



PuRpA

PRÄVENTION UND REHABILITATION
FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE



Projekträger Modellprojekt 2



Fördermittelgeber

Projektbericht

PuRpA-Modellprojekt 2 „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“

Projektlaufzeit

01.10.2020 – 31.12.2023

Erstellt von
Martina Böhler

Mitwirkung
Steven Rattey

Sozialrechtliche Einordnung (Kap. 8)
Dr. Dr. Thomas Ruppel / Julia Fahrinsland



Projekträger

AW Kur und Erholungs GmbH
Kronenstr. 63 - 69
44139 Dortmund

Projektpartner

Hochschule Bielefeld - HSBI
InBVG – Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich
Interaktion 1
33619 Bielefeld

Inhalt

1 Einleitung.....	4
2 Zusammenfassung	6
3 Projektorganisation.....	7
3.1. Verbundvorhaben PuRpA	7
3.1.1 Projektträger	7
3.1.2 Finanzierung.....	8
3.1.3 Kommunikationsstruktur	8
3.1.4 Beirat	8
3.2 Übersicht der Modellprojekte	9
4 Problemzusammenhang.....	10
4.1 Aktuelle Daten zur häuslichen Pflegesituation	10
4.2 Subjektive Belastungen pflegender Angehöriger.....	10
4.3 Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger.....	13
5 Zielgruppe des Modellprojektes	14
5.1 Pflegende Angehörige in verschiedenen Lebensphasen	15
5.1.1 Pflegende Angehörige im frühen Erwachsenenalter (18 - 30 Jahre).....	15
5.1.2 Pflegende Angehörige im mittleren Erwachsenenalter (31 - 60 Jahre).....	15
5.1.3 Pflegende Angehörige im späten Erwachsenenalter (61 Jahre und älter)	16
6 Projektdurchführung.....	17
6.1 Zielsetzung	17
6.2 Vorgehen	18
6.3 Entwicklungsphase.....	19
6.4 Kooperationspartner	23
6.5 Erprobungsphase	24
6.5.1 Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitstudie	24
6.5.2 Öffentlichkeitsarbeit.....	24
6.5.3 Erprobung des Case Managements für pflegende Angehörige an den Modellstandorten.....	25
6.6 Konzeptüberarbeitung und Validierung	27
6.8 Herausforderungen	27
7 Projektergebnis.....	28
7.1 Das validierte CMpA-Rahmenkonzept	29
7.2 Kosteneinschätzung	29
7.3 Empfehlungen für die Implementation	31

8 Sozialrechtliche Einordnung – Dr. Dr. Ruppel.....	33
Sozialrechtliche Begleitung und Bewertung des PuRpA-Modellprojektes "Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“	33
8.1 Aufgabenstellung	33
8.2 Sozialrechtliche Einordnung	33
8.3 Empfehlungen für die Überführung in die Regelversorgung.....	34
8.4 Untergesetzliche Konkretisierung.....	45
8.5 Fazit	51
9 Resümee.....	52
10 Literaturverzeichnis.....	53
11 Anlagen.....	55
I. Rahmenkonzept Case Management für pflegende Angehörige	55
II. Anonymisierte Leistungsdokumentation (blanco)	55
III. Curriculum CMpA-Pilot-Weiterbildung	55
IV. Auszug PuRpA-2 aus dem Bericht aus Lehre und Forschung 2023 der Hochschule Bielefeld	55

Tabellenverzeichnis/ Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 - Beteiligte Modellstandorte im Projekt	23
Abbildung 1 - Individuelle Stresskompetenz nach Kaluza	12
Abbildung 2 - Ablauf Case Management für pflegende Angehörige (eigene Darstellung)	22
Abbildung 3 - Durchschnittlicher Zeitaufwand CMpA (n = 17)	29

1 Einleitung

Pflegende Angehörige haben viel zu schultern! Sie sind die tragende Säule der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Durch ihre Betreuungs-, Unterstützungs- und Pflegeleistungen tragen sie maßgeblich zur Lebensqualität und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung bei. Sie waren vor allem während der Corona-Pandemie ein unverzichtbarer Rückhalt für die zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen.

Die Anzahl Pflegebedürftiger steigt in den kommenden Jahren rasant an, wie aus dem BARMER-Pflegereport 2021 hervorgeht.¹ Allein die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, die ausschließlich von Angehörigen gepflegt und betreut werden, wird in den nächsten zehn Jahren auf ca. drei Millionen Menschen anwachsen. Das sind 630.000 Pflegebedürftige mehr als im Jahr 2020.

Im Dezember 2019 galten allein in NRW 965.000 Menschen als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Von ihnen wurden 795.700 im Jahr 2019 zu Hause versorgt, davon 521.600 nur durch pflegende Angehörige. Die Mehrheit von ihnen war in Pflegegrad 2 (50,4 %) und 3 (27,8 %) eingestuft.²

Diese Zahlen belegen einmal mehr, dass ohne pflegende Angehörige die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland nicht zu gewährleisten ist. Gleichzeitig sind pflegende Angehörige erheblich durch die geleistete häusliche Pflege belastet und gesundheitlich stärker gefährdet als der Durchschnitt der Bevölkerung. Auch die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gestaltet sich schwierig. Aufgrund der belastenden Pflegesituation muss jede vierte betroffene Person die Arbeit stundenmäßig reduzieren oder sogar ganz aufgeben.³

Gerade die Personen, die kränker und belasteter sind, suchen öfter nach einer Möglichkeit der Entlastung und niedrigschwelliger Unterstützung. Ein großer Wunsch von 60 % der Pflegenden ist es daher, Unterstützung im Pflegealltag zu erhalten. Gleichzeitig werden jedoch Hilfsangebote aus dem SGB XI, wie Kurzzeitpflege, Tagespflege oder Betreuungs- und Haushaltshilfen aus Qualitäts- und Kostengründen oft nicht in Anspruch genommen. „Wir pflegen!“ hat in ihren im März 2022 publizierten Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der häuslichen pflegerischen Versorgung aus Sicht pflegender Angehöriger⁴ die Notwendigkeit einer Lotsen-Funktion gerade auch für pflegende Angehörige im System gefordert:

„Wichtig ist, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige über den gesamten Verlauf der Pflege hinweg bedarfsorientiert, niederschwellig, zugehend, qualifiziert und unabhängig mit angemessener Information und Beratung unterstützt und begleitet werden und gezielt an Unterstützungs- und Entlastungsangebote sowie an spezialisierte Beratungsangebote bei weitergehendem Beratungsbedarf weitervermittelt werden („Lotsen im System“).“⁵

Case Management Konzepte und Beratungsangebote, die speziell auf eine zugehende Beratung und Unterstützung für pflegende Angehörige ausgerichtet sind und den Blick auf Entlastung und auch Gesundheitsförderung richten, sind derzeit in NRW jedoch nicht vorhanden.

Angesichts des massiven Fachkräftemangels im Pflegebereich wird es in den nächsten Jahren aber immer wichtiger werden, dass pflegende Angehörige so lange wie möglich die häusliche Pflege leisten können und wollen. Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention von Belastungsfolgen müssen daher weiter ausgebaut werden. Hier setzte das Verbundvorhaben "Prävention und Rehabilitation für pflegende

¹ Siehe: Rothgang, H., & Müller, R. (2021). Barmer Pflegereport 2021.

² Statistisches Landesamt NRW (IT.NRW) (18.11.2020) Pressemitteilung 379 / 20.

³ Siehe: Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018.

⁴ Siehe: wir pflegen e.V. (Hrsg.) (März 2022). Mehr Pflege wagen.

⁵ Ebd., S.10.

Angehörige" (PuRpA) an und entwickelte, in drei von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten Modellprojekten, Konzepte zum Erhalt von Gesundheit und Gesundheits- und Selbstmanagementförderung für pflegende Angehörige in verschiedenen Lebensphasen.

Das PuRpA-Modellprojekt 2 „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ legte dabei den Fokus auf ein zugehendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige mit präventiven und gesundheitsförderlichen Elementen, das an der Lebenswelt pflegender Angehöriger ausgerichtet ist und sich an ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen orientiert. Belastungen pflegender Angehöriger sollten so nachhaltig reduziert, ihre Gesundheit gestärkt sowie ihr Wohlbefinden verbessert werden.

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wurde im PuRpA-Modellprojekt 2 ein Rahmenkonzept entwickelt, welches eine Case Management Intervention für pflegende Angehörige und ein Schulungscurriculum mit den Schwerpunkten „Care und Case Management“ sowie „Gesundheitsförderung und Prävention“ enthält. Bestandsmitarbeiter*innen aus den Bereichen Pflege- und Sozialberatung wurden entsprechend der Konzeption zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige weiterqualifiziert.

Im vorliegenden Projektbericht ist der Weg der Konzeptentwicklung, der anschließenden Erprobung, Validierung und sozialrechtlichen Einordnung des entwickelten Rahmenkonzeptes „Case Management für pflegende Angehörige“ beschrieben.

Nach Veröffentlichung des Projektberichtes und der -ergebnisse Anfang 2024 steht interessierten Leistungserbringern das entwickelte Rahmenkonzept (siehe Anlage I) zur Verfügung.

Die Forschungsergebnisse der Begleitforschung werden im Bericht aus Lehre und Forschung des Projektpartners⁶ detailliert beschrieben (siehe Anlage IV) und ebenfalls Anfang 2024 veröffentlicht.

⁶ Seidl, N., Büker, C., Latteck, Ä.-D., Brinker, M., Buschsieweke, N., Hirschmann, A. & Voß, M. (2023). Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte. Bericht aus Lehre und Forschung, Hochschule Bielefeld

In den Fußnoten der nachfolgenden Kapitel wird dieser Bericht unseres wissenschaftlichen Projektpartners abgekürzt als „Bericht aus Lehre und Forschung 2023“ bezeichnet.

2 Zusammenfassung

Das PuRpA-Modellprojekt 2 „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ ist Teil des Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (PuRpA) und wurde wissenschaftlich vom Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) an der Hochschule Bielefeld (HSBI) begleitet.

Ziel des Modellprojektes war es, ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige mit gesundheitsförderlichen Elementen zu entwickeln und zu erproben, das die Belastungen pflegender Angehöriger nachhaltig reduziert, ihre Gesundheit stärkt sowie ihr Wohlbefinden verbessert. Das Beratungsangebot sollte lebensweltorientiert, niederschwellig und zugehend gestaltet sein und sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen pflegender Angehöriger ausrichten.

Dafür wurde eine Case Management Intervention für pflegende Angehörige und ein Schulungscurriculum für die Weiterbildung zum/zur Case Manager*in für pflegende Angehörige mit den Schwerpunkten „Care und Case Management“ sowie „Gesundheitsförderung und Prävention“ entwickelt und in einem Rahmenkonzept verschriftlicht.

Für die Erprobung konnten Kooperationspartner (Freie Wohlfahrt, Kreise/Kommunen) an urbanen und ländlichen Standorten in NRW gewonnen werden. Im Vorfeld der Erprobung wurden Bestandsmitarbeiter*innen aus den Bereichen Pflege- und Sozialberatung sowie Quartiersarbeit zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige (CMpA) weiterqualifiziert. Die 12-monatige Erprobung (08/2022 - 07/2023) fand mit neun qualifizierten Case Manager*innen an insgesamt 6 Modellstandorten (3 urban, 3 ländlich) statt und wurde durch das Projektteam begleitet. In Austauschrunden mit den Teilnehmer*innen wurde regelmäßig der vorgesehene Beratungsprozess reflektiert und Fallbesprechungen ermöglicht.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung fanden Befragungen der teilnehmenden pflegenden Angehörigen und auch der Case Manager*innen statt. Die Ergebnisse sind ausführlich im Bericht aus Lehre und Forschung des InBVG dargestellt. Es zeigte sich eine hohe Zufriedenheit mit der durchgeführten CMpA-Beratung. Von den zum t1-Zeitpunkt befragten zwölf Teilnehmenden würden 100 % das Case Management für pflegende Angehörige weiterempfehlen.

Das Rahmenkonzept wurde anhand der Ergebnisse aus der Erprobung überarbeitet, validiert und anschließend finalisiert. Es wurde der Aufwand für ein CMpA anhand der von den Case Manager*innen geführten Leistungsdokumentationen ermittelt und eine Kosteneinschätzung vorgenommen. Abschließend fand eine rechtliche Einordnung durch einen Experten für Gesundheitsrecht statt mit Empfehlungen für die Überführung des CMpA in die Regelversorgung.

Zusammengefasst wurden folgende Ergebnisse erzielt:

- ein validiertes und erprobtes Rahmenkonzept Case Management für pflegende Angehörige (inklusive Kapitel Vorsorge-/Nachsorgebegleitung im Rahmen stationärer Maßnahmen) liegt vor,
- es fokussiert die Nutzer*innenperspektive und leitet die notwendigen Interventionen aus den Belastungen und Bedarfen von pflegenden Angehörigen ab,
- es beschreibt Qualitätskriterien für eine gelingende Beratung und einen Beratungsablauf auf Grundlage des Case Management Regelkreises,
- es beschreibt die notwendigen Module mit Lernzielen für eine Weiterqualifizierung zum/zur Case Manager*in für pflegende Angehörige und
- es gibt Empfehlungen für die Implementation eines CMpA-Angebotes und einer möglichen Finanzierung über die Aushandlung eines Rahmenvertrages mit Kostenträgern auf Grundlage des Heilmittelrechtes.

3 Projektorganisation

3.1. Verbundvorhaben PuRpA

Das Modellprojekt „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ ist eines von drei Modellprojekten im Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (PuRpA) mit einer Laufzeit von drei Jahren und 3 Monaten (01.10.20 bis 31.12.23).

Im Rahmen des Verbundvorhabens wurden nutzer*innenorientierte Konzepte für pflegende Angehörige zur Gesundheitsförderung und Prävention von Belastungsfolgen entwickelt. Die drei Modellprojekte des PuRpA-Verbundes hatten dabei unterschiedliche Schwerpunkte: Im Modellprojekt 1 ging es um stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige, im Modellprojekt 2 um eine zugehende Beratung und Unterstützung in der Häuslichkeit und im Modellprojekt 3 um Angebote für pflegebedürftige Begleitpersonen im Rahmen einer stationären Maßnahme des pflegenden Angehörigen.

Die Modellprojekte des Verbundes wurden koordiniert und wissenschaftlich begleitet vom Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) an der Hochschule Bielefeld (HSBI). Das dort angesiedelte Querschnittsprojekt (Q-Projekt) „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte“ hatte die Gesamtprojektkoordination und die Erstellung von Querschnittsanalysen zum Thema Erhalt von Gesundheit, Gesundheits- und Selbstmanagementförderung für pflegende Angehörige in verschiedenen Lebensphasen zur Aufgabe.

Für die Durchführung des Verbundvorhabens wurde eine überinstitutionelle Koordinationsstelle am InBVG eingerichtet. Sie stellte den inhaltlichen und organisatorischen Rahmen für die Zusammenarbeit im Gesamtprojekt sicher und übernahm beratende, koordinierende und administrative Aufgaben. Zudem sorgte sie für ein gemeinsames Auftreten des Verbunds nach außen.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Q-Projektes war die inhaltliche Rahmung des Verbundvorhabens und die wissenschaftliche Begleitung der einzelnen Modellprojekte. Die Erkenntnisse aus dem Gesamtvorhaben wurden gebündelt und in einen übergeordneten wissenschaftlichen Kontext eingeordnet.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Verbundes und der einzelnen Modellprojekte durch das Q-Projekt sind im InBVG-Bericht aus Lehre und Forschung zum Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige (PuRpA)“ detailliert dargestellt und veröffentlicht.⁷

3.1.1 Projektträger

Träger der Modellprojekte „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ (PuRpA 2) und „Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (PuRpA 1) ist die AW Kur und Erholungs GmbH, ein Tochterunternehmen der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Westliches Westfalen e.V., mit Sitz in Dortmund.

Die AW Kur und Erholungs GmbH hat sich Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere für Familien, in besonderen und herausfordernden Lebenslagen auf die Fahnen geschrieben. Dabei liegt der Schwerpunkt der Angebote im Bereich stationäre Vorsorge für Mütter, Väter und Kinder sowie pflegende Angehörige. Zum Leistungsumfang gehören vier Mutter-Kind-Vorsorgekliniken an der Nord- und Ostseeküste. Das Kurzentrum Norderney ist zusätzlich als Mutter-Kind-Rehabilitationsklinik anerkannt.

⁷ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6

Hinzu kommen zwei Vorsorgekliniken für pflegende Angehörige in Nordrhein-Westfalen. Das Landhaus Fernblick in Winterberg ist seit 2018 als Vorsorgeklinik anerkannt (Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V) und verwirklicht ein zielgruppenspezifisches Konzept für 25 pflegende Angehörige in Begleitung ihres an Demenz erkrankten Angehörigen. Die jüngste Vorsorgeklinik im Portfolio ist das Gesundheitszentrum Altastenberg mit 34 Plätzen für vorsorgebedürftige, alleinreisende pflegende Angehörige.

Träger des dritten Modellprojektes „Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme der pflegenden Angehörigen“ ist der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V.

Die beiden Träger der Freien Wohlfahrtspflege in NRW wollten mit ihrem Engagement im PuRpA-Verbund dazu beitragen, dass weitere entlastende und gesundheitsfördernde Angebote für pflegende Angehörige in der Versorgungslandschaft in NRW entstehen.

3.1.2 Finanzierung

Jedes Modellprojekt des PuRpA-Verbundes wurde zu 90 Prozent von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert. Der Eigenanteil der Projektträger betrug 10 Prozent.

Das Q-Projekt des Projektpartners Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) an der Hochschule Bielefeld wurde als Querschnittsprojekt des Verbundes zu gleichen Teilen von allen drei Modellprojekten mitfinanziert. Mit dem Projektpartner wurde daher für jedes Modellprojekt ein Weiterleitungsvertrag für die benötigten Mittel geschlossen.

3.1.3 Kommunikationsstruktur

Die Projektkoordination für den gesamten Verbund übernahm das InBVG an der Hochschule Bielefeld. Es wurden verschiedene Sitzungen fest installiert, um den Austausch der Modellprojekte untereinander, mit dem Projektpartner und mit dem Fördermittelgeber zu gewährleisten.

Regelmäßig fanden Projektgruppensitzungen statt, in denen sich die Projektteams austauschen konnten. Ergänzend wurden 3 bis 4 mal im Jahr Projektsteuerungstreffen einberufen, an denen auch die Stiftung Wohlfahrtspflege und Trägervertreter*innen teilnahmen. Aufgrund der Corona-Pandemie mussten diese Sitzungen als Videokonferenzen organisiert werden. Die Ergebnisse der Sitzungen wurden protokolliert. Darüber hinaus organisierten die Modellprojekte notwendige Teamtreffen und Arbeitssitzungen mit den wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen des InBVG.

Auch mit den Projektpartner*innen der Erprobungsphase (u. a. Modellstandorte, Vorsorge-/Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen) wurden Arbeits-, Austausch- und Reflexionstreffen durchgeführt, um die Praxiserprobung der entwickelten Konzepte durch die Projektteams zu begleiten.

3.1.4 Beirat

Das Verbundvorhaben PuRpA wurde von einem Beirat begleitet und beraten. Im Beirat waren Expert*innen verschiedener Institutionen und Selbsthilfeverbände vertreten: wir pflegen NRW e.V., Pflegende Angehörige e.V., Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Heilbäderverband NRW, aus Kreisen und Kommunen, Compass Private Pflegeberatung, Unfallkasse NRW, Pflegeversicherung, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Hochschule für Gesundheit Bochum, ein Hausarzt und Koordinator der S3-Leitlinie Pflegende Angehörige von Erwachsenen, Vertreter*innen der Stiftung Wohlfahrtspflege und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW.

