch erheblich von der Intervention aus Purpa-3, insbesondere ist die Vorschrift *de lege lata* auf die „eigenständige Durchführung der Pflege“ (vgl § 45 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) gerichtet und weniger auf das Pfl egetandem.

#### **5. Anspruch aus § 40 Abs. 3a SGB V n.F.**

Ansprüche zur Unterstützung pflegender Angehöriger, des Pfl egetandems und des Pflegebedürftigen selbst kennt § 40 Abs. 3a SGB V n.F., bislang § 40 Abs. 3 S. 11f SGB V.

Gemäß der Neuregelung haben Pflegepersonen im Sinne des SGB XI bei einer stationären krankenversicherungsrechtlichen Rehabilitation Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen, wenn dieser in derselben Einrichtung aufgenommen wird. Soll dieser in einer anderen Einrichtung aufgenommen werden, sollen Krankenkasse und die Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung koordinieren.

Demnach besteht ein Anspruch zu Gunsten pflegender Angehöriger auf die stationäre Versorgung des Pflegebedürftigen bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu Gunsten des pflegenden Angehörigen. Auffällig ist, dass der Anspruch nach § 40 Abs. 3 Satz 11 SGB V bzw. § 40 Abs. 3a SGB V nur besteht, wenn Pflegeperson und Pflegebedürftiger in die gleiche Einrichtung kommen können; bei Aufnahme in verschiedenen Einrichtungen besteht ausweislich von § 40 Abs. 3a Satz 2 SGB V kein Anspruch auf Aufnahme in die Einrichtung, sondern nur ein Koordinationsanspruch gegen die verschiedenen Kostenträger.

Der § 40 Abs. 3a SGB V in der Fassung des PUEG unterscheidet sich hinsichtlich der Anspruchsberechtigten von § 42a SGB XI n.F.: Während im Pflegeversicherungsrecht der Pflegebedürftige selbst einen Anspruch hat, wenn die Pflegeperson stationär versorgt wird, gibt das Krankenversicherungsrecht der *Pflegeperson* einen fremdnützigen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen. Denn in der Vorschrift heißt es, dass „bei einer stationären Rehabilitation [...] Pflegeperson im Sinne des § 19 S. 1 [...] [SGB XI] auch Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen [haben] wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden.“

Die nicht zu ende gedachten Verfahrensregelungen schlagen sich auch auf die mit der stationären Versorgung einhergehenden zivilrechtlichen Beziehungen zwischen der Pflegeperson, dem zu Pflegenden und dem jeweiligen Betreiber durch:

So ist ein **Vertrag zugunsten Dritter** gemäß § 328 BGB zumindest für die Ansprüche nach § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. nicht anzunehmen. Denn nach den Regelungen des § 42a SGB XI hat der Pflegebedürftige einen eigenen Anspruch auf Unterbringung. Dieser sozialrechtliche Anspruch dürfte dann auch zivilrechtlich einem eigenen Anspruch und nicht etwa einem Anspruch der Pflegeperson zugunsten des Pflegebedürftigen entsprechen. Es gibt keinen Grund, weshalb hier die sozial- und zivilrechtlichen Regelungen auseinanderfallen sollten. Dementsprechend dürfte es sich bei zivilrechtlichen Verträgen, die in der Umsetzung von § 40 Abs. 3a SGB V n.F. abgeschlossen werden, anders als bei solchen, die auf § 42a SGB XI folgen, um Verträge zu Gunsten Dritter handeln. Denn der Gesetzgeber hat hier keinen eigenen Anspruch des Pflegebedürftigen, sondern einen fremdnützigen Anspruch des pflegenden Angehörigen (der Pflegeperson) normiert, auf Versorgung des Pflegebedürftigen. Folgt man diesem sozialrechtlichen Konstrukt auch zivilrechtlich könnte der Pflegebedürftige einen Vertrag zugunsten Dritter - mithin mit eigenem Forderungsrecht (Janoschek, in: BeckOK BGB, Hau/Poseck, 66. Edition, Stand: 01.05.2023, § 328 BGB, Rn. 16) - erhalten, der aber eben von dem von der Pflegeperson geschlossenen Vertrag abhängig ist.

Hingegen wird man sowohl im SGB XI als auch im SGB V das Vorliegen eines Vertrages mit **Schutzwirkung zugunsten Dritter** verneinen, denn bei diesem hat der Dritte keinen eigenen Primäranspruch (Fries/Schulze, in: Schulze, BGB, 11. Aufl. 2021, § 328 BGB, Rn. 12), was sowohl der gesetzgeberischen Konstruktion aus § 42a SGB V n.F. als auch aus § 40 Abs. 3a SGB V n.F. widerspricht.

Festzuhalten ist jedoch, dass auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. keinerlei inhaltliche Vorgaben zur Versorgung des Pflegebedürftigen macht, erst Recht nicht hinsichtlich der in Purpa-3 vorgesehenen Interventionen. Es gibt auch keinerlei Finanzierungsvorgaben, sondern der Gesetzgeber geht erkennbar davon aus, dass der Pflegebedürftige die Regelversorgung der Rehabilitationseinrichtung oder der anderen Einrichtung, in der er versorgt wird, erhält. Mangels Finanzierung bleibt damit kein Raum für zusätzliche Interventionen zu Gunsten des Pflegebedürftigen, wie sie etwa in Purpa-3 vorgesehen sind. Wie auch bei § 42a SGB XI ist für die

Versorgung des Pflegebedürftigen damit letztlich vom Zufall abhängig, ob dieser in eine Einrichtung der Rentenversicherung, der Krankenversicherung oder eine Einrichtung der Pflegeversicherung kommt. Die Versorgung des Pflegebedürftigen über den Anspruch in § 40 Abs. 3a SGB V n.F. bleibt wie bereits dargestellt, sogar noch hinter dem Anspruch aus § 42 a SGB XI n.F. zurück, etwa hinsichtlich Zuzahlungen, Fahrtkosten etc.

## **6. SGB VI**

Das Rentenversicherungsrecht kennt, weder in den kurzen Vorschriften der §§ 15 ff. SGB VI noch in den von § 15 Abs. 1 SGB VI verwiesenen §§ 42 bis 47a SGB IX (ausgenommen die § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX) gesetzliche Ansprüche, die die Pflegeperson oder das Pflegetandem oder die Versorgung eines Pflegebedürftigen beschreiben. Eine rentenversicherungsrechtliche Versorgung des Pflegebedürftigen erfolgt aber über die Zuweisung des Pflegebedürftigen an rentenversicherungsrechtliche Einrichtungen im Rahmen von § 42 a SGB XI n.F.

Nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI können Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, erbracht werden. Hierunter werden alle Leistungen und Hilfen zur Unterstützung vor, während und nach rentenversicherungsrechtlichen Rehabilitationsleistungen verstanden. Das Ziel der Rehabilitationsleistung soll unterstützt werden, was beispielsweise auch die Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Haushalt während der rehabilitationsbedingten Abwesenheit umfassen kann (so Kater, in: Rolfs/Körner/Krasney/Mutschler, beck-online.Grosskommentar Kasseler Kommentar, Stand 15.02.2023, § 31 SGB VI, Rn 6).

Dies ist jedoch für die Umsetzung des Purpa-3-Konzepts nicht geeignet. Denn bei den sonstigen Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI handelt es sich lediglich um Leistungen zugunsten des Rentenversicherten, es wird jedoch kein Versorgungskonzept zugunsten des Pflegebedürftigen normiert.