3.2 Übersicht der Modellprojekte

Modellprojekt 2	Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige
Laufzeit	01.10.2020 bis 31.12.2023
Förderung	Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Fürstenwall 25 40219 Düsseldorf
Förderkennzeichen	SW-620-7097
Projektträger	AW Kur und Erholungs GmbH Kronenstr. 63 – 69 44139 Dortmund Tochterunternehmen der AWO Bezirksverband Westliches Westfalen e.V.
Projektleitung	Verena Weber (bis 30.09.22) und Martina Böhler (01.10.22-31.12.23)
Projektmitarbeit	Lina Eppmann (bis 30.06.22), Steven Rattey (01.07.22-31.12.23)
Projektpartner (wissenschaftliche Begleitung und Koordination des Verbundvorhabens)	Hochschule Bielefeld InBVG – Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich Interaktion 1 33619 Bielefeld
	Querschnitts-Projekt (Q) des PuRpA-Verbundes: Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte
	Q-Projektleitung: Prof. Dr. Norbert Seidl, Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck, Prof. Dr. Christa Büker Q-Projektmitarbeiter*innen: Martina Brinker, Alexandra Hirschmann, Nele Buschsieweke, Matthias Voß

Das Modellprojekt ist eines von drei Modellprojekten im **Verbundvorhaben "Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige" (PuRpA)**.

Modellprojekt 1	Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige
Förderung	Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Fürstenwall 25 40219 Düsseldorf
Förderkennzeichen	SW-620-7096
Projektträger	AW Kur und Erholungs GmbH Kronenstr. 63 – 69 44139 Dortmund Tochterunternehmen der AWO Bezirksverband Westliches Westfalen e.V.
Modellprojekt 3	Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/ Rehabilitationsmaßnahme der pflegenden Angehörigen
Förderung	Stiftung Wohlfahrtspflege NRW Fürstenwall 25 40219 Düsseldorf
Förderkennzeichen	SW-620-7066
Projektträger	Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. Am Stadelhof 15 33098 Paderborn

4 Problemzusammenhang

Die Situation pflegender Angehöriger und die Notwendigkeit, ihre Gesundheit und Pflegefähigkeit zu stärken wird für alle drei PuRpA-Modellprojekte im InBVG-Bericht aus Lehre und Forschung zum Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ ausführlich dargestellt.⁸ In diesem Projektbericht wird die Ausgangslage daher nur kurz umrissen.

4.1 Aktuelle Daten zur häuslichen Pflegesituation

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen erfolgt überwiegend in der Häuslichkeit und durch Angehörige. Wie Information und Technik Nordrhein-Westfalen als Statistisches Landesamt mitteilte, galten 1,19 Millionen Menschen und damit 6,6 Prozent der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen im Dezember 2021 als pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). 86,0 Prozent von ihnen wurden zu Hause versorgt, davon bezogen knapp zwei Drittel (63,9 Prozent) ausschließlich Pflegegeld und wurden somit nur durch Zu- oder Angehörige versorgt. Von den zu Hause Versorgten hatte mit 46,1 Prozent knapp die Hälfte Pflegegrad 2 und mehr als ein Viertel (27,1 Prozent) Pflegegrad 3.⁹

Die aktuellsten Zahlen zur Situation in der häuslichen Pflege liefert der in 2023 veröffentlichte Abschlussbericht der VdK-Pflegestudie „Pflege zu Hause – zwischen Wunsch und Wirklichkeit“.¹⁰ Die Befragung von knapp 54.000 VdK-Mitgliedern ist die größte Studie zum Thema häusliche Pflege und wurde vom Pflegewissenschaftler Prof. Dr. Dr. Andreas Büscher der Hochschule Osnabrück im Auftrag des Sozialverband VdK Deutschland e.V. durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen viele Erkenntnisse von vorhergehenden Pflegestudien.¹¹

Die Ergebnisse zeigen u. a.:¹²

- Die Mehrheit der Pflegenden sind Frauen (72 Prozent).
- 50 Prozent der Teilnehmenden mit Pflegeerfahrung waren 41-60 Jahre, 44 Prozent 61-80 Jahre.
- 37 Prozent der Pflegenden übernehmen die Pflege schon mehr als 5 Jahre.
- 23 Prozent pflegen mindestens 40 Stunden in der Woche.
- In jedem achten Pflegehaushalt pflegen Eltern ihre minderjährigen oder erwachsenen Kinder. 54 Prozent der Eltern pflegt mehr als 39 Stunden pro Woche.
- Die Mehrheit der Pflegenden (59 Prozent) vernachlässigt die eigene Gesundheit.

4.2 Subjektive Belastungen pflegender Angehöriger

Die Pflege eines Angehörigen ist oft körperlich, emotional und psychisch belastend. Betroffene stehen immer wieder vor neuen Herausforderungen und schwierigen Situationen. Die Pflege und Betreuung kann zeitaufwändig und anstrengend sein und pflegende Angehörige sind mit der zu pflegenden Person oftmals allein. Obwohl auch positive Aspekte erlebt werden (das Gefühl gebraucht zu werden oder etwas zurückgeben zu können), fehlt es doch meist an Anerkennung, Information und Vernetzung. Zudem ist es für pflegende Angehörige häufig schwierig, die Pflege- und Betreuungsaufgaben mit einer Erwerbstätigkeit in Einklang zu bringen. Wird neben dem Beruf ein Verwandter betreut und gepflegt, steigt die Gefahr einer Überforderung.¹³

⁸ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 2

⁹ Statistisches Landesamt NRW (IT.NRW) (10.11.2022) Pressemitteilung 454 / 22.

¹⁰ Siehe: Büscher et al. (2023). Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie.

¹¹ Siehe z.B.: Barmer Pflegereport 2018; Barmer Pflegereport 2021.

¹² Siehe: Abteilung Presse und Öffentlichkeitsarbeit. Sozialverband VdK Deutschland. (15.05.2023). Faktenblatt zur VdK-Pflegestudie.

¹³ Siehe: Eggert, S. et al., (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener, S. 60 ff.

Berichte, wie der Barmer Pflegereport 2018, zeigen, dass sich pflegenden Angehörige häufig überlastet fühlen. Als psychische Belastungen werden das Gefühl der Verantwortung, die Überforderung und Ausichtslosigkeit erlebt. Je höher der Pflegeaufwand ist, desto weniger Zeit bleibt, um auf die eigene Gesundheit zu achten oder einmal Urlaub zu machen. Pflegenden Angehörigen werden häufiger krank als der Durchschnitt der Bevölkerung. Und sie sind anfälliger für stressbedingte Krankheiten. Im körperlichen Bereich sind sie am häufigsten von Rückenschmerzen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich sowie in den Gelenken betroffen. Auch Kopf- und Gliederschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden, Schwindel, Schlafstörungen, nervöse Zustände und Erschöpfung sind häufige Begleiterscheinungen.¹⁴

Außerdem macht es einen Unterschied für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen, mit welchen Einschränkungen der Pflegebedürftigen sie umgehen müssen. Insbesondere eine dementielle Erkrankung der pflegebedürftigen Person belastet die Pflegeperson erheblich. Ganz besonders belastet fühlen sich diejenigen, die sich allein gelassen und hilflos fühlen. Ein weiterer Belastungsfaktor ist die gemeinsame Wohnsituation, d.h. wenn Pflegeperson und zu Pflegenden in einem Haushalt leben. Hier belasten insbesondere die ständige Verfügbarkeit und der fehlende Freiraum die Gesundheit.

Die zeitliche Bindung durch die Pflege und Betreuung wird als große Belastung gesehen. Dies birgt die Gefahr, die eigenen Bedürfnisse zu vernachlässigen. In der BARMER-Versichertenbefragung 2018 sollten sich die Hauptpflegepersonen zu den Möglichkeiten äußern, sich von der Pflege zu erholen. Mehr als jeder Dritte der Befragten findet demnach keine Zeit mehr, sich zu entspannen oder einer sportlichen Tätigkeit nachzugehen. Damit ist ein beträchtlicher Teil der Hauptpflegepersonen in der Summe zeitlich so eingebunden, dass es nicht mehr für Entlastungsmöglichkeiten reicht, dass kein körperlicher, geistiger oder sozialer Ausgleich zur Pflegesituation mehr möglich scheint.¹⁵ Viele pflegende Angehörige fühlen sich daher ausgebrannt und erschöpft.

Trotz des großen Potenzials an Belastungen nimmt nur ein geringer Teil der pflegenden Angehörigen professionelle Hilfe in Anspruch. Ursachen sind die Kosten, fehlende Informationen oder Unzufriedenheit mit der Qualität der Leistungen.¹⁶

Das Belastungsempfinden ist bei pflegenden Angehörigen aber nicht gleich ausgeprägt. Es hängt zum Beispiel davon ab, wie gut die Beziehung zur pflegebedürftigen Person empfunden wird oder wie positiv die Einstellung gegenüber der Pflegeaufgabe ist. Zudem nehmen sich Pflegepersonen als weniger gestresst wahr, wenn sie sich körperlich gut fühlen.¹⁷

Die subjektiv empfundene Belastung lässt sich gut aus dem Transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman¹⁸ ableiten. Jeder Mensch bewertet Situationen und deren Belastung unterschiedlich, folglich auch deren Bedrohlichkeit. Im Gegensatz zu früheren Stresstheorien ging Lazarus davon aus, dass nicht die Beschaffenheit der Reize oder Situationen für die Stressreaktion von Bedeutung sind, sondern deren subjektive Bewertung. Was für den einen Menschen Stress bedeutet, wird von einem anderen noch nicht als Stress empfunden. Es hängt von der kognitiven Einschätzung einer belastenden Situation ab, welche Reize als Stressoren wahrgenommen werden. Stress existiert also nicht per se - sondern ist das, was von einer Person als solcher bewertet wird. Der Stress wird umso größer sein, je mehr in einer Situation die

¹⁴ Siehe: Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018: Kapitel 3 - Gesundheit pflegender Angehöriger.

¹⁵ Siehe: ebd.

¹⁶ Siehe: Schwinger, A., etl al. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege - eine Befragung pflegender Angehöriger.

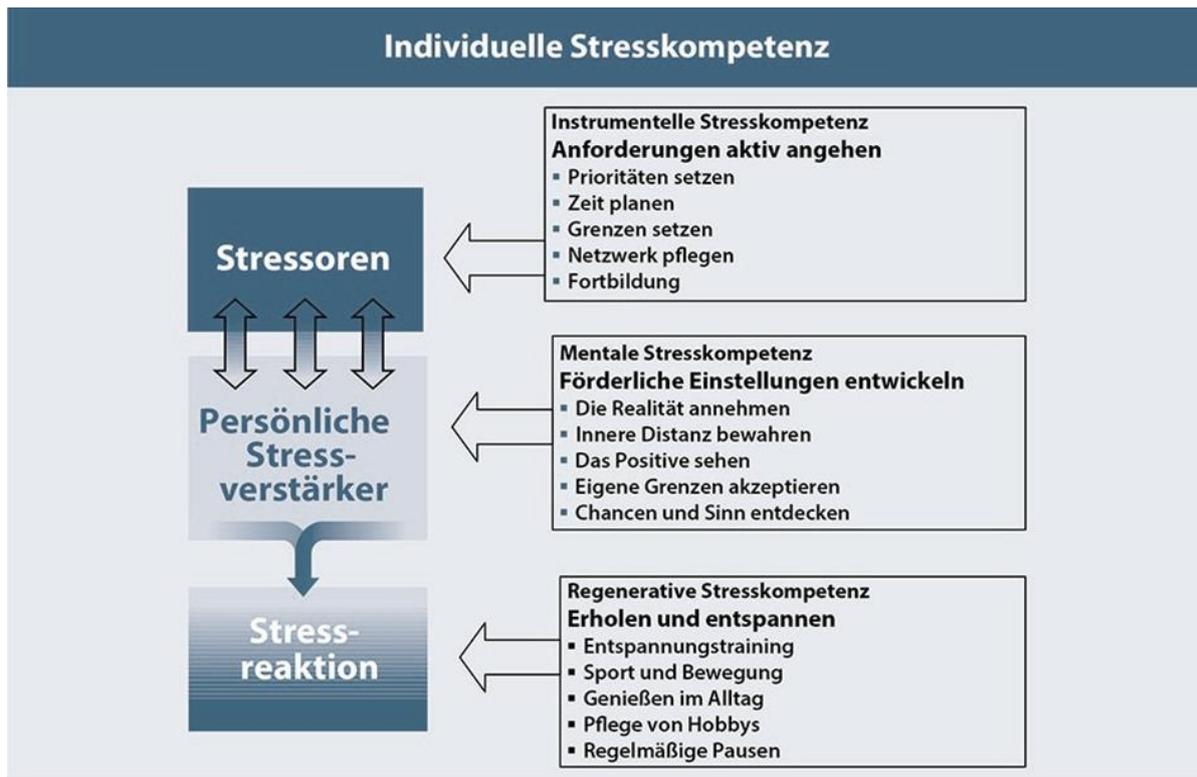
¹⁷ Siehe: Kühnlein, etl al. (31.08.2022). Entlastung in der Pflege.

¹⁸ Siehe: Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping.

Bewältigungsmöglichkeiten der Person beansprucht oder sogar überfordert werden. Entscheidendes Kriterium für die Wahrnehmung eines Stressors ist also die subjektive Einschätzung der Bewältigungsmöglichkeiten.¹⁹

Die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen und die individuelle Stresskompetenz entscheiden darüber, wie erfolgreich eine Person mit der wahrgenommenen Stressbelastung umgehen kann. Dabei kann man seine individuelle Stresskompetenz²⁰ erhöhen, indem man lernt, Anforderungen aktiv anzugehen, förderliche Einstellungen zu entwickeln und sich zu entspannen und zu erholen.

Abbildung 1 - Individuelle Stresskompetenz nach Kaluza ²¹



Eine gute und funktionierende Stressbewältigung gilt als Grundrüstzeug für Resilienz. In der Psychologie versteht man unter Resilienz die psychische Widerstandskraft eines Menschen oder anders ausgedrückt, die Aufrechterhaltung bzw. rasche Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stressvollen Lebensereignissen. Lange Zeit galt Resilienz als eine angeborene Persönlichkeitseigenschaft. Neuere Studien zeigen jedoch, dass es sich vielmehr um einen dynamischen und vor allem trainierbaren Anpassungsprozess handelt.²²

Der Schwerpunkt der Resilienz- und Schutzfaktorenforschung liegt auf der Frage, was Menschen gesund hält. Im Mittelpunkt stehen schützende Faktoren, die sich stärkend auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. In einer Überblicksarbeit zu Resilienz und psychologischen Schutzfaktoren im Erwachsenenalter untersuchten Jürgen Bengel und Lisa Lyssenko rund 700 Quellen.²³

¹⁹ Siehe: Ernst, G., Franke, A., Franzkowiak, P. (2022). Stress und Stressbewältigung.

²⁰ Siehe: BARMER Internetredaktion. (30.11.2023). Stressbewältigung: 5 effektive Wege aus dem Stress.

²¹ Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung, S. 198.

²² Siehe: Kalisch, R. (2020). Der resiliente Mensch. Wie wir Krisen erleben und bewältigen.

²³ Siehe: Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter.

Ziel der Studie war es, diejenigen Schlüssel zu identifizieren, die für die Bereiche (1) Alltagsstressoren, (2) kritischen Lebensereignissen und (3) Traumata – statistisch als **Schutzfaktoren** bestätigt werden können. Bei den untersuchten Konzepten gelang das z.B. für:

- Optimismus und positive Emotionen: Hier geht es um aktives Bewältigungsverhalten. Es geht darum, den Fokus auf alltägliche positive Erlebnisse zu lenken.
- Selbstwirksamkeitserwartung: Sich seiner eigenen Kompetenzen bewusst sein und die Erwartung haben, Anforderungen aus eigener Kraft zu bewältigen.
- Soziale Unterstützung: Zuwendung, Trost, Verständnis und Vermittlung eines Gefühls der Zugehörigkeit, Rückhalt sowie Hilfe bei der Problemlösung durch andere.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, pflegende Angehörige in ihrer Entwicklung von Resilienz zu unterstützen und dabei die o. g. Schutzfaktoren im Blick zu haben. Dabei kann das Modell der 7 Säulen der Resilienz hilfreich sein:²⁴

- **Akzeptanz**: bisherige Erfahrungen annehmen und sich mit Unabänderlichem abfinden.
- **Optimismus**: den positiven Dingen im Leben mehr Raum geben als den negativen
- **Selbstregulation / Selbstwirksamkeit**: auf die eigenen Fähigkeiten vertrauen und die eigenen Bedürfnisse kennen und das Handeln danach ausrichten
- **Verantwortungsübernahme**: Verantwortung für sich und das eigene Handeln übernehmen.
- **Beziehungsgestaltung / Netzwerkorientierung**: Aufbau und Pflege von stärkenden Beziehungen zu Anderen
- **Lösungsorientierung**: den Fokus auf die Lösung setzen statt auf das Problem
- **Zukunftsorientierung**: eine klare Vorstellung von der eigenen Zukunft zu haben und sich Ziele zu setzen, um diese zu erreichen.

Im Rahmen eines Case Managements für pflegende Angehörige spielen diese Schutz- und Resilienzfaktoren eine große Rolle. Dies spiegelt sich in der Art des Beratungsprozesses und in der Fokussierung auf die Stärkung der Ressourcen im Bereich soziale Unterstützung und gesunde Lebensführung.

4.3 Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger

Pflegenden Angehörigen steht eine Vielzahl an Unterstützungsangeboten zur Verfügung, da die gesetzliche Pflegeversicherung Angehörige und das weitere soziale Netzwerk unterstützt, um einen möglichst langen Verbleib der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Reformen der letzten Jahre haben u. a. Angebote an Betreuungsleistungen eingeführt bzw. weiter verbessert, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten wie z. B. der Tages- und Nachtpflege und der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege weiter flexibilisiert und zeitlich ausgeweitet, sowie darüber hinaus die individuelle Pflegeberatung weiter gestärkt. Auffällig ist jedoch, dass alle durch die Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Angebote nur durch eine Minderheit der Anspruchsberechtigten genutzt werden. Angebote werden einerseits aus Kostengesichtspunkten nicht genutzt, andererseits wird angegeben, dass keine Angebote in der Nähe vorhanden sind. Hinzukommen teils schlechte Erfahrungen mit den Pflegediensten und der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege. Und die gepflegte Person möchte häufig nicht durch Fremde betreut werden.²⁵

²⁴ Siehe: Heller, J. (2013). Resilienz. 7 Schlüssel für mehr innere Stärke.

²⁵ Schwinger, A., Tsiasioti, C., & Klauber, J. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege - eine Befragung pflegender Angehöriger, S. 190.

Auch die ZipA-Studie (Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige)²⁶ der Universität Witten-Herdecke zeigt, dass pflegende Angehörige einen hohen Informations- und Beratungsbedarf haben: 35–65 % der Befragten wünschen sich mehr Information zur Bewältigung der Pflegesituation. Aber auch die eigenen Bedürfnisse spielen eine Rolle: viele Studienteilnehmer haben Fragen zum Erhalt der eigenen Gesundheit (77 %) und wünschen sich (mehr) Austauschmöglichkeiten mit anderen Betroffenen (71 %). Die Ergebnisse der Befragung zeigen aber auch, dass pflegende Angehörige bestehende Informations- und Beratungsangebote nur bedingt kennen. 55–65 % der Befragten wissen, wie sie sich zu unmittelbar pflegebezogenen Themen informieren können. Informationsangebote zu ihrer eigenen Unterstützung kennen jedoch weniger als 40 %. Noch sehr viel geringer ist die tatsächliche Inanspruchnahme dieser Beratungsangebote. Lediglich 20–35 % haben sich über mögliche Unterstützung bei der Pflege und Betreuung intensiv informiert.