### III. Arbeitspaket 2

Rechtswissenschaftliche und versorgungswissenschaftliche Bewertung der im Rahmenkonzept dargestellten Leistungen und der dort genannten Anforderungen für sektorenübergreifende Angebote in den oben genannten Settings:

Die Angebote aus Purpa-3 richten sich gem. des Rahmenkonzepts an das Pfl egetandem bestehend aus der Pflegeperson, die sich in einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet, sowie an dem mitreisenden pflegebedürftigen Begleiter, der entweder in derselben Einrichtung untergebracht wird oder in einer kooperierenden Altenpflegeeinrichtung versorgt wird.

#### 1. Intervention zu Gunsten der pflegebedürftigen Person

Nach Nr. 2.1 des Rahmenkonzepts ist es das Ziel von Purpa-3, die Selbstständigkeit einer pflegebedürftigen Person und ihre gesundheitliche Situation durch eine optimale Ausnutzung aktivierender und rehabilitierender Möglichkeiten mindestens zu stabilisieren oder zu verbessern. Als Interventionen für die pflegebedürftige Person wurden etwa aktivierende Pflege, Heilmittel und mobilitätsfördernde Maßnahmen, Beschäftigungsangebote, Angebote zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten benannt. Interventionen sollen auch bezüglich eines verringerten Sturzrisikos und zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens erfolgen. Mit ihnen sollen – so das Rahmenkonzept – eine höhere Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Person, die Entlastung der Pflegeperson und eine Steigerung des Wohlbefindens mit und in der häuslichen Situation des Pfl egetandems erreicht werden.

Aus **rechtswissenschaftlicher Sicht** ergeben sich keine rechtlichen Bedenken. Alle Interventionen sind in ihrem Rechtsrahmen bekannt und, zumindest außerhalb des angewendeten sozialrechtlichen Settings, nicht neu: Es handelt sich bei den vorgenannten Leistungen größtenteils um solche der ambulanten und stationären Altenpflege oder der krankenversicherungsrechtlich abzugebenden Heilmittel (Ergotherapie, Physiotherapie, gegebenenfalls Logopädie). Die in Purpa-3 geplanten Interventionen zugunsten der pflegebedürftigen Person überschreiten dabei die Rechtsrahmen, die für all diese Interventionen bekannt sind, nicht. Insbesondere werden keine neuen Leistungserbringer eingeführt und Aufgaben bereits bestehender Leistungserbringungsstrukturen werden nicht modifiziert. Die Qualifikationsanforderungen für die bisher bekannte Form der Abgabe all dieser Leistungen (etwa aus den beruflichen Zugangsvoraussetzungen nach dem Pflegeberufegesetz, oder der Fachgesetze für die Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie) bleiben unverändert. Auch der Rechtsrahmen für die Abgabe der entsprechenden (Heil)mittel, etwa die Voraussetzungen, wann welches Heilmittel in welcher Frequenz abgegeben wird, wird durch das Projekt nicht verändert.

Hinsichtlich der zugunsten der pflegebedürftigen Person geplanten Interventionen ist eine weitergehende rechtswissenschaftliche gutachterliche Beurteilung daher insoweit nicht angezeigt, als dass sie den Inhalt, die Qualifikationen, die Vergütung, die Abgabe etc. der genannten einzelnen Interventionen betreffen würde.

## 2. Intervention zu Gunsten des Pfl egetandems

Gleiches gilt auch hinsichtlich der **Interventionen** zugunsten des **Pfl egetandems**.

Für das Pfl egetandem ist nach dem Rahmenkonzept ein Ziel, die Interaktion zu ermöglichen und zu stärken und unter Berücksichtigung eines angemessenen Verhältnisses von Nähe und Distanz zwischen den beiden Mitgliedern des Pfl egetandems sowie der kognitiven Möglichkeiten der pflegebedürftigen Person die fachlichen und sozialen Kompetenzen für den Umgang mit der häuslichen Pflege zu entwickeln, eine förderliche Einstellung zum Umgang mit Belastungssituationen im Pflegealltag zu fördern, Techniken zur gemeinsamen Regeneration und zum Aufbau von Ressourcen zu erlernen und gemeinsame, belastungsfreie Aktivitäten in der Häuslichkeit zu erleben und auf den Alltag zu übertragen.

Nach dem Purpa3-Rahmenkonzept sind Interventionen zu Gunsten des Pfl egetandems insbesondere die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das Erlebenlassen von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz. Im Purpa-3-Rahmenkonzept sind unter anderem ein Vorgespräch, ein Aufnahmegespräch sowie Halbzeitgespräche, Entlassungsgespräche und ein Abschlussassessment sowie eine Nachsorge vorgesehen.

Auch hier gilt **rechtswissenschaftlich** das oben Ausgeführte: Es handelt sich bei den einzelnen Interventionen nicht um neue Leistungen, sondern um Leistungen, deren Rechtsrahmen bereits bekannt und beschrieben ist - deren Leistungsvoraussetzungen, die Leistungserbringung, die notwendigen Qualifikationsvergütung usw. ist bereits in den einzelnen Bereichen des Sozialrechts geklärt. Insoweit bedarf es hier keiner rechtswissenschaftlichen Begutachtung, sondern es bleibt bei der zu klärenden Frage des Zugangs des Pfl egetandems zu diesen Interventionen. Hier sei insbesondere auf Arbeitspaket 1 und die Ausführung zum § 42a SGB XI n.F. verwiesen.

Den Rahmen bekannter Interventionen überschreitend sind die in Purpa-3 vorgesehene Koordination und die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowie die Betrachtung des Pfl egetandems und der damit verbundene Koordinationsaufwand. Indes begegnet auch dieses strukturierte Programm nur wenig rechtlichen Anforderungen.

Es könnte als **Casemanagement** verstanden werden, jedoch können diese Leistungen auch außerhalb des rechtlich nicht regulierten Casemanagements erbracht werden. Besondere Qualifikationsanforderungen sind weder aus berufs-, haftungs- oder sozialrechtlicher Sicht zu erblicken. Insbesondere handelt es sich bei der Koordination auch nicht um eine nach § 4 Abs. 2 **Pflegeberufegesetz** vorbehaltene Tätigkeit, weil weder die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfes Gegenstand der Stärkung des Pfl egetandems ist noch die Umsetzung, Gestaltung und Steuerung eines Pflegeprozesses im Sinne des § 5 Abs. 3 Nummer 1 lit. b) Pflegeberufegesetz.

Wie bei allen Tätigkeiten, die durch verschiedene Leistungserbringer und hier beim Pfl egetandem sogar mit zwei verschiedenen Leistungsberechtigten erfolgen, sind natürlich die **datenschutzrechtlichen Anforderungen** einzuhalten. Da es sich insbesondere um Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 DSGVO handelt, gelten hier besondere Anforderungen an

die Leistungserbringung. Diese gehen aber gerade bei der Leistungserbringung für das Pflageetandem im Rahmen des stationären Settings sowohl für die Pflegeperson als auch den Pflegebedürftigen nicht über die aus dem Alltag der bekannten Anforderungen hinaus. Insbesondere sind sämtliche Kommunikationsprozesse einer durch die Beteiligten erteilten Einwilligung zugänglich. Durchgängig ist der Grundsatz der Datensparsamkeit zu beachten. Dies gilt insbesondere beim Anlegen von gemeinsamen Fallakten.

Die konkrete datenschutzrechtliche Ausgestaltung ist im Rahmen des bereits vorhandenen Rechtsrahmens möglich. Sie wird im Einzelfall davon abhängen, ob zukünftig Leistungen aus Purpa-3 durch einen einzelnen Leistungserbringer - nämlich die jeweilige stationäre Einrichtung - und dessen Angestellte ausgeführt werden oder ob Purpa-3 dergestalt in die Regelversorgung überführt werden würde, dass die Mitglieder des Pflageetandems selbst die verschiedenen Leistungserbringer aussuchen und hierbei von den Koordinationskräften, die nach Purpa-3 vorgesehen sind, unterstützt werden.