Zur Gesundheitsförderung und Prävention wäre es daher wünschenswert, wenn pflegende Angehörige über geeignete Unterstützungsmöglichkeiten rechtzeitig und umfassend informiert und zur Inanspruchnahme dieser Angebote motiviert würden.

5 Zielgruppe des Modellprojektes

Wissenschaft, Gesetzgebung und Leistungserbringer haben keine einheitliche Antwort auf die Frage, ab wann jemand ein pflegender Angehöriger ist. Je nach Perspektive wird eine unterschiedliche minimale wöchentliche Pflegezeit vorausgesetzt. Auch über das zu Grunde gelegte Verhältnis der pflegenden Angehörigen zu den pflegebedürftigen Personen (Verwandte, Freunde, Nachbarn, Bekannte) sowie die zu verrichtenden Tätigkeiten, die als Einschlusskriterien zur Gruppe der häuslich Pflegenden herangezogen werden, herrscht kein Konsens.²⁷

Das Sozialgesetzbuch XI gibt im § 19 folgende Definition:

*"Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt".*²⁸

Wir haben uns dieser Definition angeschlossen, aber den in unserem Zusammenhang anspruchsberechtigten Personenkreis erweitert auf Menschen, die bei beginnender Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen (noch ohne Pflegegrad) durch ihre Sorge- und Betreuungsarbeit bereits belastet sind. Sie zählen für uns, im Sinne des Präventionsgedankens, ebenfalls zur Zielgruppe für ein niederschwelliges und zugehendes Case Management für pflegende Angehörige.

Zur Gruppe der pflegenden Angehörigen gehören mehrheitlich Frauen. Nach wie vor wird die häusliche Pflege überwiegend von ihnen geleistet, auch wenn der Anteil der männlichen Hauptpflegepersonen in den letzten Jahren gestiegen ist.²⁹

Gemäß Pflegereport 2021 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK sind in Deutschland etwa zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen unter 65 Jahren erwerbstätig und stehen vor der Herausforderung, Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren. Ihre Anzahl wird in den nächsten Jahren vermutlich wachsen.³⁰

²⁶ Siehe: Bohnet-Joschko, Sabine (Hrsg.). (2020). Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.

²⁷ Siehe: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2018). Pflegende Angehörige von Erwachsenen. S3-Leitlinie, Anhang S. 10.

²⁸ Siehe: SGB XI. (1994). § 19 Begriff der Pflegepersonen.

²⁹ Siehe: Knauth, K., & Deindl, C. (Oktober 2019). Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege, S. 40.

³⁰ Siehe: Eggert, S. et al., (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener, S. 60 f.

5.1 Pflegende Angehörige in verschiedenen Lebensphasen

Menschen können in unterschiedlichen Lebensphasen zu pflegenden Angehörigen werden und müssen dabei – je nach ihren individuellen Lebensumständen und den jeweiligen Pflegeerfordernissen – unterschiedliche Aufgaben und Belastungen bewältigen.

5.1.1 Pflegende Angehörige im frühen Erwachsenenalter (18- 30 Jahre)

Die Datenlage zu jungen Erwachsenen mit Pflegeverantwortung (Young Adult Carer) ist noch dünn. Wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, welche Hürden und Belastungen es für sie gibt – z.B. bei der Ablösung vom Elternhaus oder der Entscheidung für eine Ausbildung oder ein Studium – und was sie als entlastend empfinden, fehlen momentan noch. Das Bundesfamilienministerium (BMFSFJ) hat daher in 2021 eine Studie in Auftrag gegeben, die die Lebenssituation und Wünsche von jungen Erwachsenen, die einen erkrankten Angehörigen pflegen, in den Blick nimmt.³¹

Der DAK-Pflegereport 2021 befasst sich ebenfalls mit dem Thema "Junge Menschen und Pflege". Für knapp ein Drittel der befragten 16- bis 39-Jährigen ist demnach häusliche Pflege ein Thema, weil sie Angehörige haben, die auf Pflege oder Hilfe im Alltag angewiesen sind.³² Zu den jungen Pflegenden (hier 16-39 Jahre), die täglich wenigstens drei oder mehr Stunden für die Pflege aufwenden und die deshalb besonders belastet sind, gehören Frauen signifikant häufiger als Männer. Zugehörige der einfachen Schicht sind in dieser Gruppe deutlich häufiger vertreten als jene aus der mittleren oder der gehobenen Schicht. Gleiches gilt für junge Pflegenden mit Migrationshintergrund. Diese beiden Gruppen sind überproportional häufig schon früh in die Pflege der eigenen Eltern eingebunden und haben eine vergleichsweise geringe Unterstützung von außerhalb der Familie.³³

5.1.2 Pflegende Angehörige im mittleren Erwachsenenalter (31- 60 Jahre)

In die Altersgruppe der 31 – 60 jährigen fallen rund 51 Prozent der Pflegenden, was der Kerngruppe der Erwerbstätigen entspricht.³⁴ Gepflegt werden im Erwerbsalter am häufigsten die eigenen Kinder (39 %) und dann ähnlich oft der/die Partner*in (26 %) und die Eltern (26 %). Pflegepersonen im Rentenalter hingegen pflegen vorrangig den/die eigene Partner*in.³⁵

Für erwerbstätige pflegende Angehörige konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung der Arbeit durch die Pflege und emotionalem Stresserleben gezeigt werden. Gemäß dem AOK Pflege Report 2021 legt der Forschungsstand nahe, dass Vereinbarkeitskonflikte am Arbeitsplatz zu den relevanten Stressoren für erwerbstätige pflegende Angehörige gehören, während positive Arbeitserfahrungen ein gewisses Potenzial haben, entlastend zu wirken.

Die Anforderungen am Arbeitsplatz mit den Anforderungen der häuslichen Pfl egetätigkeit in Einklang zu bringen, kann zeitlich wie auch emotional sehr belastend sein und ist mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden. Abweichungen vom austarierten Pflegesetting können nicht absehbare Folgen haben und erzeugen daher Stress bei allen Beteiligten. Ohne eine gewisse zeitliche Flexibilität im Arbeitsleben ist es für erwerbstätige pflegende Angehörige sehr schwer, den Anforderungen der häuslichen Pflege, insbesondere bei Notfall- und Krisensituationen, gerecht zu werden.³⁶

³¹ Siehe: "Nummer gegen Kummer". (12.08.2021). Online Befragung zur Situation von Young Adult Carer.

³² Siehe: Haumann, W. (2021). Die junge Pflege - Allensbach-Befragung der 16- bis 39-jährigen Bevölkerung mit besonderer Berücksichtigung junger Pflegenden, S. 38.

³³ Siehe: ebd., S.48.

³⁴ Siehe: Geyer, J. (2016). Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten, S. 27.

³⁵ Siehe: ebd., S. 37.

³⁶ Siehe: Seidl, N., et al., (2017). Erwerbsarbeit (ehemals) pflegender Angehöriger - Hindernisse und Unterstützungsmöglichkeiten, S. 17 ff.

Daher verwundert es nicht, dass Konflikte, die sich aus den Vereinbarkeitsanforderungen ergeben, oftmals dadurch gelöst werden, dass Arbeitszeit reduziert oder die berufliche Beschäftigung gleich ganz aufgegeben wird. Dies gilt insbesondere für Frauen, die Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und Pflege von Angehörigen gleichzeitig bewältigen müssen. Ganz besonders gilt das für Familien mit pflegebedürftigen Kindern. Um den Herausforderungen gerecht zu werden, reduzieren die betroffenen Mütter ihre Arbeitszeit (jede zweite Frau) oder beenden sogar ihre berufliche Karriere ganz (ca. jede vierte Frau).³⁷

5.1.3 Pflegende Angehörige im späten Erwachsenenalter (61 Jahre und älter)

Pflegende Angehörige im späten Erwachsenenalter (61 Jahre und älter) sind zahlenmäßig die zweitgrößte Gruppe unter den pflegenden Angehörigen. Auch in dieser Lebensphase ist die Hauptpflegeperson überwiegend weiblich. Allerdings gleicht sich der Anteil von Frauen und Männern im Verlauf des Alters an. Ab dem 66. Lebensjahr zeigt sich kein relevanter Unterschied mehr im zeitlichen Betreuungsaufwand von Frauen und Männern.³⁸ Der in Stunden geleistete Pflege- und Betreuungsaufwand nimmt im Alter zu. Ab Ende 50 wächst er deutlich an und liegt im Alter von 79 Jahren im Schnitt bei 20 Wochenstunden.³⁹

Der Anstieg der geleisteten häuslichen Pflege- und Betreuungsstunden mit zunehmendem Alter hängt zum einen damit zusammen, dass mit Eintritt ins Rentenalter mehr Stunden dafür zur Verfügung stehen als zu Zeiten der Erwerbstätigkeit und der Belastungsfaktor Arbeit entfällt. Zum anderen damit, dass mit zunehmendem Alter meist der/die eigene Partner*in gepflegt und versorgt wird. Gepflegte und pflegende Person leben in diesem Fall in einem Haushalt und somit kann sich intensiver um die pflegebedürftige Person gekümmert werden. Zudem steigt mit zunehmendem Alter der/des Gepflegten auch die Wahrscheinlichkeit einer dementiellen Veränderung, was wiederum in der Folge eine umfangreichere Betreuung erfordert bis hin zu einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Für die Pflegeperson ist damit eine hohe psychische Belastung verbunden.

Angehörige jenseits der Erwerbstätigkeit haben gleichzeitig selbst eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, von Krankheit oder Funktionseinschränkung betroffen zu sein (Multimorbidität). In der Folge können die Belastungen, die mit einer Pflege- und Betreuungstätigkeit verbunden sind, zu einer Gefährdung des häuslichen Pflegearrangements führen.⁴⁰ Für diese Gruppe ist der sorgsame Umgang mit der eigenen Gesundheit daher besonders wichtig.

³⁷ Siehe: Eggert, S., et al., (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener, S. 60 ff..

³⁸ Siehe: Nowossadeck, S., et al., (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige, S. 11.

³⁹ Siehe: Klaus, D., & Vogel, C. (2019). Unbezahlte Sorgetätigkeit von Männern und Frauen im Verlauf der zweiten Lebenshälfte.

⁴⁰ Siehe: Büscher, A. (2020). Bedarfslagen in der häuslichen Pflege, S. 58.

6 Projektdurchführung

Nachdem im Kapitel 4 die Ausgangslage und die Belastungen pflegender Angehöriger dargestellt wurden und in Kapitel 5 die Zielgruppe des Modellprojektes kurz beleuchtet wurde, geht es im Kapitel 6 nun um die Zielsetzung und die konkrete Durchführung des PuRpA-Modellprojektes 2.

6.1 Zielsetzung

Gemäß Antragstellung war es Ziel des Projektes „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“, die individuelle häusliche Pflegesituation mit Hilfe eines niederschweligen, zugehenden, sektorenübergreifenden und präventiven Case Managements so zu stärken, dass sich

- die Belastung pflegender Angehöriger reduziert,
- ihre Selbstpflegekompetenz und Gesundheit gefördert wird sowie
- ihre Zufriedenheit mit den bestehenden häuslichen Pflegearrangements erhalten bleibt.
- Case Manager*innen müssen dabei in die vorhandenen lokalen Netzwerke und Strukturen eingebunden sein und eng mit diesen zusammenarbeiten.

Dabei soll die Case Management Intervention die verschiedenen Lebensalter und Lebenslagen von pflegenden Angehörigen sowie ihre jeweiligen Bedarfe berücksichtigen. Der Heterogenität von pflegenden Angehörigen wird dabei durch einen systemischen und individualisierten Beratungs- und Begleitungsansatz Rechnung getragen. Jede Beratung und Begleitung soll einen Weg aufzeigen hin zu weniger Belastung und zu mehr Lebensfreude sowie nachhaltiger Gesundheit.

Im Fokus der Case Management Intervention für pflegende Angehörige steht die Stärkung des Wohlbefindes und der Gesundheit – vor allem der psychischen Gesundheit. Um dies zu erreichen, sollen die individuellen Ressourcen gestärkt werden, besonders in den Bereichen Wissen und Können, Umgang mit Stress und Selbstfürsorge.

Die durch die häusliche Pflege stark belasteten pflegenden Angehörigen sollen mit Hilfe eines/r Case Manager*in ihren persönlichen Weg zur Entlastung entwickeln und bei der Umsetzung ihrer individuellen Ziele begleitet und unterstützt werden. Dabei sollen unterschiedliche Instrumente und Methoden, unter anderem zur Gesundheitsförderung und Prävention, niederschwellig und partizipativ zum Einsatz kommen.⁴¹

Zu den Unterstützungsleistungen im Rahmen eines Case Managements für pflegende Angehörige zählen auch die Beratungs- und Vermittlungsleistungen, wenn aufgrund bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen die Inanspruchnahme einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme angezeigt scheint. Hier knüpft der/die Case Manager*in die entsprechenden Kontakte im Rahmen der Netzwerkarbeit und vermittelt an die zuständigen Akteure z.B. Hausarzt*in und Kurberatungsstellen für pflegende Angehörige. Weiterhin steht er/sie während des Beantragungs- und Vorbereitungsprozesses als Ansprech- und Unterstützungsperson für alle Beteiligten zur Verfügung. Nach Beendigung der Vorsorge-/Rehamaßnahme können dann die Zielsetzungen aus der Maßnahme in der weiteren Case Management Begleitung aufgegriffen und verfolgt werden.

Durch eine solche nachsorgende Begleitung sollen Drehtüreffekte vermieden und der Therapieerfolg aus der stationären Maßnahme nachhaltig gesichert werden.

⁴¹ Siehe auch: Ehlers, C., Müller, M., & Schuster, F. (2017). Stärkenorientiertes Case Management.

Um die Ziele zu erreichen, wurde ein Rahmenkonzept inklusive Schulungscurriculum erstellt für

- a. die Durchführung einer Case Management Beratung für pflegende Angehörige und
- b. die Qualifizierung von Bestandsmitarbeiter*innen aus der Pflege- und/oder Sozialberatung sowie der Quartiersarbeit zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige.

Im Projektverlauf wurde das erstellte Rahmenkonzept erprobt und validiert. Nach Veröffentlichung der Projektergebnisse wird es interessierten Leistungsanbietern zur Verfügung stehen und kann als Basis für den Ausbau von zugehenden Case Management Beratungsangeboten für pflegende Angehörige dienen.

6.2 Vorgehen

Das Modellprojekt "Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige" wurde – wie in Kapitel 3 dargestellt – wissenschaftlich vom Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) an der Hochschule Bielefeld begleitet.

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war die Erhebung und Aufbereitung von Daten für die Konzeptentwicklung sowie dessen Validierung. Der zentrale Fokus lag dabei auf den Bedarfen von pflegenden Angehörigen in Bezug auf zugehende Case Management Leistungen. Ergänzend wurden die Perspektiven der Leistungserbringer und weiterer professioneller Akteure mit einbezogen.

Die Entwicklung des Rahmenkonzeptes erfolgte auf Basis einer nationalen und internationalen Literaturrecherche und -auswertung. Zudem wurden die Ergebnisse der Recherche nach Best Practice Modellen und bestehenden Konzepten berücksichtigt.

Die Perspektive möglicher Leistungserbringer wurde mit einbezogen, ebenso die Einschätzung von Expert*innen. Dazu wurden Expert*innen-Fokusgruppen zum Thema „Case Management“ und zum Thema „Schulungscurriculum“ durchgeführt. Die Perspektive von pflegenden Angehörigen wurde durch eine gesonderte Fokusgruppe erfasst. Die aufbereiteten Ergebnisse hat das InBVG für die Konzeptentwicklung bereitgestellt.⁴²

Die Pilotversion des Rahmenkonzeptes diente als Basis für die Planung und Durchführung einer Weiterbildung für Bestandsmitarbeiter*innen ausgewählter Modellstandorte in NRW. Zudem wurde in einer ersten Validierungsrunde der Konzeptrahmen für die Durchführung eines Case Management für pflegende Angehörige (CMpA) durch einen Expert*innen-Kreis aus Praxis und Wissenschaft und unter Beteiligung der Selbsthilfe auf Praxistauglichkeit hin bewertet. Die Auswertungsergebnisse wurden durch das InBVG an der Hochschule Bielefeld bereitgestellt.

Die validierte Pilotversion des Rahmenkonzeptes wurde anschließend an urbanen und ländlichen Modellstandorten in NRW erprobt. Dafür konnten Kooperationspartner gewonnen werden, die bereit waren, Mitarbeiter*innen schulen zu lassen und die zeitlichen Ressourcen für das neue Beratungsangebot bereit zu stellen. Die Erprobungsphase wurde durch das Projektteam begleitet und in Austauschrunden mit den Case Manager*innen und Expert*innen wurde regelmäßig der vorgesehene Beratungsprozess reflektiert und Fallbesprechungen ermöglicht.

Pflegende Angehörige, die eine Case Management Beratung an einem der Modellstandorte in Anspruch genommen haben, wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung im Vorfeld der Beratung zur häuslichen Pflegebelastung, ihrem Wohlbefinden und zur sozialen Unterstützung befragt. Ungefähr vier Wochen nach Beendigung der Case Management Beratung erfolgte eine zweite Befragung. Zusätzlich zu den Bereichen „Pflegebelastung“, „Wohlbefinden“ und „Soziale Unterstützung“ wurden die Zufriedenheit

⁴² Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6.3

mit der CMpA-Beratung und die erzielten Wirkungen abgefragt. Durch dieses Vorgehen wurde eine Datengrundlage gebildet, um den späteren Verlauf von Gesundheit und Veränderungen in den individuellen Ressourcen darzustellen. Zudem wurden ergänzend leitfadengestützte qualitative Telefon-Interviews mit einigen der teilnehmenden pflegenden Angehörigen durchgeführt.

Auch mit den teilnehmenden Case Manager*innen wurden leitfadengestützte Telefon-Interviews durchgeführt, um Informationen zur durchgeführten CMpA-Weiterbildung, zum CMpA-Ablauf und den einzusetzenden Standard-Instrumenten zu erhalten.

Die Auswertungsergebnisse der Erprobungsphase und der Begleitstudie sind in die Finalisierung des Rahmenkonzeptes eingeflossen. Anschließend erfolgte eine abschließende Validierung durch Expert*innen, einmal zum CMpA-Ablauf und einmal zum Schulungscurriculum. Durch einen beauftragten Experten für Medizin- und Gesundheitsrecht erfolgte eine sozialrechtliche Bewertung und Einordnung. Anhand der in der Erprobungsphase geführten Leistungsdokumentation der Case Manager*innen wurde der Aufwand für eine CMpA-Beratung ermittelt und eine Kosteneinschätzung durchgeführt.