In letzterem Fall sind neben den datenschutzrechtlichen Aspekten auch die jeweiligen berufs-, sozial- und strafrechtlichen Anforderungen zur Vermeidung von **Zuweisungen gegen Entgelt** (§ 31 MBO-Ä, §§ 299a, b, 300 StGB, § 128 SGB V) zu berücksichtigen. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass nicht die Koordinatoren, sondern die Pflegeperson und der zu Pflgende die anderen Leistungserbringer auswählen.

## IV. Arbeitspaket 3

Darstellung der bisherigen Kostenverantwortlichkeiten (nicht: betriebs- und volkswirtschaftliche Kalkulationen) und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten de lege ferenda nach Maßgabe der im Rahmenkonzept entwickelten Intervention

### 1. Zuordnung der Interventionen nach Kostenverantwortlichkeit und Bestimmung des zuständigen Trägers

Die Kostenträger sind verpflichtet, die von den Mitgliedern gezahlten Beiträge ordnungsgemäß – d.h. nur nach Maßgabe der gesetzlichen Ermächtigung oder ggf. Satzungsbestimmungen – zu verwenden, § 30 Abs. 1 SGB IV (Bünnemann, in BeckOK Sozialrecht, 69. Edition, § 30 SGB IV, Rn. 6). Abseits einer solchen gesetzlichen Ermächtigung dürfen mithin keine Ausgaben getätigt werden, es sei denn, diese werden per Gesetz übertragen und die Kosten erstattet (§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Überträgt der Gesetzgeber gleichwohl solche Aufgaben, sollen diese nicht aus Beitragsgeldern der Versicherten, sondern als versicherungsfremde Leistungen aus dem Bundeshaushalt finanziert werden (dazu schon Rolfs, Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung, NZS 1998, 551; zur Paradoxie des Begriffes Rixen/Kluckert, in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage 2018, § 37, Rn. 12).

Ausgehend hiervon folgen die Kostenverantwortlichkeiten der Zuständigkeit des jeweiligen Sozialversicherungsträgers für die einzelne Intervention.

Basierend hierauf fallen folgende **Interventionen** aus Purpa-3 zu Gunsten der **pflegebedürftigen Person** in den Zuständigkeitsbereich und damit auch in die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung: aktivierende Pflege, mobilitätsfördernde Maßnahmen, Beschäftigungsangebote, Angebote zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, Angebote zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Interventionen bezüglich eines verringerten Sturzrisikos und Interventionen zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Die im Rahmen von Purpa-3 vorgesehene Abgabe von Heilmitteln fällt hingegen in den Zuständigkeitsbereich und damit die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung

Hinsichtlich der Interventionen des **Pflegetandems** gilt, dass die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das Erlebenlassen von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz de lege lata nicht erbracht werden. De lege ferenda erscheint denkbar, hierfür die Zuständigkeit der Rentenversicherung anzunehmen bei solchen pflegebedürftigen Angehörigen, bei denen die Rentenversicherung auch zuständig und damit kostenverantwortlich für die eigentliche Rehabilitationsleistung ist. Für eine Zuständigkeit der Pflegeversicherung würde indes streiten, dass diese ein finanzielles Interesse daran hat, eine (dauerhafte) vollstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen hinauszuzögern. Für den Fall, dass der pflegende Angehörige krankenversicherungsrechtlichen Leistungen in Anspruch nimmt wäre, - folgt man dieser Logik – zu berechnen, ob die Krankenversicherung, die bei Erfolg der Leistungen Krankenbehandlungskosten

spart, oder die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen, die eine stationäre Pflege erst später oder gar nicht leisten muss, den größeren finanziellen Vorteil hat.

## 2. Annexanspruch oder Zuständigkeit nach Nutzen

Für die **Koordinationsleistungen** zu Gunsten des Pflegetandems gibt es de lege lata mangels Vorhandenseins in der Regelversorgung keinen zuständigen Kostenträger. De lege ferenda gilt folgendes: Rechtstheoretisch kann dabei der Anspruch der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen selbst führend sein und der andere Teil des Pflegetandems bereits mitversorgt werden, wenn der jeweils führende Teil einen Anspruch hat. Denkbar ist aber auch, dass sowohl die Pflegeperson selbst als auch die pflegebedürftige Person einen eigenen Anspruch haben müssen, damit der Anspruch auf Koordinationsleistungen ausgelöst wird.

Für beide Lösungsmöglichkeiten gilt: Da beide Mitglieder des Pflegetandems regelmäßig in den Zuständigkeitsbereich zweier verschiedener Sozialversicherungsträger fallen werden (die Pflegeperson in den der Rentenversicherung, subsidiär den der Krankenversicherung; der Pflegebedürftige in den der Pflegeversicherung) stehen sich jeweils zwei Kostenträger mit guten Argumenten, der jeweils andere Kostenträger sei zuständig, gegenüber. Nach der üblichen Regelungssystematik der verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuches wäre es naheliegend, die Ansprüche so auszugestalten, dass jeder Teil des Pflegetandems über einen **eigenen Anspruch** verfügen muss. Das Pflegetandem könnte bei der Forderung eines jeweils eigenen Anspruches nur unterstützt werden, wenn beide Teile über eigene gesetzliche Ansprüche verfügen. Auflösbar könnte dies dahingehend sein, dass jeder Kostenträger den auf seinen Versicherten entfallenden Anteil der Koordinationsleistung bezahlt.

Alternativ könnte der Kostenträger zuständig sein, der den größeren Nutzen hat: Die Pflegeversicherung möchte eine dauerhaft vollstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen hinauszögern. Die Rentenversicherung hingegen läuft Gefahr, eine Erwerbsunfähigkeitsrente über lange Zeiträume an einen durch die Pflege erwerbsunfähig gewordenen pflegenden Angehörigen leisten zu müssen; die Krankenversicherung des pflegenden Angehörigen hat zumindest subsidiär ein Interesse zur Vermeidung von Krankenbehandlungskosten.

Problematisch für die Regelversorgung erscheint, dass die Rentenversicherung keine gemeinsamen Aktivitäten des Pflegetandems kennt, soweit dabei Leistungen zu Gunsten der Pflegeperson von ihr erfolgen und der Pflegebedürftige daran teilnehmen will. Hier ist dann de lege lata in der Tat der Kostenträger des Pflegebedürftigen zuständig, diese Art von Leistungen jedoch im Rahmen der zu Gunsten im Rahmen der Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen gar nicht kennt De lege ferenda wäre entweder eine gesplittete Abrechnung der Einrichtung gegenüber beiden Kostenträgern denkbar oder eine einheitliche Abrechnung der Einrichtung und eine Kostenerstattung zwischen den Kostenträgern.

De lege ferenda ist gerade hinsichtlich des zu schaffenden Koordinationsanspruches wie eben aufgezeigt die Frage der Kostenverantwortlichkeit untrennbar mit der Frage der Zuständigkeit verbunden und diese damit letztlich mit der Frage, wer den Anspruch auf Koordinationsleistung geltend machen darf, aber auch geltend machen muss. Gegen denjenigen Sozialversicherungsträger, der zuständig wird, muss im Gesetz auch eine Anspruchsgrundlage geschaffen werden.