6.3 Entwicklungsphase

In der ersten Jahreshälfte 2021 führten die Mitarbeiterinnen des InBVG im Q-Projekt eine systematische internationale und nationale Literaturrecherche und -auswertung zum Thema Case Management für pflegende Angehörige in Form eines Scoping Reviews durch.⁴³ Von Interesse war in diesem Zusammenhang insbesondere die Suche nach bereits bestehenden zugehenden, sektorenübergreifenden und präventiven Beratungs- und Unterstützungskonzepten/Case Management Konzepten für pflegende Angehörige, deren Gelingensbedingungen und Wirksamkeit. Zudem sollten Bedarfe hinsichtlich einer Betreuung durch eine*n Case Manager*in im Kontext von Gesundheitsförderung sowie Unterstützungs- und Beratungsbedarfen vor und nach der Inanspruchnahme einer stationären Vorsorge- und Rehabilitation identifiziert werden. Des Weiteren wurde nach Best Practice Modellen und Konzepten in verschiedenen Praxis- und Forschungsdatenbanken gesucht. Im Anschluss erfolgten die Ergebnissicherung und der Transfer für die Konzeptentwicklung. Dem Modellprojekt wurden außerdem Good Practice Kriterien für Projekte der Gesundheitsförderung sowie eine ergänzende Literaturliste und Literatur zum Thema Case Management/und Schulungscurriculum zur Verfügung gestellt.

Der Ethikantrag, welcher die Voraussetzung für die geplanten Erhebungen im Projektzeitraum darstellte, wurde zu Beginn des Jahres 2021 eingereicht und die Hochschule Bielefeld erhielt das ethische Clearing im März 2021 von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e.V.

Als erste Datenerhebung im Modellprojekt wurden Fokusgruppen mit Expert*innen und Nutzer*innen im Jahr 2021 geplant. Die Mitarbeiterinnen des InBVG unterstützten das Projektteam bei der Vorbereitung und Durchführung der Fokusgruppendifkussion mit Expert*innen im Online-Format. Hierzu gehörte die Unterstützung bei der Leitfadenerstellung, der technischen Umsetzung und der Ergebnisdokumentation. Die Moderation übernahm die Modellprojektleitung anhand folgender Leitfragen:

- Welche Hindernisse bestehen bei der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige?
- Wie sollte ein Case Management ausgestaltet sein, damit es für die pflegenden Angehörigen den größtmöglichen Nutzen bietet?

⁴³ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6.3

- Stellen Sie sich vor ein*e pflegende*r Angehörige*r nimmt eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch: Wie sieht die bestmögliche Vor- bzw. Nachsorge für pflegende Angehörige durch eine*n Case Manager*in aus?
- Was wird benötigt, damit eine spätere Überführung in die Regelfinanzierung gelingt?

Die Expert*innen-Fokusgruppe fand am 12. Mai 2021 mit sieben Expert*innen der folgenden Institutionen statt: Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz in NRW (Trägerschaft: Kuratorium Deutsche Altershilfe), Hochschule für Gesundheit (HSG) Bochum - Department of Community Health, AWO Stadtteilprojekt (Paulusviertel) Recklinghausen, Einrichtungsleitungen von Vorsorgekliniken der AW Kur und Erholungs GmbH, Pflegeberatung Rheinisch-Bergischer Kreis, Amt für soziale Leistungen - Fachdienst Pflege der Stadt Bielefeld.

Die Online-Fokusgruppe mit Nutzer*innen zum selben Thema fand mit einer altersgemischten Gruppe von sechs pflegenden Angehörigen beiderlei Geschlechts am 17. Juni 2021 statt. Die Moderation erfolgte wieder durch die Projektleitung anhand von Leitfragen.

Zusätzlich fand am 17. Juni 2021 noch eine Expert*innen-Fokusgruppe zum Thema CmpA-Weiterqualifizierung statt, in der folgende Leitfragen gestellt wurden:

- Welche modularen Bausteine sollten in der Weiterqualifikation zum/zur Case Manager*in für pflegende Angehörige enthalten sein?
- Wie sollte eine Weiterqualifikation zum/zur Case Manager*in für pflegende Angehörige konzipiert sein?
- Welche Kriterien und Anforderungen sollten für eine nachhaltige Verankerung des Schulungscurriculums erfüllt sein?

Insgesamt nahmen neun Expert*innen folgender Institutionen daran teil: Unfallkasse NRW, eine zertifizierte Ausbilderin Case Management (DGCC ⁴⁴), Forschungsverbund Familiengesundheit an der Medizinischen Hochschule Hannover, Hochschule für Gesundheit (HSG) Bochum - Department of Community Health, Beratungs- und Infocenter Pflege (BIP) des Kreises Recklinghausen, Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz der Region Bergisches Land, wir pflegen - Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger in NRW e. V., eine Lotsen-Koordinatorin des Projektes Stroke OWL, AWO Stadtteilprojekt (Paulusviertel) Recklinghausen.

Die Auswertung der drei Fokusgruppendifkussionen erfolgte durch das InBVG und wurde dem Modellprojekt Anfang Juli und Anfang August 2021 zur Verfügung gestellt. Damit war der erste Meilenstein „Ergebnisse für die Konzeptentwicklung liegen vor“ erreicht. ⁴⁵

Im Anschluss startete dann die Ausarbeitung des Konzeptrahmens für die Durchführung eines Case Managements für pflegende Angehörige und die Ausarbeitung eines Schulungs-Curriculums für die Weiterqualifizierung von Bestandsmitarbeiter*innen zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige.

Parallel zur Ausarbeitung der Pilotversion des Rahmenkonzeptes inklusive Schulungscurriculum wurde ab Sommer 2021 mit der Gewinnung von Kooperationspartnern für die Erprobungsphase begonnen.

Ab November 2021 erfolgte die Planung für die vorgesehenen Weiterbildungseinheiten im Frühjahr 2022 und die Suche nach geeigneten Dozent*innen für die Durchführung. Für die Mitwirkung bei der Ausarbeitung des Pilot-Schulungs-Curriculums und die Durchführung von zwei Weiterbildungsmodulen konnte die

⁴⁴ DGCC = Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.

⁴⁵ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6.3

Unfallkasse NRW als Kooperationspartner gewonnen werden. Bei der Unfallkasse sind Pflegepersonen im Sinne des SGB XI bei ihrer häuslichen Pfl egetätigkeit versichert. Die Unfallkasse NRW bietet pflegenden Angehörigen und Fachkräften zudem eine breite Palette an Angeboten zum Thema Sicherheit und Gesundheit bei der Pflege.⁴⁶

Die Inhalte der Pilot-Weiterbildung teilten sich auf in Basismodule und Zusatzmodule und orientierten sich an den im Konzeptrahmen definierten Aufgaben und der Rolle zukünftiger Case Manager*innen für pflegende Angehörige. Als wichtige Inhalte wurden von den Expert*innen der Fokusgruppe die Themen Beratung und Kommunikation angesehen. Hervorgehoben wurden insbesondere eine motivierende Gesprächsführung, eine lösungsorientierte Beratung, die Kommunikation im Familiensystem sowie die Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe im Kontext der Kommunikation/Ansprache. Darüber hinaus sind Netzwerkarbeit und spezifische Themen wie Stressmanagement und Resilienzstärkung relevante Themen, die im Rahmen der Modulkonzeption berücksichtigt werden sollten.

Für die Basiseinheit „Care und Case Management“ konnte ein erfahrener Dozent und DGCC-zertifizierte Trainer verpflichtet werden und für die Basiseinheit „Gesundheitsförderung und Prävention“ eine erfahrene Trainerin für Stressbewältigung und Resilienzförderung. Die Unfallkasse NRW hat ihre Seminare „Beim Pflegen gesund bleiben“ und „Familienmoderation/Konfliktmoderation im Rahmen von Pflegebedürftigkeit“ für die CMpA-Weiterbildung angepasst und als Zusatzmodule im Anschluss an die Basis-Schulungseinheiten kostenlos angeboten. Die Weiterbildungsteilnehmenden konnten so ihre in den Basiseinheiten erworbenen Kenntnisse festigen und zusätzlich neue Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben.

Die CMpA-Basisschulung wurde auf zwei mal drei Tage Schulung ausgelegt und aufgrund der Corona-Pandemie im Online-Format durchgeführt. Eine Intensivierung der Basisschulungsinhalte erfolgte mit etwas zeitlichem Abstand in zwei halbtägigen Fresh-Up-Terminen (ebenfalls online). Basis-Schulung und Fresh-Up-Termine ergaben zusammen 54 Unterrichtseinheiten (UE). Die Zusatzmodule der Unfallkasse NRW umfassten insgesamt 72 UE und wurden in Präsenz durchgeführt.

Als Gelingensbedingung für die Durchführung der Weiterbildung wurde im Hinblick auf die Konzeption und Abfolge der Module von den Expert*innen der Fokusgruppe eine Kombination von theoretischen und praktischen Inhalten empfohlen. Die Vermittlung sollte idealerweise in Präsenz stattfinden, mindestens aber in einer Kombination aus digitalen und Präsenzeinheiten. Folgende Methoden wurden in der CMpA-Pilot-Weiterbildung eingesetzt:

- Impulsreferate, Theoriearbeit
- Fallbeispiele in Kleingruppen und Plenumsdiskussion
- Training, Rollenspiel, Selbstreflexion
- Supervision im Rahmen interkollegialer Austauschtreffen

Die in der Weiterbildung geschulten Instrumente und Methoden wurden für die Teilnehmenden in einem (digitalen) Methodenkoffer zusammengefasst, so dass in der CMpA-Beratung leicht darauf zugegriffen werden konnte. In der Pilotversion waren folgende Instrumente enthalten:

- FARBE/ FARBE-DEM Fragebogen
- Netzwerkkarte
- P.E.L.Z.
- Stärkenkarte
- Unterstützungsplanung
- Instrumente zur Stressreduktion und Resilienzförderung

⁴⁶ Siehe z.B. das Web-Portal „Zu Hause pflegen“: <https://zuhause-pflegen.unfallkasse-nrw.de/>

Die Basis-Schulung erfolgte im März/April 2022.⁴⁷ Die Module der Unfallkasse NRW fanden im Sommer und Herbst 2022 statt. Mitte Oktober 2022 waren alle Schulungseinheiten abgeschlossen.

Die Pilotversion des Konzeptrahmens für die Durchführung eines Case Managements für pflegende Angehörige wurde im Rahmen eines ersten Validierungs-Workshops im Juli 2022 von insgesamt fünf Expert*innen hinsichtlich des Ablaufs der CMpA-Beratung und der beschriebene Qualitätskriterien bewertet.

Es nahmen Expert*innen folgender Institutionen daran teil: Pflegeberatung AOK Nordwest, Pflegeberatung der Stadt Bielefeld, HSG Bochum - Department of Community Health, wir pflegen NRW e.V., AWO Stadtteilprojekt (Pauslusviertel) Recklinghausen.

Anhand der Validierungsergebnisse und Rückmeldungen wurde gemeinsam mit dem Kreis der Case Manager*innen, die für die Erprobungsphase vorgesehen waren, der Konzeptrahmen nachgeschärft und in Arbeitssitzungen wurde im August 2022 der Einstieg in die Erprobung vorbereitet.

Abbildung 2 - Ablauf Case Management für pflegende Angehörige (eigene Darstellung)



⁴⁷ Siehe Anlage III - Curriculum CMpA-Pilot-Weiterbildung

6.4 Kooperationspartner

Für die Erprobung des entwickelten PuRpA-2 Konzeptes wurden Kooperationspartner im ländlichen und urbanen Raum in NRW gesucht. Gemäß Projektantrag war vorgesehen, dass die Erprobung in mindestens drei Kreisen/Kommunen in NRW über einen Zeitraum von 18 Monaten erfolgen sollte. Daher wurde schon frühzeitig im Jahr 2021 damit begonnen, in Gremien der Freien Wohlfahrtspflege, bei Kreisen und Kommunen in NRW und bei Pflegekassen für die Mitwirkung im Projekt zu werben. Zudem wurden die Informationen über Multiplikator*innen weiterer Institutionen gestreut (z.B. Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz, LAG Wohnberatung, LAG Seniorenbüros).

Nach den entsprechenden Präsentationen des Modellprojektvorhabens durch die Projektleitung wurden interessierte Akteure von Kreisen/Kommunen, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und von Pflegekassen zur Abgabe einer Interessensbekundung bis zum 01.07.2021 aufgefordert.

Nach Eingang der Interessensbekundungen wurde dann im Rahmen von vertiefenden Gesprächen ab September 2021 die konkreten Kooperationen auf dem Weg gebracht und es wurden acht Kooperationsvereinbarungen für die Teilnahme an der CMpA-Weiterbildung und der Erprobungsphase abgeschlossen.

Insgesamt wurden 15 Bestandsmitarbeiter*innen von Trägern der freien Wohlfahrtspflege, Kreisen, Kommunen und Pflegekassen im Rahmen der Pilotschulung zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige weiterqualifiziert. Aus organisatorischen, gesundheitlichen und persönlichen Gründen konnten aber nicht alle qualifizierten Case Manager*innen auch an der Erprobungsphase teilnehmen.

Die beteiligten Modellstandort und Träger sind in der Tabelle 1 aufgelistet:

Tabelle 1 - Beteiligte Modellstandorte im Projekt

Standort	Institution/Träger	Mitarbeiter*innen
Modellstandorte, die an der Qualifizierung und an der Erprobung teilgenommen haben		
Bielefeld (kreisfreie Stadt)	Stadt Bielefeld - Amt für soziale Leistungen (Sozialamt)	4
Recklinghausen (Kreis Recklinghausen)	AW Kur und Erholungs GmbH - (Freie Wohlfahrt) Stadtteilbüro Recklinghausen	1
Steinfurt (Kreis Steinfurt)	Kreis Steinfurt - Amt für Soziales und Pflege	1
Heek (Kreis Borken)	Caritasverband im Dekanat Ahaus-Vreden e.V. (Freie Wohlfahrt)	1
Stadtlohn (Kreis Borken)		1
Bergisch Gladbach (Rhein.-Berg. Kreis)	Rheinisch-Bergischer Kreis - Amt für Soziales und Inklusion	1
Modellstandorte, die nur an der Qualifizierung teilgenommen haben		
Marl (Kreis Recklinghausen)	AWO Unterbezirk Münsterland Recklinghausen (Freie Wohlfahrt)	1
Gladbeck (Kreis Recklinghausen)		2
Münster (kreisfreie Stadt)	Alexianer Münster GmbH (Freie Wohlfahrt)	1
LenneStadt (Kreis Siegen)	AOK NordWest - Pflegekasse	1
Gelsenkirchen (kreisfreie Stadt)		1

6.5 Erprobungsphase

Gemäß Projektantrag war vorgesehen, dass die Erprobung über einen Zeitraum von 18 Monaten erfolgen sollte. Dies konnte aufgrund der aufwändigen Curriculumsentwicklung, der umfangreichen Vorarbeiten für die Durchführung der CMpA-Pilot-Weiterbildung und die intensive Vorbereitung auf die Erprobung nicht realisiert werden. Für all diese Aufgaben wurde mehr Zeit benötigt als ursprünglich eingeplant war. Durch die vom Fördermittelgeber genehmigte Verlängerung der Projektlaufzeit um drei Monate, konnte die Erprobung an den Modellstandorten aber über einen Zeitraum von 12 Monaten durchgeführt werden.

Von elf Modellstandorten, die an der Qualifizierung der Berater*innen teilgenommen haben, starteten letztendlich tatsächlich sechs Standorte mit insgesamt neun Mitarbeiter*innen in die Erprobung (siehe Tabelle 1). Dies hatte unterschiedliche Gründe: eine Mitarbeiterin fiel wegen Elternzeit aus, andere wegen einer Langzeiterkrankung und bei der AOK Nordwest führte die zu dem Zeitpunkt angespannte personelle Situation bei der Pflegeberatung dazu, dass es nicht mehr möglich war, an der Erprobungsphase teilzunehmen.

6.5.1 Teilnahme an der wissenschaftlichen Begleitstudie ⁴⁸

Für die Durchführung der wissenschaftlichen Befragung der Nutzer*innen des Case Managements für pflegende Angehörige wurden von der Hochschule Bielefeld gemeinsam mit dem Projektteam Fragebögen für die Befragung zu Beginn (t0) und vier Wochen nach (t1) Abschluss einer CMpA-Beratung entwickelt.

Für die Durchführung der schriftlichen Befragung war die Mitwirkung der Case Manager*innen erforderlich. In zwei Videokonferenzen wurde das geplante Vorgehen von einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Hochschule Bielefeld erläutert und die Mitwirkungserfordernisse im Detail durchgesprochen. Im Anschluss wurden die Fragebogenunterlagen gedruckt, gepackt und postalisch zur Verfügung gestellt. Die Case Manager*innen konnten sich jederzeit bei Fragen zur Begleitstudie an die wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Bielefeld wenden und auch an das PuRpA-2 Projektteam.

Nach Beendigung der schriftlichen Befragung wurden noch Telefon-Interviews durchgeführt, sowohl mit den Case Manager*innen wie auch einigen Nutzer*innen. So konnten vertiefende Fragen zum Beratungsablauf und zur Zufriedenheit mit der durchgeführten CMpA-Beratung und zu erzielten Effekten gestellt werden, die die aus der Fragebogenerhebung gewonnen Erkenntnisse ergänzten.

6.5.2 Öffentlichkeitsarbeit

Für den Start in die Erprobung war es erforderlich, das neue CMpA-Beratungsangebot bekannt zu machen. Eine flächendeckende Information für ganz NRW über diverse Newsletter, Online-Portale und Selbsthilfeverbände, Flyer, etc. konnte nicht erfolgen, da das neue Angebot Case Management für pflegende Angehörige nur an einigen ausgewählten Modellstandorten in NRW erprobt werden konnte.

Auch in den anderen PuRpA-Modellprojekten konnte kein gemeinsamer Start der Kooperationseinrichtungen in die Erprobung verwirklicht werden. Somit machte auch eine gemeinsame Veranstaltung des PuRpA-Verbandes zur Information der (Fach-) Öffentlichkeit vor Erprobungsbeginn keinen Sinn. Alternativ wurden im Verbund öffentlichkeitswirksame Maßnahmen besprochen, um den Start der Erprobung im Jahr 2022 bekannt zu geben. Insbesondere Stellen, die pflegende Angehörige beraten, Selbsthilfeverbände, Haus- und Facharzt*innen sowie Kostenträger und die pflegenden Angehörigen selbst mussten über die neuen Angebote der Modellstandorte und Kooperationseinrichtungen informiert werden. Hierzu gab es eine breit angelegte Informationskampagne.

⁴⁸ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6

Einen Teil dieser Aufgabe übernahm für das gesamte PuRpA-Verbundvorhaben die Koordinierungsstelle beim InBVG an der Hochschule Bielefeld. Hier wurden entsprechende Einträge auf der Webseite des Verbundvorhabens eingestellt und Infobriefe wurden gemeinsam mit den Modellprojekten erstellt und an Multiplikator*innen, Zuweiser*innen und über Selbsthilfeverbände an die Zielgruppe verteilt. Der Beirat des Verbundvorhabens wurde einbezogen und um Weiterverteilung der Informationen gebeten. Zudem gab es Beiträge in verschiedenen Newslettern (z.B. Alzheimer Gesellschaft, der BAGSO ⁴⁹, den Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe und den Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz, etc.) und die Qualitätszirkel der Hausärzt*innen in NRW wurden per Rundbrief informiert.

Die Projektträger nutzten ihre Zugänge wie Webauftritt, Mitgliederzeitschrift, Gremien und Arbeitskreise, um über den Start der Erprobung zu berichten und Öffentlichkeit zu erzeugen. Das Modellprojekt 2 selbst flankierte diese Maßnahmen durch die Teilnahme an verschiedenen Fachtagen und Kongressen in unterschiedlichen Regionen von NRW, z.B. Tag der Pflegeberatung, Tag der pflegenden Angehörigen, Reha Care Messe, Kongress der Alzheimer Gesellschaft und durch Kontaktpflege zu verschiedenen Institutionen wie dem KDA,⁵⁰ der Unfallkasse NRW (Web-Portal zu „Hause Pflegen“ ⁵¹) und Selbsthilfeverbänden.