### 3. Grenzbereiche: Nicht gesetzlich versicherte Personen und Lösung über Annexanspruch

Wie herausgearbeitet, wird für die Koordinationsleistung zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** regelmäßig die Pflegeversicherung zuständig sein. Die Pflicht zum Abschluss der Pflegeversicherung ist akzessorisch zur Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung, sodass die allermeisten Personen pflegeversichert sein werden. Dadurch, dass für den Bereich der Pflegeversicherung auch für ansonsten nicht gesetzlich Versicherte eine Pflichtversicherung in einer privaten Pflegeversicherung besteht und die Leistungen über § 110 SGB XI deckungsgleich sind, kann hier zumindest hinsichtlich des Pflegebedürftigen ein weitgehender Schutz erreicht werden.

Schwieriger ist die Zuständigkeit für den **pflegenden Angehörigen**. Denkbar wäre zunächst, dass der pflegende Angehörige, der beispielsweise gesetzlich **rentenversichert** ist, aufgrund der Pflegesituation droht, ganz oder teilweise aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Dann würde, wie dargestellt, die Zuständigkeit der Rentenversicherung greifen. Gesetzlich einzuführen wäre mithin ein Anspruch des pflegenden Angehörigen gegen den jeweiligen Versicherungsträger aus dem SGB VI. Diese entsprechende Verknüpfung hat der Gesetzgeber für die Rehabilitationsleistungen in § 42a SGB XI n.F. bereits nachgezeichnet, ohne dass dabei die Intervention von Purpa-3 angedacht wurde.

Denkbar ist aber auch, dass eine Person aufgrund der Pflegesituation aus dem Erwerbsleben auszuschneiden droht, ohne dass sie gesetzlich rentenversichert ist. Besonders gilt dies für Beamte, Selbstständige oder auch viele Angehörige der freien Berufe, die in Versorgungswerken versichert sind. Die Versorgungswerke kennen entsprechende Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nicht. Für all jene besteht mithin kein Anspruch des pflegenden Angehörigen/der Pflegeperson auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen.

Die gleiche Fragestellung zeigt sich auch im Bereich der **Krankenversicherung**. Während gesetzlich krankenversicherte Personen zumindest über die Ansprüche nach § 40 Abs. 3a SGB V n.F. verfügen, wenn sie als pflegende Angehörige/Pflegeperson im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung eine Versorgung des Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung benötigen, kennt das private Krankenversicherungsrecht diesen Anspruch nicht. Zwar besteht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht in Deutschland, der auch durch Abschluss von privaten Krankenversicherungsverträgen Genüge getan werden kann, indes sehen weder die Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung noch das Versicherungsvertragsgesetz entsprechende Ansprüche von privat krankenversicherten Personen zur Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen vor. Selbst wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert ist, kann der privat krankenversicherte pflegende Angehörige die Tatbestandsvoraussetzungen von § 42a Abs. 1 SGB XI nicht erfüllen; das gesamte Pflorgetandem bleibt unversorgt.

Soweit pflegende Angehörige selbst **pflegebedürftig** sind, könnten sich die Ansprüche auf Leistungen, wie sie in Purpa 3 konzipiert wurden (insb. auf die in der Regelversorgung noch unbekanntenen Koordinationsleistungen) aus der Pflegeversicherung ergeben und damit auch die Pflegeversicherung kostenverantwortlich sein. Problematisch ist für pflegende Angehörige, die selbst pflegebedürftig sind, dabei, dass diese Pflegebedürftigkeit nach der Konzeption von § 42a SGB XI n.F. nicht ausreicht, sondern diese einen weiteren, eigenen, nicht aus dem SGB XI

stammenden Anspruch haben müssen, um auch einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen zu erhalten.

Diesen Aspekt hat der Gesetzgeber bei der Novellierung von § 42a SGB XI n.F. nicht beachtet, er sieht den Pflegebedürftigen ausschließlich als denjenigen, der während der Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen des pflegenden Angehörigen/der Pflegeperson untergebracht werden muss. Weiterhin nicht ausreichend ist damit das Vorliegen des Kontextfaktors der Pflegesituation und der Rolle als pflegender Angehöriger, sofern nicht zumindest ein Krankheitswert hinzutritt, der die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet.

Auf den fehlenden Anspruch eines der beiden Teile des Pflegepartners könnte reagiert werden, indem der Anspruch der pflegebedürftigen Begleitperson ein **Annexanspruch** zum Hauptanspruch des pflegenden Angehörigen wird (oder umgekehrt). Damit könnte ein Teil der leer ausgehenden Personen einbezogen werden. Hiergegen spricht indes, dass eine Leistung selbst dann nicht erfolgen würde, wenn die jeweilige Person selbst die Anspruchsvoraussetzungen „ihres“ sozialen Sicherungssystems erfüllt, wenn die Voraussetzungen bei der „führenden“ anderen Person des Pflegepartners nicht erfüllt sind:

Beispielhaft sei eine gesetzlich rentenversicherte Tochter genannt, die aufgrund der Pflege ihrer Mutter droht aus dem Erwerbsleben auszuschneiden, die Mutter selbst ist hingegen zum Beispiel privat krankenversichert oder Mitglied eines Versorgungswerkes. Postuliert man einen Annexanspruch, würde die Tochter trotz eigenem Versicherungsstatus leer ausgehen, wenn sie vom Anspruch der pflegebedürftigen Mutter abhängig war. Aber auch andersherum ist dies denkbar: Die pflegebedürftige Mutter ist gesetzlich krankenversichert und könnte einen Anspruch haben, das Pflegepartners geht aber leer aus, weil die pflegende Tochter sich für die private Krankenversicherung entschieden hat.

Im Sinne einer größtmöglichen Durchsetzung sozialer Rechte erscheint es sinnvoll, dass der Anspruch sowohl als **eigener Anspruch** als auch als **Annexanspruch** besteht, wenn nur einer der beiden Teile des Partners gesetzlich kranken- oder rentenversichert ist und der andere nicht dort versichert oder dort nicht berechtigt wäre. In diesem Fall ist dann aber der „führende“, also zuständige Kostenträger zu bestimmen. Die privaten Kostenträger wären bei einer Anpassung des **Versicherungsvertragsgesetzes** zu beteiligen.

## **V. Arbeitspaket 4**

Darstellung verschiedener Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen in den verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches und Anwendung dieser auf das vorliegende Projekt

### **1. Gesamtzuständigkeit oder Einzelzuständigkeiten**

Die Gestaltung einer Überführung in die Regelversorgung wird davon abhängen, ob ein einzelner Kostenträger gesamthaft für die Ansprüche entweder der einzelnen Mitglieder des Pfl egetandems oder sogar für das Pfl egetandem insgesamt zuständig sein soll oder ob es bei den Einzelzuständigkeiten für die einzelnen Interventionen (etwa die Abgabe der Heilmittel durch die Krankenversicherung, die Unterbringung durch die Pflegeversicherung usw.) bleiben soll.

Rechtswissenschaftlich ist die Postulierung einer Gesamtzuständigkeit eher abzulehnen, da die Kostenträger Leistungen erbringen (lassen) müssten, zu Gunsten von Personen, die bei Ihnen ggf. gar nicht versichert sind (das jeweils andere Mitglied des Pfl egetandems) oder aber Leistungen bezahlen müssen, die nicht im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Kostenträgers liegen (etwa wenn eine Pflegekasse psycho- oder physiotherapeutische Leistungen vergüten soll). Diese Kosten würden dann von den einzelnen Kostenträgern im Innenverhältnis ausgeglichen werden müssen. Verhandlungen über kassenübergreifende und hier sogar SGB-übergreifende Kostenerstattungen mit einer Vielzahl von beteiligten Kostenträgern sind mit einer erheblichen Gefahr von Verzögerungen und Fehlsteuerungen verbunden.