Mit Beginn der Erprobung wurde zudem an den einzelnen Modellstandorten öffentlichkeitswirksame Maßnahmen umgesetzt. Die geschulten Case Manager*innen informierten ihr Netzwerk und im Rahmen von z.B. Tagen der Pflegeberatung oder Veranstaltungen von örtlichen Selbsthilfegruppen auch die Zielgruppe selbst. Es wurde Informationsmaterial erstellt und vor Ort verteilt. Auf den Webseiten der Kooperationspartner wurden im Laufe des Erprobungszeitraums das neue Angebot präsentiert. Die einzelnen Modellstandorte waren hier mit unterschiedlicher Geschwindigkeit aktiv, was auch mit den zeitlichen Kapazitäten der beteiligten Mitarbeiter*innen zusammenhing.

6.5.3 Erprobung des Case Managements für pflegende Angehörige an den Modellstandorten

Der entwickelte Konzeptrahmen "Case Management für pflegende Angehörige" wurde von August 2022 bis Juli 2023 an drei urbanen (Bielefeld, Recklinghausen und Rheinisch-Bergischer-Kreis) und drei ländlichen Standorten (Kreis Steinfurt, Gemeinde Heek und Gemeinde Stadtlohn) in NRW erprobt.

Im Anschluss an die Pilotschulung wurde die Erprobungsphase in mehreren Arbeitsterminen gemeinsam mit den Case Manager*innen (CMpA) vorbereitet. Bei diesen Terminen wurden die zu berücksichtigenden Vorgaben für den Datenschutz besprochen und nochmals im Detail der vorgesehene CMpA-Ablauf durchgegangen und die standardmäßig zu nutzenden Instrumente. Alle für die CMpA-Beratung notwendigen Unterlagen und Instrumente wurden den Case Manager*innen über eine Arbeitsplattform der Hochschule Bielefeld zur Verfügung gestellt. Während der Erprobungsphase stand das Projektteam in regelmäßigem Austausch mit den Case Manager*innen an den einzelnen Modellstandorten und stand als Ansprechpartner bei Fragen und Problemen zur Verfügung.

Insgesamt wurden vom Projektteam vier interkollegiale Austauschtreffen online und in Präsenz während der Erprobung durchgeführt, welche nach Bedarf zusätzlich durch Dozent*innen der Pilotschulung begleitet wurden. An diesen Treffen nahm auch immer eine wissenschaftliche Mitarbeiterin der Hochschule Bielefeld teil. In den Treffen hatten die Case Manager*innen die Möglichkeit, sich über aktuelle CMpA-Fälle sowie Hürden bei der Beratung und Fallbearbeitung auszutauschen. Das Projektteam konnte so bereits in der Erprobungsphase Rückmeldungen für die Überarbeitung von Konzept, Curriculum und Arbeitsmaterialien sammeln.

⁴⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen

⁵⁰ Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

⁵¹ Siehe: <https://zuhause-pflegen.unfallkasse-nrw.de/>

Zusätzlich zu den mehrstündigen Austauschtreffen wurde vom Projektteam angeboten, bei akutem Klärungs- und Beratungsbedarf kurzfristig zusätzliche Arbeitstreffen online durchzuführen. Dieses Angebot wurde nicht in Anspruch genommen.

Die Fallverläufe wurden durch die CMpA in einer anonymisierten Leistungsdokumentation⁵² festgehalten. Neben der Dokumentation der durchgeführten Beratungseinsätze, dienten die Daten der Einschätzung des zeitlichen und organisatorischen Aufwandes und wurden für die Kosteneinschätzung genutzt.

Im Rahmen der interkollegialen Austauschtreffen wurde deutlich, dass die CMpA zu Anfang der Erprobungsphase sehr viel Zeit in die Gewinnung von pflegenden Angehörigen für das neue Angebot investieren mussten. Alle CMpA hatten über ihre Tätigkeit in der Pflegeberatung, der Sozialberatung oder der ambulanten Pflege einen guten Zugang zur Zielgruppe und konnten im Rahmen dieser Tätigkeit belastete pflegende Angehörige ansprechen und ihnen das neue Beratungsangebot unterbreiten. Allerdings haben sich aus dieser Akquisemöglichkeit nicht immer direkt auch Beratungsfälle ergeben. Ein größerer Personenkreis konnte nur über weitergehende Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit erreicht werden. Dieser Prozess nahm allerdings viel Zeit in Anspruch, so dass sich erst im Laufe der ersten Hälfte des Erprobungszeitraums tatsächliche CMpA-Beratungsfälle ergaben. Besonders schwierig gestaltete sich die Akquise von Beratungsfällen im ländlichen Raum, besonders die Case Manager*innen, die bei einem ambulanten Pflegedienst arbeiteten, hatten Schwierigkeiten, belastete pflegende Angehörige vom Nutzen des neuen CMpA-Beratungsangebotes zu überzeugen. Pflegende Angehörige hatten hier u.a. Sorge, dass die Nutzung eines solchen zugehenden Beratungsangebotes im Dorf bekannt werden könnte und wollten nicht als hilfebedürftig angesehen werden.

Insgesamt konnte im Erprobungszeitraum mit 25 pflegenden Angehörigen die Durchführung einer CMpA-Beratung vereinbart werden. Davon wurden 17 Fälle abgeschlossen, d.h. alle vorgesehenen Phasen des CMpA-Beratungsprozesses wurden durchlaufen bis hin zur Evaluation. In 6 Fällen wurde eine CMpA-Beratung begonnen, konnte aber aus unterschiedlichen Gründen nicht beendet werden (Tod des Pflegebedürftigen, Erkrankung des pflegenden Angehörigen, u.a.) und in 2 weiteren Fällen wurde schon im ersten Beratungstermin eine Lösung für das belastende Problem gefunden, so dass keine weiteren Termine notwendig waren bzw. gewünscht wurden.

Die Case Manager*innen mussten sich flexibel auf die unterschiedlichen zeitlichen Ressourcen der pflegenden Angehörige und sehr unterschiedliche Lebenssituationen einstellen. Die Altersspanne reichte von 37 bis 81 Jahren und neun der pflegenden Angehörigen waren berufstätig. In zwei Fällen wurden Eltern von pflegebedürftigen Kindern beraten, ansonsten wurden von den pflegenden Angehörigen Partner*innen, Eltern oder auch Schwiegereltern zu Hause versorgt. Alle durchgeführten CMpA-Beratungstermine fanden überwiegend zugehend statt, einige auf Wunsch online oder telefonisch. Nach anfänglichen Unsicherheiten bei der Durchführung einer CMpA-Beratung, die gut durch die Interkollegialen Austauschtreffen aufgefangen werden konnten, erlangten die meisten CMpA durch mehr Beratungsfälle die notwendige Routine und Sicherheit bei der Durchführung und der Anwendung der Standard-Instrumente.

Die Auswertung der wissenschaftlichen Befragung (t1; n=12) ergab eine hohe Zufriedenheit mit den durchgeführten CMpA-Beratungen. Alle Teilnehmenden würden das CMpA-Angebot weiterempfehlen.⁵³

Gegen Ende des Erprobungszeitraums besuchte das Projektteam den Großteil der Modellstandorte, um mit den Vorgesetzten der Case Manager*innen den Ablauf der Erprobung zu reflektieren sowie die Möglichkeit einer Verstetigung des Angebotes zu erörtern. Auch mit den Case Manager*innen fand nach Ende der Erprobung ein abschließender Reflexions-Workshop im August 2023 statt.

⁵² Siehe Anlage II – Anonymisierte Leistungsdokumentation (blanco)

⁵³ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6.4

6.6 Konzeptüberarbeitung und Validierung

Die Überarbeitung des Rahmenkonzeptes „Case Management für pflegende Angehörige“ inklusive Weiterbildungscurriculum erfolgte auf Basis der Ergebnisse aus den Austausch- und Reflexionsrunden mit den Case Manager*innen und teilnehmenden Expert*innen während der Erprobung und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitstudie sowie den ausgewerteten qualitativen Interviews mit den Case Manager*innen und den Nutzer*innen des Angebotes. Die aufbereiteten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung stellte das InBVG an der Hochschule Bielefeld zur Verfügung.⁵⁴

Im Ergebnis mussten klarere Intake-Kriterien formuliert werden und der Durchführungsablauf wurde an verschiedenen Stellen angepasst. Beim Curriculum für die CMpA-Weiterbildung zeigten die Rückmeldungen der Case Manager*innen und der zusätzlich befragten Dozent*innen, dass die Pilotversion zu kompakt gestaltet war, die einzelnen Module aber als passend und gut aufbereitet empfunden wurden.

Entsprechend wurde das Curriculum überarbeitet und auf insgesamt 184 UE ausgeweitet.⁵⁵ Die Basis-Schulung umfasst dabei drei Module mit 64 UE (Einführung, Case Management für pflegende Angehörige und Gesundheitsförderung im CMpA) und ist Voraussetzung, um eine CMpA-Beratung durchführen zu können. Danach werden praxisbegleitend zwei Module zur Stärkung der Beratungskompetenz mit insgesamt 24 UE angeboten sowie die beiden Module der Unfallkasse NRW mit insgesamt 72 UE. Zwischen den einzelnen Blöcken sind Supervisionstage vorgesehen und nach Durchlauf aller Weiterbildungs-Module markiert ein Abschlusstag das Ende der Weiterbildung.

Der Workshop mit den Case Manager*innen für pflegende Angehörige für die abschließende Validierung des überarbeiteten Rahmenkonzeptes fand im August 2023 statt. Es zeigte sich, dass die aufgeführten Qualitätskriterien und der beschriebene Ablauf eines Case Managements für pflegende Angehörige inklusive der Standard-Instrumente jetzt als stimmig und gut durchführbar beurteilt wurden. Auch das zeitlich ausgeweitete und inhaltlich ergänzte Weiterbildungs-Curriculum wurde begrüßt.

Zur Validierung des überarbeiteten Weiterbildungs-Curriculums fand Anfang Oktober 2023 zusätzlich noch eine Validierungsrunde mit den Dozent*innen der Pilot-Weiterbildung statt. Anhand der hier gegebenen Rückmeldungen wurde dann die finale Version des CMpA-Weiterbildungs-Curriculums erstellt.

6.8 Herausforderungen

Der Beginn des PuRpA-Verbundvorhabens im Oktober 2020 fiel genau in die Hochzeit der Corona-Pandemie und erschwerte die Zusammenarbeit im Verbund und im Projekt, da durch die Schutzmaßnahmen Präsenztreffen nicht möglich waren. Der Austausch mit dem Projektpartner InBVG an der Hochschule Bielefeld konnte ausschließlich über Videokonferenzen oder telefonisch erfolgen und so mussten alle im Projekt vorgesehenen Treffen und Sitzungen (der Projektgruppe, der Steuerungsgruppe, des Beirats) und auch die Kick-Off-Veranstaltung des PuRpA-Verbundes im April 2021 sowie das Austauschtreffen mit der LAG der Krankenkassen/-verbände in NRW im Februar 2022 ausschließlich online stattfinden.

Insgesamt konnte bis ins Jahr 2022 auch die Öffentlichkeitsarbeit überwiegend nur über Email, Newsletter, Presseartikel, Social Media und Onlineteilnahme an Veranstaltungen erfolgen. Erst mit Beginn der Erprobung waren auch Präsenzveranstaltungen wieder vermehrt machbar.

Von dieser Situation war auch die Gewinnung der Kooperationspartner betroffen. Hier musste anfangs ebenfalls auf Videokonferenz als Kontaktmedium zurückgegriffen werden und Präsenztermine waren nur gelegentlich möglich.

⁵⁴ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6.4

⁵⁵ Siehe: Anlage I des Rahmenkonzeptes Case Management für pflegende Angehörige

Die Planung der Weiterqualifizierung der benannten Bestandsmitarbeiter*innen der Modellstandorte war ebenfalls aufgrund der Pandemie sehr herausfordernd, da nur die Durchführung im Onlineformat eine sichere Weiterbildung garantierte. Alle Weiterbildungseinheiten mussten online so interaktiv wie möglich gestaltet werden, damit die Teilnehmenden die Lernziele auch erreichen konnten. Alle Beteiligten hätten sich hier Präsenzveranstaltungen gewünscht, die bessere Bedingungen für die Wissensvermittlung, für Rollenspiele und den Austausch der Teilnehmenden geboten hätten.

Und schließlich stellte es sich als sehr herausfordernd dar, mit den begrenzten Mitteln für eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen an den Modellstandorten zu erreichen. Denn die Vorlaufzeit zwischen Fertigstellung des Pilot-Konzeptes, der Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme und dem Erprobungsbeginn war sehr kurz. Hier wäre wesentlich mehr Zeit nötig gewesen, als veranschlagt werden konnte. Glücklicherweise konnte durch die schon bestehenden Kontakte der weiterqualifizierten Pflege- und Sozialberater*innen zum Personenkreis der pflegenden Angehörigen eine gezielte Ansprache schnell verwirklicht werden.

7 Projektergebnis

Wie im Projektantrag vorgesehen, wurden folgende Ergebnisse im PuRpA-Modellprojekt 2 erzielt:

Unter wissenschaftlicher Begleitung wurde

- ▶ ein Rahmenkonzept Case Management für pflegende Angehörige inklusive Schulungscurriculum für die CMpA-Weiterqualifizierung von Bestandsmitarbeiter*innen entwickelt und an ausgewählten urbanen und ländlichen Modellstandorten in NRW erprobt und validiert,
- ▶ es enthält auch ein Kapitel Vorsorge-/Nachsorgebegleitung im Rahmen stationärer Maßnahmen,
- ▶ es fokussiert die Nutzer*innenperspektive und leitet die notwendigen Interventionen aus den Belastungen und Bedarfen von pflegenden Angehörigen ab,
- ▶ es beschreibt Qualitätskriterien für eine gelingende Beratung und einen Beratungsablauf auf Grundlage des Case Management Regelkreises und legt einzusetzende Standard-Instrumente und optional zu nutzende Instrumente im Rahmen des CMpA-Beratungsprozesses fest,
- ▶ es beschreibt die notwendigen Module mit Lernzielen für eine Weiterqualifizierung zum/zur Case Manager*in für pflegende Angehörige
- ▶ und kann problemlos von interessierten Trägern mit Angeboten im Bereich der Pflege- und Sozialberatung umgesetzt werden, sofern Bestandsmitarbeiter*innen vorher zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige weiterqualifiziert werden und die Finanzierung eines solchen Angebotes gewährleistet ist.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Befragung zeigen eine hohe Zufriedenheit mit der durchgeführten CMpA-Beratung. Von den zum t1-Zeitpunkt befragten zwölf Teilnehmenden würden 100 % das CMpA-Unterstützungsangebot weiterempfehlen.

Für die ursprünglich vorgesehene Kostenanalyse und Leistungsberechnung reichten die eingeplanten Projektmittel nicht aus. Daher erfolgte, in Abstimmung mit dem Fördermittelgeber, alternativ eine Kosteneinschätzung des Aufwandes für eine CMpA Beratung von pflegenden Angehörigen (siehe 7.2). Als Grundlage diente die von den Case Manager*innen im Erprobungszeitraum geführte Leistungsdokumentation.

Durch einen Experten für Gesundheitsrecht erfolgte abschließend die rechtliche Einordnung der CMpA-Konzeption und der Möglichkeiten, diese in die Regelversorgung zu überführen (siehe Kapitel 8).

7.1 Das validierte CMpA-Rahmenkonzept

Das ausformulierte validierte Rahmenkonzept „Case Management für pflegende Angehörige“ ist diesem Bericht als Anlage I beigefügt.

In komprimierter Form ist der Ablauf für eine CMpA-Beratung in einer tabellarischen Übersicht dargestellt (siehe Anlage I des CMpA-Rahmenkonzeptes).

7.2 Kosteneinschätzung

Für das Case Management für pflegende Angehörige fallen vor allem Personalkosten an, aber auch Sach-, Verwaltungs- und Fahrtkosten müssen mit einkalkuliert werden. Wie im Kapitel 6.5 schon beschrieben, haben die CMpA eine ausführliche Leistungsdokumentation geführt. Dabei wurde neben den erbrachten Leistungen auch der Zeitaufwand für Beratungstermine sowie die Vor- und Nachbereitung erfasst.

Der Auswertung liegen alle Fälle zugrunde, die mindestens bis zur Phase Monitoring abgeschlossen wurden. Für die Bestimmung des Aufwandes wurden neben der eigentlichen Beratung der Klient*innen auch Erstkontakt, Aufklärung über das Beratungsangebot, notwendige Recherchen im Rahmen der Beratung sowie Vor- und Nachbereitung von Terminen und der Dokumentationsaufwand berücksichtigt.

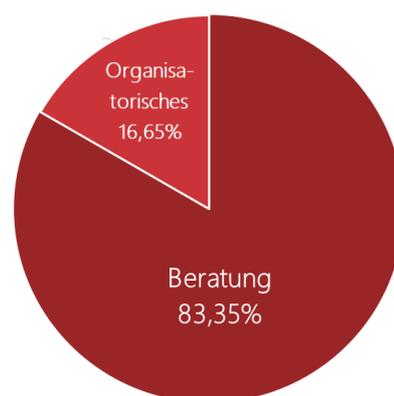
Da in der Leistungsdokumentation für Termine in der Häuslichkeit nur die Fahrstrecke, nicht aber die Fahrzeit erfasst wurde, konnte diese nur auf Grundlage der dokumentierten Entfernung abgeschätzt werden. Da die überwiegende Anzahl der erfassten CMpA-Beratungen in urbanen Gebieten durchgeführt wurden, bezieht sich die Berechnung auf eine angenommene Fahrgeschwindigkeit von 40 km/h im Stadtverkehr. Von den durchschnittlich 5,4 durchgeführten Beratungsterminen fanden 4 zugehend statt, dabei wurden im Durchschnitt (bezogen auf alle 4 Termine) 50,93 Kilometer zurückgelegt. Hinzugerechnet wurde noch eine Rüstzeit von 10 Minuten je Termin. Daraus ergibt sich für einen kompletten CMpA-Beratungsprozess eine Fahrzeit von ca. 2 Stunden (1 Std. 56 Min.), die als realistisch angesehen werden kann.

Aus den erfassten Daten konnte folgender zeitlicher Aufwand abgeleitet werden:

Abbildung 3 - Durchschnittlicher Zeitaufwand CMpA (n = 17)

Beratungsleistung	7 Std. 40 Min.
Organisatorisches	1 Std. 31 Min.
Fallbearbeitung	9 Std. 11 Min.

- Dauer der CM-Fälle: 4 Std., 45 Min. bis 13 Std., 35 Min.
- Dauer der Beratungstermine variiert stark zwischen 15 Min. (Linking, tel. / Evaluation, tel.) und 3 Std. (Linking, Begleitung zu Entlastungsangebot).
- Ein durchschnittlicher Beratungstermin dauerte 1 Std., 19 Min.



Ein wichtiger Bestandteil des Case Managements ist die Netzwerkarbeit, für die ausreichend Zeit vorhanden sein sollte. Als Richtwert sollten von der Arbeitszeit 70 % für die Fallbearbeitung und 30 % für Netzwerkarbeit eingeplant werden.⁵⁶

⁵⁶ Aussage unseres Experten Frank Schuster, DGCC-zertifizierter Case Manager und Ausbilder, im Rahmen eines interkollegialen Austauschtreffens mit den CMpA (siehe unveröffentlichtes Protokoll).

Daraus ergibt sich (in unserem Projekt) folgender durchschnittlicher Aufwand, inklusive Netzwerkarbeit, pro CMpA-Beratungsprozess:

Fallbearbeitung	9 Std. 11 Min	70 %
Netzwerkarbeit	3 Std. 56 Min	30 %
Aufwand CMpA/Fall	13 Std. 7 Min.	100 %
Kalkulierte Fahrtzeit	1 Std. 56 Min.	
Gesamtaufwand	15 Std. 3 Min.	