Aus versorgungswissenschaftlicher Sicht scheint es zumindest dann, wenn es um Leistungen entweder für die pflegebedürftige Person oder die Pflegeperson geht, keinen Mehrwert zu geben, der die aufwendige Festlegung einer gemeinsamen Zuständigkeit und eines Ausgleiches zwischen den Kostenträgern rechtfertigt.

Mithin sollte es bei Einzelzuständigkeiten für die in Purpa-3 vorgesehenen und zumeist in der Regelversorgung bereits bekannten Interventionen bleiben.

### **2. Notwendigkeit eines subjektiv-öffentlichen Rechts und Umsetzungsmöglichkeiten**

Vorgesehene soziale Leistungen bleiben potentiell wirkungslos, wenn sie nicht als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch, formuliert werden. Nur dann können diese in Widerspruchs- und Klageverfahren durchgesetzt werden. Denn das deutsche Sozialverwaltungsrecht lässt eine Klage nur dann erfolgreich sein, wenn ein ablehnender Bescheid nicht nur rechtswidrig ist, sondern erst dann, wenn der Bescheid den Anspruchssteller auch in gerade ihm zugewiesenen Rechten verletzt. Jegliche Umsetzung von Purpa-3 in der Regelversorgung setzt daher voraus, dass damit nicht (nur) die Kostenträger, sondern auch die pflegebedürftigen Personen und die Pflegepersonen ausdrücklich adressiert werden.

Notwendig ist eine sog. abstrakt-generelle Regelung (im Gegensatz zur konkret-individuellen Regelung eines Verwaltungsaktes), d.h. die Regelung muss eine Vielzahl von Fällen und eine Vielzahl von Adressaten erreichen.

Gleichzeitig sind die im Rahmenkonzept von Purpa-3 genannten Maßnahmen so heterogen und umfangreich, dass eine Verdichtung aufgrund der notwendigen großen Regelungstiefe im Vergleich zu den Regelungstiefen anderer Leistungen der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches den Rahmen der bisherigen Regelungen sprengen würde.

Gibt man den anzustrebenden Leistungen jedoch nur die Regelungstiefe der vergleichbaren Leistungen, etwa aus SGB V, VI oder XI, dann bleibt die Beschreibung der Leistungsinhalte so vage, dass daraus kein Rechtsanspruch (etwa auf die Dauer der Leistung, auf die in Purpa-3 genannten Module, auf einzelne Leistungsinhalte usw.) erwachsen kann. Gleichwohl sollte zumindest diese, wenngleich lückenhafte, Umsetzung angestrebt werden.

Soll keine Vollregelung aus dem Gesetz selbst erfolgen, könnte das jeweilige Buch des Sozialgesetzbuches auch Ermächtigungen für untergesetzliche Regelungen treffen:

So könnte es in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches Vorschriften geben, wonach die Kostenträger Vereinbarungen mit den Leistungserbringern über die Erbringung der hier erarbeiteten Leistungen treffen müssen. Dies hätte allerdings den Nachteil, dass die Versicherten keinen Anspruch auf den Abschluss oder die inhaltliche Ausgestaltung dieser Vereinbarungen hätten. Sollte man diese Regelungstechnik gleichwohl für zweckmäßig erachten, könnte eine gesetzliche Anordnung, dass bei Nichteinigung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ein Schiedsamt entscheidet, den Abschluss beschleunigen. Ein Anspruch der Versicherten würde hieraus aber nicht folgen.

Denkbar wäre auch, in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches solche Vorschriften zu implementieren, nach denen das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit Rechtsverordnungen erlassen, die die Details von Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegepersonen regeln oder – erneut – die Kostenträger und Leistungserbringer zum Abschluss von entsprechenden Vereinbarungen zwingen. Aufgrund der im Sozialversicherungsrecht, wenn auch in den verschiedenen Büchern unterschiedlich ausgeprägten, Zurückhaltung der Rechtssetzung durch den (parlamentarischen) Gesetzgeber und die verbreitete Rechtssetzung durch Verträge, sind hier jedoch erhebliche Widerstände zu erwarten.

Bei jeder Regelung ist das Ziel des Gleichlaufens der Ansprüche von pflegebedürftigen Begleitpersonen und Pflegepersonen – d.h. einer zwingend SGB-übergreifenden Regelung – zu beachten.

### **3. Anwendung auf Koordinationsleistungen Purpa-3**

Die in Purpa-3 neu geschaffenen, bereits oben dargestellten Koordinationsleistungen müssen im jeweiligen Fachrecht abgebildet werden.

## a) Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen

Die Purpa-3-Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen sollte im Pflegeversicherungsrecht abgebildet werden. Hier bietet sich eine Überarbeitung des gerade eingeführten § 42a SGB XI an. Die Norm ist geeignet, die Interventionsinhalte abzubilden. Denn bei Purpa-3 handelt es sich um eine Intervention, die immer dann ansetzt, wenn die Pflegeperson in einem stationären Setting versorgt wird und der Pflegebedürftige mitversorgt werden muss. Purpa-3 hat deckungsgleich diesen Anwendungsbereich und wird nicht eingesetzt, wenn der pflegende Angehörige nur ambulant versorgt wird. Ob der Pflegebedürftige letztlich stationär in einer Rehabilitationseinrichtung versorgt wird, in einer stationären Altenpflegeeinrichtung oder im Rahmen der Tagespflege nur teilstationär, ist letztlich nicht bedeutsam, weil § 42a SGB XI wie aufgezeigt all diese Versorgungsarten zu Gunsten des Pflegebedürftigen kennt.

Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung kann wegen der dargestellten notwendig zu erreichenden Detailtiefe nicht auf der formell-gesetzlichen Ebene erfolgen. Es bietet sich an, die vom Gesetzgeber bereits vorgesehene Regelungstechnik des Rückgriffs auf gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände unter Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu übernehmen.

Da § 42a SGB XI geeignet ist, die Purpa-3-Intervention umzusetzen, ist zunächst Abs. 7 durch einen neuen Satz 2 bei Verschiebung der bisherigen Sätze 2 bis 4 um je einen Satz nach hinten zu ergänzen:

*„Die gemeinsamen Empfehlungen enthalten auch Vorgaben zu Zugang, Erbringungsmodalitäten und Inhalten (insb. zur Koordination der Leistungen von Pflegebedürftigen und Pflegeperson soweit es den Pflegebedürftigen betrifft, zur aktivierenden Pflege, mobilitätsfördernden Maßnahmen, Beschäftigungsangeboten, Angeboten zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten usw.) von Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson.“*

Diese zusätzlichen von den entsprechenden Einrichtungen zu erbringenden Leistungen sind in den in § 42a SGB XI bislang vorgesehen Vergütungen nicht enthalten und müssten zusätzlich aufgenommen werden. § 42a Abs. 5 SGB XI n.F. wäre dementsprechend wie folgt zu ergänzen:

*„Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflicht-Pflegeversicherung durchführt, zahlt zusätzlich die in den Rahmenempfehlungen nach Abs. 5 S. 2 vereinbarten Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson.“*

Mit dieser Regelung wäre es möglich, die Versorgung des Pflegebedürftigen von der Kurzzeitpflege weg hin zu einem Aufenthalt mit rehabilitativen Ansätzen weiterzuentwickeln.

Gegen diese Regelungstechnik spricht zwar, dass die Leistungserbringer damit hinsichtlich der Vergütungshöhe auf das Wohlwollen der Kostenträger angewiesen sind. Allerdings wäre es auch

nicht sachgerecht, eine Eurovergütung unmittelbar in das Gesetz zu schreiben; gerade wenn die inhaltlichen und personellen Vorgaben gemäß des hier gemachten Vorschlages aus der Rahmenempfehlung stammen.

Schließlich sollte zumindest das „Ob“ der Leistungsgewährung als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch formuliert werden. Hierfür bietet es sich an, § 42a Abs. 1 SGB XI n.F. zu ergänzen:

*„Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf Koordinationsleistungen und Begleitangebote während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson nach Maßgabe der Rahmenempfehlungen gem. Abs. 5 S. 3“*

Das „Wie“ der Leistungsgewährung ergibt sich demnach aus der Rahmenempfehlung.

## **b) Koordinationsleistungen zu Gunsten der Pflegeperson**

Für die Koordinationsleistungen zu Gunsten der Pflegeperson könnte die Zuständigkeit der Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen als versicherungsfremde Leistung begründet werden. Nach der hier präferierten Variante sollte die Finanzierungsverantwortung indes getrennt sein nach den beiden Teilen des Pfl egetandems.

Der Koordinationsanspruch der Pflegeperson kann sich dann folgerichtig nicht aus dem Pflegeversicherungsrecht ergeben, denn dieser ist aus der Pflegeversicherung nicht leistungsberechtigt; selbst wenn die Pflegeperson selbst über einen Pflegegrad verfügt, reicht dies nicht als Zugangsvoraussetzung für eine stationäre Versorgung der Pflegeperson im Sinne von § 42a Abs. 1 SGB XI. Für die Pflegeperson bietet es sich daher an, die zu ihren Gunsten zu erbringenden Koordinationsleistungen als Annexanspruch zum Hauptleistungsanspruch der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach dem SGB V oder VI auszugestalten.

### **aa) Ergänzung des § 40 Abs. 3a SGB V**

Im SGB V wäre dies bei § 40 Abs. 3a SGB V n.F. sinnvoll. Da der Koordinationsanspruch im Sinne der Purpa-3-Intervention auch erst kurz vor der stationären Leistungserbringung zu Gunsten der Pflegeperson ansetzt, wäre die inhaltliche Verknüpfung an diese Norm auch sachgerecht (anders als etwa beim Care- und Casemanagement, welches deutlich zeitiger ansetzt).

§ 40 Abs. 3a SGB V n.F. kann wie folgt ergänzt werden:

*„Die Krankenkasse übernimmt die hinsichtlich ihres Versicherten entstehenden Kosten der Koordination für Begleitangebote zu Gunsten des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme des pflegenden Angehörigen. Der Inhalt der zu vergütenden Koordinationsleistung ergibt sich aus der Rahmenempfehlung gem. § 42a Abs. 7 SGB XI.“*

Nur mit dem Verweis der krankenversicherungsrechtlich zu schaffenden Vorschriften auf die pflegerechtliche Rahmenempfehlung ist eine einheitliche Leistungsgewährung für beide Teile des Pfl egetandems möglich (insbesondere hinsichtlich der Interaktionsangebote).

Eine eigene inhaltliche Ausgestaltung im Krankenversicherungsrecht ist im Kontext von Purpa-3 nicht notwendig. Denn die Intervention von Purpa-3 zielt vor allem auf den Pflegebedürftigen ab. Es soll für die Pflegeperson kein eigenes, krankenversicherungsrechtliches Konzept geben, das sich dann womöglich sogar noch von der Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen unterscheidet. Eine untergesetzliche krankenversicherungsrechtliche Regelung, etwa mittels einer Richtlinie des G-BA oder ähnliches, ist daher nicht angezeigt. Vielmehr kommt der Krankenversicherung hier nur eine Finanzierungsfunktion der zu Gunsten ihrer Versicherter erbrachten Leistungen zu.

#### **bb) Ergänzung von § 23 SGB V um einen Abs. 8**

Die gleichen Überlegungen, die eben für den Anspruch des pflegenden Angehörigen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen herausgearbeitet wurden, gelten sinngemäß auch für stationäre Vorsorgeleistungen. Dementsprechend könnte § 23 SGB V um einen Abs. 8 ergänzt werden

*„Die Krankenkasse übernimmt die hinsichtlich ihres Versicherten entstehenden Kosten der Koordination für Begleitangebote zu Gunsten des pflegenden Angehörigen und des Pflegebedürftigen während einer stationären Vorsorgemaßnahme des pflegenden Angehörigen. Der Inhalt der zu vergütenden Koordinationsleistung ergibt sich aus der Rahmenempfehlung gem. § 42a Abs. 7 SGB XI.“*

Im Übrigen sei auf die obigen Ausführungen verwiesen.

#### **cc) Ergänzung im Rentenversicherungsrecht/ Rehabilitations- und Teilhaberecht**

Aufbauend auf den krankenversicherungsrechtlichen Überlegungen ist es hinsichtlich der Intervention von Purpa-3 auch im Rentenversicherungsrecht ausreichend, die Finanzierungsverantwortung des Rentenversicherungsträgers für die zu Gunsten seines Versicherten erbrachten Purpa-3-Leistungen zu regeln, die während der stationären Rehabilitationsleistung seines Versicherten und des Pflegebedürftigen erbracht werden. D.h. auch hier besteht keine Notwendigkeit, die Intervention inhaltlich im Rentenversicherungsrecht zu regeln, es reicht wegen des pflegeversicherungsrechtlichen Schwerpunktes eine Verweisung auf das SGB XI.

Das Rentenversicherungsrecht verweist in § 15 Abs. 1 SGB VI weitgehend auf die Regelungen der §§ 42 bis 47a SGB IX (mit Ausnahme der § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX). Diese Regelungstechnik sollte hier indes nicht übernommen werden. Denn Zugangsvoraussetzung für den Pflegebedürftigen ist ja, dass die Pflegeperson Ansprüche aus § 15 Abs. 2 SGB VI bekommt. Diese verweisen zwar inhaltlich auf die Leistungen des SGB IX, aber eine Person aus dem Rechtskreis SGB IX kommt nicht in den Genuss der Leistungen aus § 42a SGB XI. Daher wäre eine Verortung im SGB IX fehlerhaft. Sie muss im SGB VI stattfinden.

Deshalb sollte § 15 Abs. 2 SGB VI um einen Abs. 1a ergänzt werden:

*„Die Träger der Rentenversicherung übernehmen bei Versicherten, die einen Anspruch auf Rehabilitationsleistungen haben und zugleich Pflegeperson im Sinne des elften Buches sind, während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme der Versicherten die*

*hinsichtlich ihrer Versicherten entstehenden Kosten der Koordination für Begleitangebote zu Gunsten des Pflegebedürftigen Der Inhalt der zu vergütenden Koordinationsleistung ergibt sich aus der Rahmenempfehlung gem. § 42a Abs. 7 SGB XI.“*

## **VI. Zusammenfassung**

Die Interventionen von Purpa 3 fanden im Rahmen der Regelversorgung statt. Dabei hat sich herausgestellt, dass das Pfl egetandem aus Pflegeperson und Pflegebedürftigem vom Gesetzgeber weitgehend übersehen wird, es bestehen nur singuläre Ansprüche auf Versorgung von Mitgliedern des Pfl egetandems, aber keine ganzheitliche Intervention zu Gunsten beider. Auch die Neuregelungen im Rahmen des PUEG im Jahr 2023 haben hieran nichts geändert. Insbesondere werden Interventionen nicht als Anspruch im Sinne eines öffentlichen Rechts ausgestaltet.