Bei einer angenommenen Einstufung der CMpA in den TVÖD-VKA Kommune (E10/3) würden ab März 2024 Personalkosten in Höhe von ca. 5800,- € pro Monat und Mitarbeiter*in in Vollzeit anfallen (AG-Brutto inkl. auf den Monat umgelegter Jahressonderzahlung).

Bei einem Gesamtaufwand von 15 Std. (gerundet) aufgeteilt auf angenommene 5 Termine, die in einem zeitlichen Abstand von durchschnittlich etwa 2 Wochen stattfinden, kann man davon ausgehen, dass ein CMpA-Fall in etwa 2,5 Monaten abgeschlossen werden kann.

Man kann folgende Berechnung für die Auslastung eines/r VZ-CMpA vornehmen:

39 Wo-Std.: 15 Std. pro Fall = 2,6 Fälle pro Woche

Von 52 Wochen im Jahr stehen abzüglich Urlaub, fiktivem Krank, Weiterbildung und Feiertagen aber nur ca. 40 Wochen für die CMpA-Tätigkeit tatsächlich zur Verfügung. Daraus ergibt sich:

2,6 Fälle x 40 zur Verfügung stehenden Wochen = 104 CMpA-Beratungsprozesse im Jahr pro Mitarbeiter*in.

Aus diesen Berechnungen ergeben sich folgende mindestens anzusetzende Kosten für einen CMpA-Fall:

5800,- x 12 = 69600,- € (AG-Brutto inkl. Jahressonderzahlung): 104 Fälle = 669,23 € pro Fall

Hinzuzurechnen sind noch ca. 20 % Overheadkosten, so dass sich auf Basis der obigen Daten **Fallkosten in Höhe von 803,08- €** ergeben.

7.3 Empfehlungen für die Implementation

Für mögliche zukünftige Träger eines Case Managements für pflegende Angehörig (CMpA) möchten wir an diese Stelle einige Empfehlungen und Anregungen für die Implementation geben. Unsere Empfehlungen und Anregungen basieren dabei auf den in der Erprobungsphase gemachten Erfahrungen der Case Manager*innen an den Modellstandorten und Ergebnissen aus anderen Modellprojekten, insbesondere dem Projekt „Gemeindeschwester Plus“ (Gsplus).⁵⁷

„Ziel des Angebotes GSplus ist es, einen Beitrag zur Unterstützung selbständiger Lebensführung im Alter durch präventive und gesundheitsfördernde Angebote zu leisten. ...Dies soll zum einen durch eine präventiv ausgerichtete, aufsuchende Information, Beratung und ggf. Begleitung von älteren Menschen im Rahmen von Hausbesuchen erfolgen, zum anderen, indem mit diesem Ansatz Beiträge zu gesundheits- und selbstständigkeitsfördernden Infra-strukturen geleistet werden sowie das ehrenamtliche Unterstützungspotenzial gestärkt werden soll.“⁵⁸

Die Erfahrungen aus der CMpA-Erprobungsphase und die Erfahrungen aus dem GSplus-Projekt legen nahe, dass sowohl Träger der Freien Wohlfahrtspflege, wie auch kommunale Träger, den Aufwand für die Etablierung eines Case Managements für pflegende Angehörige nicht unterschätzen sollten. Auch wenn schon Pflegeberatung vorgehalten wird oder es Beratung für pflegende Angehörige im Rahmen von Quartiersprojekten gibt, ist es nicht allein damit getan, die dortigen Berater*innen weiter zu qualifizieren zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige. Vielmehr muss gleichzeitig überlegt werden, wie der im Projekt entwickelte Konzeptrahmen vor Ort in der Kommune bzw. Region umgesetzt werden kann und an welche Zielgruppen von pflegenden Angehörigen man sich genau richten möchte. So könnten je nach den Verhältnissen vor Ort auch bestimmte Schwerpunktsetzungen sinnvoll sein, wie z.B. ein CMpA für die Zielgruppe pflegender Migrant*innen oder schon hochbetagter pflegender Angehöriger oder junger pflegender Angehöriger. Entsprechend der jeweiligen Zielgruppen muss geschaut werden, welche Besonderheiten im CMpA zu berücksichtigen sind und wie der Prozess und die Inhalte ggf. angepasst werden müssten.

Damit eine gute Implementation in die bereits vorhandenen Beratungsstrukturen gelingt, sollte auf folgende Fragen eine Antwort gefunden werden:

- Welche Erkenntnisse zu Bedarfen von pflegenden Angehörigen gibt es in der Kommune/Region? Wie hoch ist der geschätzte Anteil an hochbelasteten pflegenden Angehörigen? Wie können diese erreicht werden?
- Welche Beratungs- und Unterstützungsangebote richten sich bereits an die Zielgruppe? An welche bereits bestehenden Strukturen könnte ein CMpA angegliedert werden?
- Welcher Personenkreis weist die erforderlichen Grundqualifikationen auf und könnte weiterqualifiziert werden?
- Wie viele weiterqualifizierte Personen werden benötigt, um ein ausreichendes Angebot an CMpA-Begleitungen zu verwirklichen und welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein?
- Wer übernimmt die Federführung für ein solches Umsetzungsprojekt und welche Personen und ggf. Institutionen müssen beteiligt werden?
- Wie kann die Finanzierung eines solchen Angebotes gewährleistet werden?

⁵⁷ Siehe: Weidner, F., et al. (Mai 2019). Empfehlungen aus dem Modellprojekt GemeindeschwesterPlus von 2015 bis 2018 in Rheinland-Pfalz.

⁵⁸ Ebd., S. 8.

Die Erfahrung aus dem Erprobungszeitraum hat gezeigt, dass das Angebot CMpA dort am besten nachgefragt wurde, wo eine ausreichende Öffentlichkeitsarbeit das neue Angebot in der Kommune, dem Kreis, der Region bekannt gemacht hat. Entsprechendes Infomaterial für die Öffentlichkeitsarbeit, wie Flyer u. ä. sollte vorhanden sein, eine Website mit ausführlichen Informationen zum Angebot mit Bildern der Berater und Beraterinnen hat sich ebenfalls als hilfreich erwiesen, denn Bilder wirken vertrauensstiftend.

Gerade zu Anfang muss immer wieder in der Presse berichtet werden und alle sonstigen Kanäle für die Verbreitung des Angebotes genutzt werden (Social Media, Selbsthilfegruppen, etc.). Zudem sollte das Angebot auch in der eigenen Institution bekannt gemacht werden.

Bevor es aber soweit ist, an die Öffentlichkeit zu gehen, sollte erst ein regionales Umsetzungskonzept für CMpA erarbeitet und die oben aufgeführten Fragen in diesem Rahmen beantwortet werden. Es empfiehlt sich dazu ein Projektteam zu bilden und mit der Ausarbeitung eines Umsetzungskonzeptes zu beauftragen. Das Umsetzungskonzept sollte sich an dem im PuRpA-Modellprojekt 2 entwickelten Konzeptrahmen orientieren (Beratungsprozess, Qualitätskriterien, Berater*innen-Profil und Qualifizierung). Wichtig ist insbesondere:

- Die Festlegung der Zielgruppe
- Die Festlegung der vorhandenen Beratungsstruktur, die zukünftig das CMpA mit anbieten soll
- Sicherstellung der notwendigen Rahmenbedingungen (benötigte Infrastruktur, Anzahl der notwendigen Stellenanteile, Finanzierung, etc.) und Einbindung in ein vorhandenes Qualitätsmanagement.
- Prüfung der Grundqualifikation der vorgesehenen (Bestands-)Berater*innen
- Organisation der Weiterqualifizierung (siehe CMpA-Curriculum)
- Beratungsstruktur und -prozess in Anlehnung an den PuRpA-2-Konzeptrahmen festlegen (inklusive aller notwendigen Unterlagen/Formulare und Dokumentationsvorgaben)
- Begleitende kollegiale Beratung der CMpA oder eine andere Form des Austausches anbieten
- Für CMpA hilfreiche Netzwerkstrukturen vor Ort zusammentragen
- Umfassende Öffentlichkeitsarbeit zum Start des CMpA vorbereiten

Die relevanten Informationen zum PuRpA-Modellprojekt 2 zur Erprobungsphase und zu den Projektergebnissen und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung stehen interessierten Leistungsanbietern mit Veröffentlichung des Projektberichtes (ca. Anfang 2024) zur Verfügung.

Auf dieser Basis können dann regionale Angebote für ein Case Management für pflegende Angehörige mit dem Fokus auf Stärkung der Selbstsorge, des Wohlbefindens und der (psychischen) Gesundheit entwickelt und verwirklicht werden. Pflegende Angehörige können so dabei unterstützt werden, eine gute Pflege-Life-Balance zu entwickeln.

Ein möglicher Weg zur Refinanzierung eines CMpA könnte auf Basis des Heilmittelrechts über Rahmenverträge erfolgen, die die Details einer CMpA-Leistungserbringung regeln. Eine Finanzierung könnte dann mittels z. B. Fallpauschalen mit Kostenträger (Krankenkasse und/oder Rentenversicherung) verhandelt werden. Qualifizierte Case Manager*innen für pflegende Angehörige wären in diesem Fall Leistungserbringer*innen im Sinne des Heilmittelrechts (ähnlich wie Physiotherapeut*innen). Siehe dazu Kapitel 8 auf den nachfolgenden Seiten.

8 Sozialrechtliche Einordnung – Dr. Dr. Ruppel

Für die rechtliche Begleitung konnten wir Herrn Rechtsanwalt Dr. Dr. Thomas Ruppel ⁵⁹ gewinnen. Die Rechtsanwaltsgesellschaft Dr. Ruppel mbH berät Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen in vielen rechtlichen Fragestellungen. Herr Dr. Dr. Ruppel hat eine große Affinität zu Forschungsprojekten und ist bzw. war Projektpartner in mehreren vom G-BA geförderten Forschungsprojekten. Für unser Modellprojekt hat er ein Gutachten zur sozialrechtlichen Einordnung erstellt:

Autor*innen: Dr. Dr. Thomas Ruppel / Julia Fahrinsland

Sozialrechtliche Begleitung und Bewertung des PuRpA-Modellprojektes "Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige" ⁶⁰

8.1 Aufgabenstellung

Für das Modellprojekt PuRpA-2 – Case Management für pflegende Angehörige - sollte die sozialrechtliche Einordnung der im Rahmenkonzept dargestellten Leistungen und Qualitätskriterien untersucht und Empfehlungen für die Überführung von Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige (CMpA) in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und gegebenenfalls in andere Bücher des Sozialgesetzbuches gegeben werden.

8.2 Sozialrechtliche Einordnung

8.2.1 Keine rechtlichen Bedenken

Das in PuRpA-2 beschriebene Care- und Casemanagement ist rechtlich unbedenklich. Es fehlen nur sozialrechtliche Verankerungen. Weitere gesetzliche Anpassungen oder Konflikte mit anderen Normen sind nicht ersichtlich. So begegnet Care- und Casemanagement immer der Gefahr, dass hier eine unzulässige **Rechtsberatung** etwa durch das Ausfüllen von Anträgen, die Beratung im Einzelfall, das Einlegen von Widersprüchen etc. stattfindet (dazu Ruppel, T., Hügel, M.G., Gloystein, S. et al. Legal advice and care-effective use of care and case management: limits, risks and need for change. BMC Health Serv Res 22, 1439 (2022)). Die Intervention hat indes gezeigt, dass keinerlei Rechtsdienstleistungen erbracht werden und keine Rechtsberatung erfolgt.

Auch wurde sowohl aus der Konzeption als auch aus der Auswertung der Intervention deutlich, dass weder eine **Heilkunde** im Sinne des Heilpraktikergesetzes noch eine **Pflegeplanung** im Sinne der nach dem Pflegeberufegesetz vorbehaltenen Tätigkeiten stattfindet. Dies bedeutet, dass weder eine Qualifikation als Pflegefachkraft im Sinne des Pflegeberufegesetzes noch als Arzt oder Heilpraktiker notwendig ist, um Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige zu erbringen.

8.2.2 Keine Regelung de lege lata

Ein Anspruch auf Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige ist dem Sozialrecht bisher unbekannt (vgl. dazu ausführlich die Analyse bei den Untersuchungen, welche Normen anknüpfungsfähig wären bei III. 2. - 5.)

Auch außerhalb des Sozialrechts besteht dieser nicht. Ein solcher ergibt sich insbesondere nicht aus dem **Altenpflegegesetz** Nordrhein-Westfalen (APG NRW). Insbesondere folgt dieser nicht aus § 17 Abs. 1 des APG NRW, wonach die Kreise und kreisfreien Städte für ein bedarfsgerechtes Angebot an Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige verantwortlich sind. Gemäß § 17 Abs. 1 Satz 2 APG

⁵⁹ Herr Rechtsanwalt Dr. jur. Dr. rer. med. Ruppel ist Fachanwalt für Medizinrecht und veröffentlicht regelmäßig in der juristischen und ärztlichen Fachpresse.

⁶⁰ Die Quellenangaben des Gutachtens sind nicht im Literaturverzeichnis des Projektberichts integriert.

NRW sind aber mindestens solche Angebote vorzuhalten, ohne deren Inanspruchnahme den pflegenden Angehörigen die Fortsetzung ihrer pflegenden Tätigkeit nicht möglich wäre. Ein Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige wird nicht erwähnt, aber auch nicht ausgeschlossen.

Der § 17 Abs. 1 Satz 3 APG NRW verweist auf § 4 Abs. 2 Satz 2 APG NRW, der entsprechend gilt.

Der § 4 Abs. 2 Satz 1 APG NRW - auf den in § 17 APG NRW nicht verwiesen wird - regelt, dass sich die Verpflichtung der Kreise und kreisfreien Städte aus § 4 Abs. 1 auch auf nicht pflegerische Angebote für ältere, pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sowie pflegende Angehörige erstreckt, wenn diese Angebote nachweisbar dazu beitragen, den aktuellen und späteren Bedarf an pflegerischen Angeboten zu vermeiden oder zu verringern.

Der § 17 Abs. 1 Satz 3 APG NRW verweist indes auf § 4 Abs. 2 Satz 2 APG NRW, wonach der Anspruch nur gilt, soweit die Kreise und kreisfreien Städte für diese Angebote nur solchen Aufwand betreiben sollen, den sie zur Sicherstellung der durch diese Angebote entbehrlich werdenden pflegerischen Angebote hätten aufwenden müssen. Der Gesamtaufwand der Kreise und kreisfreien Städte ist damit auf den an sich bestehenden finanziellen Aufwand beschränkt. Ihnen soll kein Mehraufwand entstehen, es handelt sich um eine Umverteilung von Mitteln.

In § 4 Abs. 2 Satz 3 APG NRW ist zudem geregelt, dass einklagbare Rechtsansprüche nicht begründet werden. Auf diesen Satz verweist § 17 APG NRW mit seiner Pflicht zu Angeboten zur Unterstützung pflegender Angehöriger gerade nicht, denn in § 17 Abs. 1 Satz 3 APG NRW wird nur auf den § 4 Abs. 2 Satz 2, nicht auf Satz 3 verwiesen. Gleichwohl ist auch § 17 APG NRW nicht drittschützend und enthält daher kein subjektiv-öffentliches Recht von pflegenden Angehörigen gegen die Kreise und kreisfreien Städte. Denn aus § 17 APG NRW ergibt sich kein konditionelles Wenn-Dann-Schema, welches man einklagen und nach einem Urteil auch vollstrecken könnte. Es handelt sich schlichtweg um eine Aufgabenzuschreibung an die Kreise und kreisfreien Städte, ohne dass sich hieraus Individualansprüche ableiten ließen.

Selbst wenn man dies anders sehen würde, sind die Vorschriften des APG NRW weitgehend inhaltsleer, es gibt schlicht keine Regelungen zum individuellen Umfang von Beratungsleistungen oder zur inhaltlichen oder zeitlichen Ausgestaltung. Vor allem aber gibt es keine Regelungen dazu, wie etwaige externe Leistungserbringer zu finanzieren wären.

8.3 Empfehlungen für die Überführung in die Regelversorgung

8.3.1 Sozialgesetzbuchspezifische Regelung notwendig

Für einen versorgungswirksamen Einsatz von Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige ist dieses in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches, insbesondere in den SGB V, VI und XI zu verorten. Rechts- und versorgungswissenschaftlich nicht sinnvoll wäre eine Verortung im SGB I oder einem diskutierten SGB „0“, denn damit würde man die Regelungen zum Care- und Casemanagement gleichsam „vor die Klammer“ ziehen. Damit würden die dortigen Regelungen für alle Bereiche „in der Klammer“, mithin insbesondere die weiteren Bücher des Sozialgesetzbuches (wie etwa das SGB II zum Bürgergeld oder das SGB III zum ALG I), gelten.

Für Care- und Casemanagement ist dieser Regelungsansatz erkennbar ungeeignet. Care- und Casemanagement ist als Fallmanagement sowohl für Arbeitslose, für Unfallopfer, für Pflegebedürftige, für Schwangere, für geriatrische Patienten oder eben für Angehörige von Pflegebedürftigen denkbar. Für jedes dieser Anwendungsgebiete des Care- und Casemanagements sind im Hinblick auf die spezifischen Unterschiede in den einzelnen Anwendungsgebieten etwa die Zugangsvoraussetzungen oder auch Ausschlusskriterien oder die Dauer der Leistungsgewährung zu regeln, wobei es bei diesen Regelungen in

einzelnen Bereichen durchaus Übereinstimmungen geben kann und sollte. Darüber hinaus sind für die verschiedenen Anwendungsgebiete Regelungen in Bezug auf mögliche Leistungserbringer, etwa im Hinblick auf Qualifikationsanforderungen, die Struktur oder personelle Anforderungen, und auch die Einbeziehung dieser in die vertraglichen oder gesetzlichen Strukturen der jeweiligen Kostenträger zu erlassen. Da sich diese im Hinblick auf die spezifischen Anforderungen an das Care- und Casemanagement in den verschiedenen Anwendungsbereichen deutlich voneinander unterscheiden, könnte eine „vor die Klammer“ gezogenen Regelung letztlich nicht die notwendige Detailtiefe erreichen.

Damit bleibt festzuhalten, dass eine „vor die Klammer“ gezogene Regelung zum Care- und Casemanagement ungeeignet ist, da sie über politische Programmsätze nicht hinausgehen und keine Versorgungswirksamkeit entfalten könnte.

8.3.2 Sozialgesetzbuchspezifische Regelung als Gestaltung eines subjektiv-öffentlichen Rechts

Vorgesehene soziale Leistungen bleiben potenziell 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 der angegriffene Bescheid den Anspruchssteller zudem in gerade ihm zugewiesenen Rechten verletzt.

Jegliche Umsetzung von PuRpA-2 in der Regelversorgung setzt daher voraus, dass damit nicht (nur) die Kostenträger, sondern auch die pflegenden Angehörigen 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.

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 – etwa als „haben einen Anspruch auf Care- und Casemanagement“ (dazu unten) - so vage, dass daraus kein Rechtsanspruch (etwa auf die Dauer der Leistung, auf die in PuRpA-2 genannten Leistungsinhalte usw.) erwachsen kann. Gleichwohl sollte zumindest diese, wenngleich lückenhafte, Umsetzung angestrebt werden.