Insgesamt zeigen sich die Limitationen durch die Versäulung in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches, welche oftmals zu getrennte Zuständigkeiten für die Pflegeperson und den Pflegebedürftigen führen und sowohl bei Interventionen, die beiden Teilen des Pfl egetandems gleichermaßen zu Gute kommen als auch in Situationen, in denen nur ein Teil des Pfl egetandems gesetzlich versichert ist, eine sachgerechte Versorgung erschwert.

### **1. Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pfl egetandems de lege lata**

Zentralnorm zur Unterstützung pflegender Angehöriger und des Pfl egetandems ist § 42a SGB XI n.F., aber auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. deutet entsprechende Leistungen an.

Gemäß § 42a Abs. 1 Satz 1 SGB XI n.F. haben Pflegebedürftige ab dem 1. Juli 2024 einen Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Der Anspruch des Pflegebedürftigen ist damit akzessorisch zu dem der Pflegeperson. Allerdings erhält der Pflegebedürftige genannten Leistungen nicht automatisch nach Anspruchsgewährung zu Gunsten seiner Pflegeperson, sondern er muss auch im Sinne des SGB XI leistungsberechtigt, also pflegeversichert und pflegebedürftig, sein. Gemäß § 42a Abs. 2 Satz 1 SGB XI n.F. setzt der Anspruch nach Abs. 1 voraus, dass die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistung sichergestellt ist. Dies stellt eine deutliche Einschränkung des Leistungsanspruchs des Pflegebedürftigen dar, da der Anspruch danach nur im Rahmen der gerade bestehenden Kapazitäten besteht, was rechtlich einem Kapazitätsausschöpfungsgebot entspricht. Jedoch besteht nach der geschaffenen gesetzlichen Konzeption gerade kein Anspruch des Pflegebedürftigen auf Zurverfügungstellung ausreichender Kapazitäten. Der Satz 3 des Absatzes 2 der Vorschrift, wonach der Anspruch auch in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI wahrgenommen werden kann, wenn die Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden kann, stellt eine leistungsrechtliche Ergänzung zu Satz 1 dar und mildert die angesprochenen Kapazitätsbeschränkungen etwas ab.

Bei der Neuregelung des § 42a SGB XI n.F. ist es insgesamt zunächst begrüßenswert, dass der Gesetzeswortlaut hier ausdrücklich von einem „Anspruch“ spricht und offenbar zumindest geplant war, insoweit ein subjektiv-öffentliches Recht einzuführen. Letztlich läuft dieser (vermeintliche) Anspruch jedoch teilweise ins Leere. Denn der Gesetzgeber hat über das „Ob“ der Leistungsgewährung hinaus keinerlei inhaltliche Vorgaben gemacht, „Wie“ der Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auszugestalten ist. Mögliche Inhalte der Versorgung des Pflegebedürftigen werden an keiner Stelle auch nur

erwähnt, geschweige denn konkret geregelt. Zusätzliche Leistungen zur spezifischen Unterstützung des Pfl egetandems, wie sie in Purpa-3 vorgesehen sind, sind demnach vom Gesetzgeber gerade nicht geschaffen worden. Letztlich hat der Gesetzgeber über die reine Unterbringung und Versorgung des Pflegebedürftigen hinaus weder diesen noch das Pfl egetandem in den Fokus genommen, die Neuregelung bringt keine inhaltliche Weiterentwicklung mit sich. Der Gesetzgeber hat sich insoweit entschieden, die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruchs gemeinsamen Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen zu überlassen. Da diese gemeinsame Empfehlung „insbesondere“ nur zum Antrags- und Genehmigungsverfahren sowie zur Qualitätssicherung Vorgaben machen soll, sind keine inhaltlichen Ausgestaltungen im Sinne einer Intervention zu Gunsten des Pflegebedürftigen oder des Pfl egetandems zu erwarten.

Ansprüche zur Unterstützung pflegender Angehöriger, des Pfl egetandems und des Pflegebedürftigen selbst kennt auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F., bislang § 40 Abs. 3 S. 11f SGB V. Gemäß der Neuregelung haben Pflegepersonen im Sinne des SGB XI bei einer stationären krankenversicherungsrechtlichen Rehabilitation Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen. Festzuhalten ist jedoch, dass auch § 40 Abs. 3a SGB V n.F. keinerlei inhaltliche Vorgaben zur Versorgung des Pflegebedürftigen oder Finanzierungsvorgaben macht, erst Recht nicht hinsichtlich der in Purpa-3 vorgesehenen Interventionen.

Das Rentenversicherungsrecht kennt keine gesetzlichen Ansprüche, die die Pflegeperson oder das Pfl egetandem oder die Versorgung eines Pflegebedürftigen beschreiben. Eine rentenversicherungsrechtliche Versorgung des Pflegebedürftigen kann aber über die - zufällige - die Zuweisung des Pflegebedürftigen an rentenversicherungsrechtliche Einrichtungen gem. § 42 a SGB XI n.F. erfolgen.

## **2. Bisherige Kostenverantwortlichkeiten und Vorschläge zu Kostenverantwortlichkeiten**

Die Kostenverantwortlichkeiten folgen der Zuständigkeit des jeweiligen Sozialversicherungsträgers für die einzelne Intervention.

Basierend hierauf fallen folgende **Interventionen** aus Purpa-3 zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** in den Zuständigkeitsbereich und damit auch in die Finanzierungsverantwortung der Pflegeversicherung: aktivierende Pflege, mobilitätsfördernde Maßnahmen, Beschäftigungsangebote, Angebote zur Erhaltung und Reaktivierung der Fähigkeit zur Selbstversorgung, Angebote zur Stärkung der motorischen Fähigkeiten und der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Interventionen bezüglich eines verringerten Sturzrisikos und Interventionen zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Die im Rahmen von Purpa-3 vorgesehene Abgabe von Heilmitteln fällt hingegen in den Zuständigkeitsbereich und damit die Finanzierungsverantwortung der Krankenversicherung

Hinsichtlich der **Interventionen** zu Gunsten des **Pfl egetandems** gilt, dass die gemeinsame Freizeitgestaltung, Angebote zur Entspannung, der Wissenserwerb, Hilfe zur Selbsthilfe, das

Erlebenlassen von gemeinsamen schönen Momenten, die Arbeit an der Akzeptanz der sich verändernden Situation, die Stärkung von Widerstandskräften und Ressourcen, sowie der instrumentellen, regenerativen und mentalen Kompetenz de lege lata nicht erbracht werden. De lege ferenda erscheint denkbar, hierfür die Zuständigkeit der *Rentenversicherung* anzunehmen bei solchen pflegebedürftigen Angehörigen, bei denen die Rentenversicherung auch zuständig und damit kostenverantwortlich für die eigentliche Rehabilitationsleistung ist. Für eine Zuständigkeit der *Pflegeversicherung* würde indes streiten, dass diese ein finanzielles Interesse daran hat, eine (dauerhafte) vollstationäre Versorgung des Pflegebedürftigen hinauszuzögern. Für den Fall, dass der pflegende Angehörige krankensicherungsrechtlichen Leistungen in Anspruch nimmt wäre, - folgt man dieser Logik – zu berechnen, ob die *Krankenversicherung*, die bei Erfolg der Leistungen Krankenbehandlungskosten spart, oder die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen, die eine stationäre Pflege erst später oder gar nicht leisten muss, den größeren finanziellen Vorteil hat.

Für die **Koordinationsleistungen** zu Gunsten des Pfl egetandems gibt es de lege lata mangels Vorhandenseins in der Regelversorgung keinen zuständigen Kostenträger. De lege ferenda gilt folgendes: Rechtstheoretisch kann dabei der Anspruch der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen selbst führend sein und der andere Teil des Pfl egetandems bereits mitversorgt werden, wenn der jeweils führende Teil einen Anspruch hat. Denkbar ist aber auch, dass sowohl die Pflegeperson selbst als auch die pflegebedürftige Person einen eigenen Anspruch haben müssen, damit der Anspruch auf Koordinationsleistungen ausgelöst wird. Für beide Lösungsmöglichkeiten gilt: Da beide Mitglieder des Pfl egetandems regelmäßig in den Zuständigkeitsbereich zweier verschiedener Sozialversicherungsträger fallen werden (die Pflegeperson in den der Rentenversicherung, subsidiär den der Krankenversicherung; der Pflegebedürftige in den der Pflegeversicherung) stehen sich jeweils zwei Kostenträger mit guten Argumenten, der jeweils andere Kostenträger sei zuständig, gegenüber. Nach der üblichen Regelungssystematik der verschiedenen Bücher des Sozialgesetzbuches wäre es naheliegend, die Ansprüche so auszugestalten, dass jeder Teil des Pfl egetandems über einen eigenen Anspruch verfügen muss und jeder Kostenträger den auf seinen Versicherten entfallenden Anteil der Koordinationsleistung bezahlt. Alternativ könnte der Kostenträger zuständig sein, der den größeren Nutzen hat.

Problematisch für die Regelversorgung erscheint, dass die Rentenversicherung keine gemeinsamen Aktivitäten des Pfl egetandems kennt, soweit dabei Leistungen zu Gunsten der Pflegeperson von ihr erfolgen und der Pflegebedürftige daran teilnehmen will. Hier ist dann de lege lata in der Tat der Kostenträger des Pflegebedürftigen zuständig, der diese Art von Leistungen jedoch im Rahmen der zu Gunsten im Rahmen der Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen gar nicht kennt. De lege ferenda wäre entweder eine gesplittete Abrechnung der Einrichtung gegenüber beiden Kostenträgern denkbar oder eine einheitliche Abrechnung der Einrichtung und eine Kostenerstattung zwischen den Kostenträgern.

De lege ferenda ist gerade hinsichtlich des zu schaffenden Koordinationsanspruches die Frage der Kostenverantwortlichkeit untrennbar mit der Frage der Zuständigkeit verbunden und diese damit letztlich mit der Frage, wer den Anspruch auf Koordinationsleistung geltend machen darf. Gegen denjenigen Sozialversicherungsträger, der zuständig wird, muss im Gesetz auch eine Anspruchsgrundlage geschaffen werden.

### 3. Möglichkeiten der Einführung neuer Versorgungsformen und Anwendung

Vorgesehene soziale Leistungen bleiben potentiell wirkungslos, wenn sie nicht als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch, formuliert werden. Notwendig ist eine sog. abstrakt-generelle Regelung. Gleichzeitig sind die im Rahmenkonzept von Purpa-3 genannten Maßnahmen so heterogen und umfangreich, dass eine Verdichtung aufgrund der notwendigen großen Regelungstiefe im Vergleich zu den Regelungstiefen anderer Leistungen der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches den Rahmen der bisherigen Regelungen sprengen würde.

Die in Purpa-3 neu geschaffenen, bereits oben dargestellten Koordinationsleistungen müssen im jeweiligen Fachrecht abgebildet werden.

Die Purpa-3-Intervention zu Gunsten des **Pflegebedürftigen** sollte im **Pflegeversicherungsrecht** abgebildet werden. Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung kann wegen der notwendig zu erreichenden Detailtiefe nicht auf der formell-gesetzlichen Ebene erfolgen. Es bietet sich an, die vom Gesetzgeber bereits vorgesehene Regelungstechnik des Rückgriffs auf gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände unter Vorbehalt der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu übernehmen. Dies könnte durch eine **Ergänzung des § 42a SGB XI** geschehen, wonach die gemeinsamen Empfehlungen auch Vorgaben zu Zugang, Erbringungsmodalitäten und Inhalten von Begleitangeboten für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme einer Pflegeperson enthalten. In der Folge müsste der § 42a SGB XI auch hinsichtlich der vorgesehenen Vergütung entsprechend angepasst werden. Mit dieser Regelung wäre es möglich, die Versorgung des Pflegebedürftigen von der Kurzzeitpflege weg hin zu einem Aufenthalt mit rehabilitativen Ansätzen weiterzuentwickeln. Schließlich sollte zumindest das „Ob“ der Leistungsgewährung im § 42a Abs. 1 SGB XI n.F. als subjektiv-öffentliches Recht, d.h. als Anspruch formuliert werden. Das „Wie“ der Leistungsgewährung ergibt sich dann aus der Rahmenempfehlung.

Der Koordinationsanspruch der **Pflegeperson** kann sich dann nicht aus dem Pflegeversicherungsrecht ergeben, denn dieser ist aus der Pflegeversicherung nicht leistungsberechtigt; selbst wenn die Pflegeperson selbst über einen Pflegegrad verfügt, reicht dies nicht als Zugangsvoraussetzung für eine stationäre Versorgung der Pflegeperson im Sinne von § 42a Abs. 1 SGB XI. Für die Pflegeperson bietet es sich daher an, die zu ihren Gunsten zu erbringenden Koordinationsleistungen als **Annexanspruch zum Hauptleistungsanspruch der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach dem SGB V** (durch Ergänzung von § 23 SGB V um einen Absatz 8 und § 40 Abs. 3a SGB V) **oder VI** (durch Ergänzung von § 15 SGB V um einen Abs. 1a) auszugestalten.

## VII. Literaturverzeichnis

- Becker, Ulrich; Kingreen, Thorsten      SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung: Kommentar, 8. Auflage, München 2022
- Berchtold, Josef; Huster, Stefan; Rehborn, Martin      Gesundheitsrecht - SGB V, SGB XI, 2. Auflage, Baden-Baden 2018
- Dau, Dirk; Düwell, Franz; Jousen, Jacob; Luik, Steffen      Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen: SGB IX, BTHG, SchwbVWO, BGG: Lehr- und Praxiskommentar, 6. Auflage, Baden-Baden 2022
- Ehmann, Frank; Karmanski, Carsten; Kuhn-Zuber, Gabriele      Gesamtkommentar Sozialrechtsberatung, 3. Auflage, Baden-Baden 2023
- Hau, Wolfgang; Poseck, Roman      BeckOK BGB, 66. Edition, Stand 01.05.2023
- Heidel, Thomas; Hüßtege, Rainer; Mansel, Heinz-Peter; Noack, Ulrich      Allgemeiner Teil - EGBGB, 4. Auflage, Baden-Baden 2021
- Rolfs, Christian      Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung NZS 1998, 551
- Rolfs, Christian; Körner, Anne; Krasney, Martin; Mutschler, Bernd      Beck-online.Grosskommentar zum SGB - Kasseler Kommentar, Stand 15.02.2023
- Rolfs, Christian; Uschding, Peter      BeckOK Sozialrecht, 69. Edition, Stand: 01.06.2023
- Ruland, Franz; Becker, Ulrich; Axer, Peter      Sozialrechtshandbuch – SRH, 7. Auflage, Baden-Baden 2022
- Schöppner, Stephanie      Die Notwendigkeit der Konkretisierung der Strukturverantwortung der Rehabilitationsträger – ein Spannungsverhältnis zwischen individuellen Bedürfnissen und Strukturmerkmalen, Baden-Baden 2020
- Schulze, Reiner      Bürgerliches Gesetzbuch - Handkommentar, 11. Auflage, Baden-Baden 2021
- Sodan, Helge      Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Auflage, München 2018