Der Anspruch auf Care- und Casemanagement sollte letztlich so ausgestaltet sein, dass über das „Ob“ der Leistungsgewährung eine gebundene Entscheidung zu treffen ist, das „Wie“ der Leistungsgewährung jedoch im pflichtgemäßen Ermessen des jeweiligen Sozialleistungsträgers steht. Dies hat dann auch zur Folge, dass das „Ob“ der Entscheidung voll gerichtlich überprüfbar ist, bei der Umsetzung des Anspruchs auf Care- und Casemanagement ein Gericht jedoch nur überprüfen könnte, ob der Sozialleistungsträger die Grenzen des ihm eingeräumten Ermessens eingehalten hat. Je nach Fallgestaltung käme aber auch hinsichtlich des „Wie“ der Leistungserbringung eine Ermessensreduzierung auf null in Betracht (dazu etwa LSG NRW, Urteil vom 19. August 2019, Az. L 21 R 76/15, Rn. 40 – juris).

Nachdem nunmehr festgestellt werden konnte, dass das „Ob“ der Leistungsgewährung als subjektiv-öffentliches Recht auszugestalten ist und dies nicht „vor die Klammer gezogen“, sondern im jeweiligen Buch des Sozialgesetzbuches, ist nun zu klären, an welcher Stelle diese Regelungen auszugestalten sind.

8.3.3 Regelung im Krankenversicherungsrecht

Bei der Frage nach einer Regelung des Care- und Casemanagements im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu klären, wo und wie eine solche Regelung in das SGB V aufgenommen werden könnte.

8.3.3.1 Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist immer dann zuständig, wenn eine dort versicherte Person krank ist oder krank zu werden droht, d.h. behandlungsbedürftig, aber auch behandlungsfähig ist (Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Behandlung als Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Eine Vorfeldverlagerung findet durch die Zuständigkeit der Krankenversicherung auch für Präventionsleistungen statt (dazu sogleich). Personen, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, können GKV-Leistungen und damit auch etwaige Leistungen des Care- und Casemanagements nicht beanspruchen.

8.3.3.2 § 40 Abs. 3a SGB V als Anknüpfungspunkt ungeeignet

Aus versorgungswissenschaftlicher Perspektive nicht ausreichend wäre eine krankenversicherungsrechtliche Verankerung des Care- und Casemanagements in **§ 40 Abs. 3a SGB V n.F.** Dieser gibt Pflegepersonen bei einer stationären, von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen, Rehabilitation einen Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen in einer ebenfalls stationären Einrichtung. Dieser Anspruch aus § 40 Abs. 3a SGB V n.F. kommt erst zum Tragen, wenn der pflegende Angehörige selbst stationäre Leistungen in Anspruch nehmen kann. Auch dann mag Care- und Casemanagement noch sinnvoll sein, aber sowohl aus der Sicht des Pflegetandems, des pflegenden Angehörigen, vor allem aber auch aus der Perspektive des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 12 SGB V muss das Care- und Casemanagement bereits lange vor der Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts des pflegenden Angehörigen einsetzen, um eben diesen stationären Aufenthalt zu vermeiden.

8.3.3.3 § 11 Abs. 4 SGB V

Das Care- und Casemanagement wird im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bereits angedeutet. Der **§ 11 Abs. 4 SGB V** regelt, dass Versicherte einen Anspruch auf Fallmanagement haben. Die Vorschrift ist so offen und unspezifisch, dass sie Care- und Casemanagement auch für pflegende Angehörige beinhalten könnte.

Zu diesem vermeintlichen Anspruch ist jedoch festzustellen, dass er de lege lata leerläuft. Hintergrund ist, dass im SGB V das sog. Rechtskonkretisierungskonzept (vgl. etwa Schwerdtfeger: Die Leistungsansprüche der Versicherten im Rechtskonkretisierungskonzept des SGB V, NZS 1998, 49, 97) gilt. Danach ergeben sich die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten gerade nicht aus dem Leistungsrecht – den Regelungen des dritten Kapitels des SGB V, zu denen auch der genannte § 11 Abs. 4 SGB V gehört –, sondern aus dem sogenannten Leistungserbringungsrecht – dem vierten Kapitel. Das Rechtskonkretisierungskonzept wurde vom Bundessozialgericht erdacht und fortwährend weiterentwickelt, weil die im dritten Kapitel genannten leistungsrechtlichen Ansprüche zwar relativ umfangreich geregelt sind, jedoch in ihrer Detailtiefe bei Weitem nicht an die vor allem unter Abrechnungsgesichtspunkten geregelten untergesetzlichen Normen, die aus dem vierten Kapitel entstammen, herankommen. Die also nur vermeintlich als subjektiv-öffentliche Rechte ausgestalteten Leistungsansprüche aus dem dritten Kapitel des SGB V sind daher lediglich Rahmenrechte, die erst durch die im Leistungserbringungsrecht geregelte Rechtsbeziehung zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern konkretisiert und zu einem Anspruch verdichtet werden. Bei den Regelungen zum Fallmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V gibt es indes im Leistungserbringungsrecht keinerlei Vergütungsregelungen oder Regelungen über zulassungsfähige Leistungserbringer, über Zulassungsbehörden oder die vertragliche Einbindung, sodass sich die Regelung nicht zu einem Anspruch des Versicherten verdichtet hat.

8.3.3.4 Verankerung im Präventionsrecht wäre nicht ausreichend

De lege lata nicht vorgesehen, de lege ferenda grundsätzlich möglich, aber selbst dann nicht ausreichend, wäre eine Verankerung des Care- und Casemanagements als Präventionsleistung im Sinne des

Krankenversicherungsrechts. Da die bereits bestehenden Regelungen jedoch weder ausreichend noch geeignet sind, wäre eine eigenständige Normierung in diesem Bereich erforderlich:

Der Begriff der Prävention wird weit verstanden. Sie reicht vereinfacht ausgedrückt von der Vermeidung (sog. Primärprävention, zum Beispiel § 20a SGB V, s.u.) über die Früherkennung (sog. Sekundärprävention, zum Beispiel §§ 25 ff. SGB V mit verschiedenen Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene) bis zur Verhinderung von Chronifizierungen und Rückfällen (sog. Tertiärprävention, zum Beispiel § 43 SGB V mit ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation und Patientenschulung) von Krankheiten (vgl. als einer von Vielen Hans-Günther Ritz/Judith Brockmann, in: Deinert/Welti/Luik/Brockmann, StichwortKommentar Behindertenrecht, 3. Auflage 2022, Präventionsleistungen, Rn. 1).

Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige soll gerade verhindern, dass die pflegenden Angehörigen unter der Last der Pflege erkranken oder sich bestehende Krankheiten verschlimmern. Mithin könnte Care- und Casemanagement als (Primär-)Präventionsleistung ausgestaltet werden.

De lege lata ist dies indes nicht der Fall. Zwar kennt § 20a SGB V, nachdem Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen, auch die Lebenswelt der „pflegerischen Versorgung“ (§ 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Diese Norm stellt de lege lata jedoch schon keinen Anspruch der Versicherten, mithin auch keinen des pflegenden Angehörigen, dar (vgl. Huster/Kießling, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, § 20a SGB V, Rn 3).

Zudem sind, anders als es für ein Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige erforderlich wäre, die Präventionsleistungen nach § 20a SGB V gerade nicht als Dauerprojekte für Individuen geplant. Denn eine regelhafte Finanzierung von Personal- und Sachkosten sowie individuelle Abrechnungen sind gerade nicht vorgesehen (vgl. Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 27.03.2023).

Die bestehenden Präventionsnormen könnten zu leistungsrechtlichen Vorschriften zur Gewährung von Care- und Casemanagement weiterentwickelt werden. Indes wäre hier kein Mehrwert zur bereits existierenden leistungsrechtlichen Vorschrift des § 11 Abs. 4 SGB V mit dem (vermeintlichen) Anspruch auf Versorgungsmanagement gegeben.

Zudem wäre eine rein leistungsrechtliche Verortung in den Präventionsvorschriften ohnehin nicht ausreichend, da zusätzlich ohnehin beispielsweise Zugangsvoraussetzungen, Anforderungen an die Leistungserbringerabrechnung sowie Vergütungshöhen festgelegt werden müssten. Insbesondere ist es den Krankenkassen nicht erlaubt, Leistungen der Regelversorgung durch eigene Kräfte oder Einrichtungen zu erbringen, vielmehr müssen sie sich dazu zugelassenen Leistungserbringern bedienen. Da diese sog. leistungserbringungsrechtlichen Strukturen indes völlig fehlen, wäre eine rein leistungsrechtliche Verortung von Care- und Casemanagement in den Präventionsvorschriften – wie auch in § 11 Abs. 4 SGB V – ohne Mehrwert.

8.3.3.5 Leistungserbringungsrechtliche Verankerung

Kann § 11 Abs. 4 SGB V mithin jedenfalls als leistungsrechtliche Vorschrift für Care- und Casemanagement angewendet werden, müssen im vierten Kapitel des SGB V Vorschriften für das Leistungserbringungsrecht geschaffen werden, um den Anspruch des Versicherten zu verdichten, denn diese sind – wie aufgezeigt – bislang nicht vorhanden.

Möglich erscheint die Schaffung eines ganz neuen Versorgungsbereiches. Alternativ kann sich aber auch an den vorhandenen Leistungserbringungsstrukturen, etwa für Krankenhäuser, die ambulante ärztliche Versorgung, für Apotheken usw. orientiert werden.

Besonders geeignet scheint dabei das Heilmittelrecht (dazu Ruppel u. a., Care- und Casemanagement in der Regelversorgung, in: GesR 2022, 488, 493ff.; kritisch Igl, Regulatorische Möglichkeiten einer Installierung von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung, 95). Denn wie auch bei den Heilmitteln (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) handelt es sich bei Care- und Casemanagement gerade nicht um delegierte ärztliche Leistungen (ausführlich dazu Ruppel/Gloystein/van den Berg, Care- und Casemanagement ist keine delegierte ärztliche Leistung, KrV 2022, 197), sondern um – ggf. ärztlich veranlasste – selbstständige, eigenverantwortliche Leistungen, die von selbstständigen Leistungserbringern erbracht werden. Auch kennt das Heilmittelrecht eine Vielzahl von zulassungsfähigen Leistungserbringern (§ 124 Abs. 1 SGB V) und verzichtet auf ein Fremdbesitzverbot, stellt aber Anforderungen an die Qualifikation der fachlichen Leitungen und Mitarbeiter, die die Leistungen letztlich erbringen (vgl. Regelung der jeweiligen Rahmenverträge nach § 125 Abs. 1 SGB V für die verschiedenen Heilmittelerbringer).

Zudem bestehen für den Heilmittelbereich bereits effiziente und erprobte Strukturen, etwa die gemeinsame Zulassung für alle Krankenkassen durch die ARGE Heilmittelzulassung, die auf das Care- und Casemanagement übertragen werden könnten.

Die Grundlagen der Leistungserbringung sind im Heilmittelrecht in einer Richtlinie des G-BA und in Verträgen zwischen den Verbänden der Heilmittelerbringer und der Krankenkassen geregelt, ein Konzept, welches sich auch für Care- und Casemanagement anbietet. Für das Care- und Casemanagement im Bereich des SGB V wäre der G-BA hier aufgerufen, eine Richtlinie gem. § 92 SGB V zu erlassen.

8.3.4 Regelung im Rentenversicherungsrecht

8.3.4.1 Zuständigkeit der Rentenversicherung

Soweit eine Person gesetzlich rentenversichert ist und sich im erwerbsfähigen Alter befindet und die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wegen Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist, ist die Rentenversicherung für Maßnahmen zuständig, mit denen die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wiederhergestellt werden kann (§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI). Ist dies der Fall, erbringen die Träger der Rentenversicherung gem. § 9 Abs. 1 SGB VI Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Auch für pflegende Angehörige bleibt die Rentenversicherung bei Erfüllung der rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der vorrangige Leistungsträger (BT-Drs. 19/4453, 72), die Krankenkasse wird erst zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit nicht gefährdet ist (ggf. aber die Pflegefähigkeit) (Welti, in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, § 40 SGB V, Rn. 21a).

Wirkt sich die Belastung der Pflegesituation also auf die Erwerbsfähigkeit des pflegenden Angehörigen aus, wäre ein Care- und Casemanagement durch die Rentenversicherung zu leisten. Das bedeutet aber auch, dass Personen, die nicht gesetzlich rentenversichert sind oder die die Regelaltersgrenze überschritten haben, keine diesbezüglichen Leistungen aus der Rentenversicherung in Anspruch nehmen können. Außen vor bleiben daher nicht nur nicht-versicherungspflichtige Personen oder Personen in

berufsständischen Versorgungseinrichtungen, sondern auch lebensältere pflegende Angehörige (Ausschluss von Leistungen gem. § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI).

Zudem müssen die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI vorliegen. Wichtig ist, insbesondere zur Abgrenzung zu Leistungen der Krankenversicherung, dass die Rentenversicherung keine Leistungen bei akuter Behandlungsbedürftigkeit leistet (§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI).

8.3.4.2 Leistungserbringung in der Rentenversicherung

Unter dem Begriff des „Fallmanagements“ sind in der Rentenversicherung bereits eine Vielzahl von dem Care- und Casemanagement ähnlichen Angeboten bekannt und werden in der Regelversorgung durchgeführt. Eine gesetzliche Verpflichtung zu diesem Fallmanagement gibt es jedoch nicht. Das Fallmanagement in der Rentenversicherung ist bisher eine freiwillige Aufgabe. Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige ist auch im SGB VI – dem Rentenversicherungsrecht – bislang nicht gesetzlich vorgesehen.

a) Rudimentärer Normbefund

Anders als das SGB V unterscheidet das SGB VI nicht zwischen dem Leistungsrecht und dem Leistungserbringungsrecht. Die komplexen Anforderungen zur Zulassung, Zulassungsbehörden, Vergütungsstrukturen usw. aus dem SGB V sind im SGB VI unbekannt. Die Rentenversicherungsträger können die Leistungen selbst erbringen oder Verträge mit den Leistungserbringern schließen.

Vielmehr gibt es äußerst rudimentäre leistungsrechtliche Vorschriften. Diese befinden sich im SGB VI im zweiten Titel des zweiten Kapitels in den §§ 15-17. Aus diesen folgen unmittelbar Leistungsansprüche und zwar unabhängig davon, ob der jeweilige Träger der Rentenversicherung diese Leistungen in eigenen Einrichtungen erbringen kann oder sich hierfür Dritter bedient. Das Rentenversicherungsrecht ist hinsichtlich der Struktur der Leistungserbringung deutlich einfacher strukturiert als etwa das Krankenversicherungsrecht.

b) Präventionsleistungen

Das Rentenversicherungsrecht kennt präventive Leistungen nach § 14 SGB VI für Versicherte, die ernste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen. Konkretisiert wird dies durch eine Richtlinie nach § 14 Abs. 2 SGB VI. Das Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige kann hier durchaus als Präventivleistung im Sinne dieser Vorschrift eingeführt werden – es wären jedoch einige Änderungen erforderlich.

Das Case Management für pflegende Angehörige hat zum Ziel, die gesundheitliche Belastungen pflegender Angehöriger zu reduzieren und die Pflegefähigkeit zu erhalten, wodurch mittelbar auch die Erwerbsfähigkeit gesichert werden kann. Dies kann auch mit Maßnahmen der Präventionsleistungen in der Rentenversicherung erreicht werden.

De lege lata liegen die Voraussetzungen jedoch noch nicht vor.

Nach § 14 Abs. 1 S. 1 SGB VI erbringen die Träger der Rentenversicherung „medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“. Anders als im Krankenversicherungsrecht haben die Versicherten auf rentenversicherungsrechtliche Präventionsleistungen nach § 14 SGB VI einen Rechtsanspruch (vgl. BT-Drs. 18/9787, 33). Die Ziele der Präventionsleistungen der Rentenversicherung sind dabei darauf ausgerichtet, dass der Versicherte die Anforderungen des beruflichen Alltags bewältigen kann (so auch § 2 Abs. 2 „Gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung nach § 14 Abs. 2 SGB VI über medizinische Leistungen für Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen,

die die ausgeübte Beschäftigung gefährden – Präventionsrichtlinie“). Dabei gilt: Prävention vor Rehabilitation vor Rente. Durch die Präventionsleistungen soll verhindert werden, dass der Versicherte krank wird und aus diesem Grund aus der Erwerbstätigkeit ausscheidet (BT-Drs. 18/9787, 33).

Die Präventionsleistungen sind grundsätzlich weit gefasst, es werden „allgemeine und spezielle, auf die individuelle Gesundheitsgefährdung und den Arbeitsplatz bezogene gesundheitsfördernde Maßnahmen“ (§ 5 Präventionsrichtlinie) angeboten, darunter fallen ärztliche Behandlungen, die Vermittlung von Bewegungsübungen und Entspannungstechniken, Gruppengespräche oder Informationsvermittlung zu Ernährung und Substanzenmissbrauch. Die Präventionsleistungen sollen grundsätzlich in modularisierter Form (erst ganztägig, dann berufsbegleitend und zuletzt mit Auffrischungstagen) in Gruppenform erbracht werden. Die Rentenversicherungsträger erbringen die Leistungen in zugelassenen Einrichtungen. Neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (wie der Versicherungsstatus) ist Voraussetzung, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Anspruchsgeltendmachung beschäftigt ist. Dabei reicht eine geringfügige Beschäftigung aus. Weiterhin ist erforderlich, dass „erste gesundheitliche Beeinträchtigungen“ vorliegen. Ob die Beeinträchtigung aus dem beruflichen oder privaten – zu dem nach der Gesetzesbegründung auch die Pflege Angehöriger gehört – Umfeld kommt, ist unerheblich (BT-Drs. 18/9787, 32).

De lege ferenda müsste die Leistung weiterentwickelt werden, um auch Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige umfassen zu können. So ist der Leistungsinhalt der Präventionsmaßnahmen auf die Arbeit mit einem Netzwerk (z.B. mit Therapeuten, Beratungsstellen, Behörden, Selbsthilfegruppen, Familienhilfe, Organisation von Kurzzeit- und Tagespflege) ausgerichtet, die Unterstützungsleistungen um den pflegenden Angehörigen selbst herum, fehlen jedoch. Auch der typische Care- und Casemanagement-Kreislauf, der auch PuRpA-2 zugrunde liegt, ist nicht abgebildet. Dieser ist darauf ausgerichtet, dem pflegenden Angehörigen zu vermitteln, zu lernen, sich selbst zu organisieren. In den Interventionen der Präventionsmaßnahmen ist dies jedoch nicht vorgesehen. Vielmehr werden danach Leistungen wie die ärztliche Behandlung und Ernährungsberatung vermittelt. Schließlich endet die Maßnahme jedenfalls dann, wenn der pflegende Angehörige tatsächlich krank geworden ist. Denn die Präventionsmaßnahmen sind nur auf „erste gesundheitliche Beeinträchtigungen“ ausgerichtet. Die Unterstützungsleistungen enden daher im schlimmsten Fall genau dann, wenn der pflegende Angehörige tatsächlich auf sie angewiesen ist.

Die Grundkonzeption der Präventionsleistungen als ganztägige Maßnahmen ist für pflegende Angehörige ungeeignet, wenn die Pflegebedürftigen im täglichen Leben auf die Unterstützung durch die pflegenden Angehörigen angewiesen sind. In diesen Fällen könnte § 14 SGB VI erst wieder greifen, wenn der Pflegebedürftige stationär nach § 42a SGB IX untergebracht werden kann. Allerdings ist eine Maßnahme nach § 14 SGB VI keine Maßnahme, die einen Anspruch nach § 42a SGB IX auslöst. Denn es ist weder eine Maßnahme nach § 15 SGB VI noch eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme. Dies wird jedoch von § 42a SGB IX vorausgesetzt.

D.h. selbst wenn man die konkreten Präventionsvorschriften des § 14 SGB VI anpassen würde, müsste man zugleich noch die gesamte Regelungskonzeption der Präventionsvorschriften durchbrechen bzw. aufgeben, weil Präventionsleistungen nach der gesetzlichen Grundkonzeption immer dann nicht mehr erbracht werden, wenn ein Versicherter gesundheitlich ernstlich beeinträchtigt ist.

c) Sonstige Leistungen

Nach § 31 Abs. 1 SGB VI können zudem Leistungen zur Teilhabe wie Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, wenn diese von keiner anderen Leistung umfasst sind, (Nr. 1) erbracht werden. Hierdurch sollen die Ziele der Rehabilitationsleistungen sowohl vor und während als auch nach der Rehabilitationsmaßnahme gesichert werden. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen und

begleitende Hilfen wie beispielsweise der „Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Haushalt während der rehabilitationsbedingten Abwesenheit“ (Kater, in: Rolfs/Körner/Krasney/Mutschler, beck-online. Grosskommentar Kasseler Kommentar, Stand 15.02.2023, § 31 SGB XI Rn 6). Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um die reine Versorgung des Pflegebedürftigen und gerade nicht – wie in PuRpA-2 vorgesehen – inhaltlich um Care- und Casemanagement zugunsten des pflegenden Angehörigen.

d) Aufnahme der Verweisungsvorschriften ins SGB IX

Im Übrigen erbringen Rentenversicherungsträger gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB VI in Verbindung mit den §§ 42-47a SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den Regelungen des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches.

Soll es bei einer bloßen Verweisung in das SGB IX bleiben, bietet sich eine Ergänzung von § 42 Abs. 2 oder Abs. 3 SGB IX - jeweils um eine Nr. 8 - an, die einen Anspruch auf „Versorgungsmanagement“ oder „Care- und Casemanagement“ normieren könnte. Dies könnte gegebenenfalls auf pflegende Angehörige, d.h. auf Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI, beschränkt werden. Ob die Verortung in Abs. 2 oder Abs. 3 erfolgt, wäre ohne Belang, da beide Vorschriften offen gestaltet sind, was durch die gesetzgeberische Wortwahl von „insbesondere“ signalisiert wird und zwischen ihnen kein Rangverhältnis besteht. Auch die in § 42 Abs. 3 Satz 1 SGB IX formulierte Einschränkung, wonach die Leistungen im Einzelfall erforderlich sein müssen, schränkt Leistungen aus Abs. 3 nicht zusätzlich zu denen aus Abs. 2 ein, denn die Erforderlichkeit im Einzelfall ist ohnehin nach dem auch im SGB VI geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 13 Abs. 1 SGB VI) eine notwendige Leistungsvoraussetzung, ohne dass dies in Abs. 3 noch einmal gesondert geregelt werden muss.

Gegen die Verankerung im SGB IX spricht aber, dass an sich nicht jeder Anspruchsberechtigte aus dem Bereich der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige bekommen sollte, sondern dies im Kontext von PuRpA-2 nur dann notwendig ist, wenn dies mit Leistungen der Rentenversicherung (oder Krankenversicherung) einhergeht.

e) Regelung in § 15 SGB VI

Soweit die Regelung im SGB VI erfolgen soll, könnte hierfür § 15 Abs. 1 SGB VI um einen Satz 3 - dann neue Fassung - ergänzt werden:

„Die Träger der Rentenversicherung erbringen zudem Leistungen des Care- und Casemanagements“

gegebenenfalls wiederum beschränkt

„zu Gunsten von Pflegepersonen im Sinne von § 19 SGB XI.“

Gleichwohl bliebe der Anspruch auf Care- und Casemanagement im Bereich des SGB VI sehr vage und die inhaltliche Ausgestaltung, der Umfang und die Dauer, die Ein- und Ausschlusskriterien für die Versicherten, die Qualifikation der Care- und Casemanager, aber auch deren Vergütung und letztlich damit die Attraktivität für mögliche Leistungserbringer, Care- und Casemanagement überhaupt anzubieten, bliebe allein den Rentenversicherungsträgern überlassen. Es besteht damit die Gefahr, dass der Anspruch inhaltlich letztlich leerliefe. Es erscheint daher notwendig, dass der Gesetzgeber den Rentenversicherungsträgern zu den eben genannten Punkten inhaltliche Vorgaben macht. Eine möglichst verbindliche Konkretisierung sollte in Richtlinien der DRV Bund erfolgen.

8.3.5 Regelung im Pflegeversicherungsrecht

Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige ist auch im SGB XI – dem Pflegeversicherungsrecht – zu verankern.

8.3.5.1 Zuständigkeit der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung dient der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (§ 1 Abs. 1 SGB XI). Pflegebedürftig sind gem. § 14 Abs. 1 SGB XI Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen; die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen dürfen nicht mehr kompensierbar sein und die Pflegebedürftigkeit muss voraussichtlich für mindestens sechs Monate im Umfang eines der bekannten Pflegegrade (§ 15 SGB XI) bestehen.

Im Bereich der Pflegeversicherung herrscht eine Pflichtversicherung, die auch durch entsprechende Verträge mit privaten Pflegeversicherungsunternehmen erfüllt werden kann; deren Leistungen sind weitgehend identisch zu denen der gesetzlichen Pflegeversicherung (§§ 110, 23 SGB XI; statt aller Biederbick, in: Bach/ Moser, Private Krankenversicherung, 6. Aufl. 2023, Teil J - Private Pflegeversicherung, Rn. 366), so dass hier die Zurverfügungstellung von Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige auch in der privaten Pflegeversicherung möglich wäre.

Bei Schaffung eines eigenständigen Anspruchs des pflegenden Angehörigen im Bereich des SGB XI wird stets zu berücksichtigen sein, dass dieser an sich selbst pflegebedürftig sein muss, weil sich die Zuständigkeit der Pflegeversicherung andernfalls nicht begründen lässt und eine Verwendung von Mitteln der Pflegeversicherung unzulässig wäre, es sei denn, man will das Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige als versicherungsfremde Leistung etablieren – in diesem Fall wären die vorgeschlagenen kranken- und rentenversicherungsrechtlichen Vorschriften überflüssig. Abseits dessen stehen die Leistungen der Pflegeversicherung neben denen der Krankenversicherung (dazu etwa Berchtold, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, § 13 SGB XI, Rn. 5; Kruse, in: Krahrmer/Plantholz, Sozialgesetzbuch XI, 5. Aufl. 2018, § 13 SGB XI, Rn. 10) und lassen auch die der Rentenversicherung unberührt.

8.3.5.2 Keine Verankerung in der Pflegeberatung

Dabei ist ein mögliches zukünftiges Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige zur **Pflegeberatung nach § 7a SGB XI** abzugrenzen. Gemäß § 71a Abs. 1 Satz 1 SGB XI haben Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Zum Anspruch auf Pflegeberatung gehört gem. Abs. 1 Satz 5 auch die Erstellung eines Versorgungsplans im Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflegeversorgung und Betreuung Beteiligten. Gemäß Abs. 2 Satz 1 sind auf Wunsch auch die Angehörigen und weitere Personen einzubeziehen.

Das bedeutet, dass pflegende Angehörige selbst keinen eigenen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung haben und diesen auch nicht einklagen oder anderweitig durchsetzen könnten.

Einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung und das dazu gehörende Fallmanagement haben pflegende Angehörige nur dann, wenn sie - so § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI - selbst pflegebedürftig sind. Das mag auf bestimmte Situationen des Pflegetandems zutreffen, etwa wenn bei einem älteren Ehepaar der Partner mit dem geringeren Pflegegrad den mit dem höheren Pflegegrad pflegt und damit auch zugleich

pflegender Angehöriger ist. Gerade bei einem generationenübergreifendem Pflgetandem ist diese Konstellation jedoch unwahrscheinlich.

Selbst wenn man pflegende Angehörige in die Pflegeberatung einbeziehen würde, bliebe nach der gesetzlichen Konzeption und der inhaltlichen Ausgestaltung der Pflegeberatung die Unterstützung des Pflegebedürftigen im Fokus, nicht die des pflegenden Angehörigen. Denn das Fallmanagement der Pflegeberatung unterscheidet sich inhaltlich deutlich vom Care- und Casemanagement zugunsten von pflegenden Angehörigen nach dem PuRpA-2-Rahmenkonzept. Bei der Pflegeberatung ist auf den konkreten Einzelfall und die umfassende und zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen abzustellen. Zu den wesentlichen Aufgaben zählen die Ermittlung und Feststellung des gesundheitlichen, pflegerischen und sozialwirtschaftlichen Hilfebedarfs sowie die Zusammenstellung von eventuellen Versorgungs-, Hilfs- und Unterstützungsangeboten (Versorgungsplan) einschließlich der Unterstützung bei der Inanspruchnahme erforderlicher Leistungen. Das Fallmanagement der Pflegeberatung dient zudem der Koordination aller Leistungen auch aus anderen Büchern des Sozialgesetzbuches. Die Pflegeberater sollen zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen beitragen und die Nachsteuerung übernehmen.

Im Projekt hat sich gezeigt, dass die Pflegeberatung bei Beginn des Care- und Casemanagements bereits abgeschlossen sein sollte.

Pflegeberatung entspricht daher weder inhaltlich noch von der Zielrichtung oder der verfahrensrechtlichen Ausgestaltung einem Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige.

8.3.5.3 Keine Verankerung bei § 42a SGB XI n.F.

Keine geeignete Verortung wäre bei **§ 42a SGB XI n.F.** Denn auch hier steht nicht der pflegende Angehörige, sondern der Pflegebedürftige im Mittelpunkt der Regelung: Der Pflegebedürftige erhält einen Anspruch auf stationäre Versorgung, wenn der pflegende Angehörige eine der in § 42a Abs. 1 SGB X genannten Leistungen außerhalb des SGB XI bezieht. D.h. der § 42a SGB XI n.F. sieht aus der Perspektive des pflegenden Angehörigen gerade vor, dass dieser Leistungen nach dem SGB V, VI oder vergleichbare Leistungen bezieht, damit der Pflegebedürftige einen Anspruch auf Versorgung während der Zeit der Versorgung des pflegenden Angehörigen hat. Ein reine Annexlösung für den pflegenden Angehörigen in § 42a SGB XI n.F. würde mithin einen eigenen Anspruch des pflegenden Angehörigen aus dem SGB XI komplett leerlaufen lassen, weil immer ein Anspruch aus einem anderen Buch des Sozialgesetzbuches gegeben sein müsste. Diese kennen aber, wie aufgezeigt, Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige ebenfalls nicht.

Selbst wenn der pflegende Angehörige in § 42a SGB XI n.F. einen eigenen Anspruch auf Care- und Casemanagement erhalten würde, wäre dieser dort schon aus der zeitlichen Perspektive der Vorschrift nicht ausreichend versorgungswirksam. Denn dann würde das Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige überhaupt erst greifen, wenn der pflegende Angehörige bereits eine stationäre Leistung erhalten würde und der Pflegebedürftige zur Ermöglichung der Inanspruchnahme selbst stationär betreut werden würde. Dies wäre aber zeitlich viel zu spät. Natürlich kann Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige auch während einer stationären Versorgung beider Mitglieder des Pflgetandems notwendig sein. Indes wird das Ziel von Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige stets sein, stationäre Maßnahmen zu vermeiden. Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige muss daher bereits deutlich im Vorfeld ansetzen.

Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige ist nach der Konzeption und den ersten Ergebnissen aus PuRpA-2 nicht nur parallel zu einer stationären Versorgung des pflegenden Angehörigen sinnvoll, sondern kann gerade zur Vermeidung einer solchen dienen. Dies würde dem Grundsatz „ambulant vor

stationär“ folgen und dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 29 Abs. 1 SGB XI) entsprechen, vor allem aber Belastungen des pflegenden Angehörigen rechtzeitig aufnehmen und verringern.

8.3.5.4 Keine Verankerung bei § 45 XI

Die Verortung eines Care- und Casemanagements für pflegende Angehörige bei den kostenlosen Pflegekursen nach **§ 45 SGB XI** wäre nicht suffizient. Danach sind zwar Schulungskurse, die die Pflege und Betreuung erleichtern und verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen mindern und ihrer Entstehung vorbeugen sollen, von den Pflegekassen anzubieten und in Schulungszentren, der Häuslichkeit und digital durchzuführen. 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. Da sie als Gruppenkurse durchgeführt werden, sind die Kurse jedoch zumeist auf die allgemeine Pflege, teilweise auch auf bestimmte Themen und Diagnosen bezogen.

Diese Kurse bleiben daher hinter den Anforderungen, die im Rahmen des Projekts für das Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige entwickelt wurden, zurück. Denn das Care- und Casemanagement ist gerade – anders als die Pflegekurse nach § 45 SGB XI – auf eine längerfristige, durchgängige sowie individuelle Unterstützung der pflegenden Angehörigen angelegt. Diese sollen zwar auch in ihren Selbsthilfefähigkeiten unterstützt werden, daneben sollen jedoch gerade Koordinierungsleistungen für die pflegenden Angehörigen übernommen werden.

8.3.5.5 § 40c SGB XI n.F.

In seiner Struktur ist Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige eine Leistung, die während der häuslichen Pflege eines Pflegebedürftigen benötigt wird. Es sollte daher im vierten Kapitel, dort im ersten Titel des dritten Abschnitts – eben bei den Leistungen zur häuslichen Pflege (§§ 36-40b SGB XI) – verortet werden. Da es sich hier nicht um einen Anspruch des Pflegebedürftigen, sondern um einen Anspruch des pflegenden Angehörigen handelt, wäre eine Verortung in den Paragraphen, die ausschließlich den Pflegebedürftigen adressieren, nicht angezeigt.

Es sollte vielmehr ein § 40c SGB XI n.F. geschaffen werden. Dieser könnte lauten:

„Pflegepersonen, die selbst pflegebedürftig sind, haben Anspruch auf Leistungen des Care- und Casemanagements.“

Sollte man Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige als versicherungsfremde Leistung einführen und für alle Pflegepersonen öffnen wollen, müsste die Einschränkung auf die Pflegebedürftigkeit der Pflegeperson entfallen. Für diesen Fall wären die weiteren hier skizzierten Regelungsvorschläge aus dem SGB V und VI gegenstandslos.

8.3.5.6 Alternativ: § 45a SGB XI n.F.

Möchte man noch deutlicher machen, dass die Leistungen der Pflegeperson zu Gute kommen, könnte die eben genannte Regelung auch aus der Struktur der – gleichwohl vorhandenen - häuslichen Pflege entkoppelt werden und stattdessen ein § 45a SGB XI n.F. mit dem unter § 40c SGB XI n.F. vorgeschlagenem Inhalt gefasst werden. Soll auf die Notwendigkeit der Pflegebedürftigkeit des pflegenden Angehörigen verzichtet werden - wofür einiges spricht - , müssten die Leistungen als versicherungsfremde Leistungen aus dem Bundeshaushalt bezuschusst werden.

8.4 Untergesetzliche Konkretisierung

Nachdem die Schaffung subjektiv-öffentlicher Rechte und das „Ob“ der Leistungsgewährung im jeweiligen Buch des Sozialgesetzbuches skizziert wurde, muss aber auch das „Wie“ der Leistungserbringung ausgestaltet werden.

Anzustreben sind einheitliche Regelungen für alle Kostenträger eines Sozialversicherungszweiges, weil der versorgungswirksame Einsatz bei sonst notwendigen Einzelverhandlungen der Care- und Casemanager mit einer Vielzahl der derzeit noch 96 Krankenkassen und 16 Rentenversicherungsträger nicht gewährleistet wäre.

Die konkrete Ausgestaltung von Care- und Casemanagement wird nicht auf der gesetzlichen Ebene, sondern jeweils untergesetzlich stattfinden. Dabei haben die einzelnen Sozialversicherungszweige sehr verschiedene Regelungstechniken hervorgebracht, so das Krankenversicherungsrecht mit den Richtlinien des G-BA und der Technik untergesetzlicher Normenverträge, Rahmenempfehlungen usw. Auf diese spezifischen Befunde wird man bei der untergesetzlichen Gestaltung zurückgreifen.

Bei der untergesetzlichen Konkretisierung wird zu beachten sein, dass es auch in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung nicht jeweils eine globale Regelung für Care- und Casemanagement geben kann – zu heterogen sind etwa die Qualifikationsanforderungen oder Leistungsinhalte in den einzelnen Anwendungsbereichen von Care- und Casemanagement, sei es für Schlaganfallpatienten, in der Geriatrie, für pflegende Angehörige, nach Unfällen etc.

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 Sozialgesetzbüchern 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.

8.4.1 Zugangsregelungen

So heterogen Care- und Casemanagement an sich ist, so einheitlich sind die Tätigkeiten bei Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige, unabhängig davon, welcher Sozialleistungsträger hierfür zuständig ist. Daher können für die jeweiligen Ansprüche gegen die einzelnen Sozialleistungsträger einheitliche Aussagen zu den Voraussetzungen getroffen werden:

Als allgemeine Zugangsvoraussetzung sollte zunächst verlangt werden, dass es sich bei dem Anspruchssteller um eine Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 2 (nicht: Satz 1) SGB XI handelt, d.h. eine Person, die sich mindestens zehn Stunden pro Woche um einen Pflegebedürftigen kümmert.

Des Weiteren sollte der Bedarf festgestellt werden, also dass ein pflegender Angehöriger durch die Pflegesituation belastet ist. Hierfür kann die Anwendung des FARBE-Fragebogens (Verweis auf S. 13 des Rahmenkonzeptes) geeignet sein. Dieser zeigt in der Auswertung auf Basis von Resilienz- und Belastungsfaktoren sowie soziodemografischer Merkmale einen Beratungsbedarf an. Um Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige weiterhin vor allem präventiv einzusetzen, bevor eine stationäre Versorgung des pflegenden Angehörigen notwendig wird, sollten die Anforderungen an die Belastung und Überforderung nicht allzu hoch sein.

Sollte nach dem erstmaligen Durchlaufen des Care- und Casemanagements weitergehender Bedarf bestehen, sollte Voraussetzung für einen erneuten Anspruch auf Care- und Casemanagement zunächst der vollständige Abschluss des vorherigen Care- und Casemanagement-Kreislaufs sein. Darüber hinaus müsste der Anspruchsteller natürlich weiterhin eine Pflegeperson im Sinne von § 19 Satz 2 SGB XI sein und eben auch weiterhin gemäß Auswertung des FARBE-Fragebogens einen Beratungsbedarf haben. Um die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots des jeweiligen Buches des Sozialgesetzbuches sicherzustellen, sollte ferner Voraussetzung sein, dass zumindest prognostisch ein erneutes Durchlaufen des Care- und Casemanagements zu einer Verbesserung oder zumindest einer Verlangsamung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder der Erwerbsfähigkeit des pflegenden Angehörigen führt. Zudem müsste die Veränderung der Belastungssituation oder der Beratungsthematik dokumentiert werden.

Soweit eine Regelung im Krankenversicherungsrecht getroffen werden soll, bietet sich hier eine ärztliche Veranlassung des Care- und Casemanagements an. Denkbar wäre die Ausstellung eines Rezeptes als Voraussetzung zur Leistungserbringung. Da eine Selbstveranlassung des Care- und Casemanagements durch den jeweiligen Anbieter erhebliche Gefahren der Unwirtschaftlichkeit mit sich bringen würde, könnten alternativ zu einer ärztlichen Veranlassung auch Anträge bei der jeweiligen Krankenkasse gestellt und durch diese genehmigt werden. Nicht zulässig ist eine Eigenerbringung der Leistungen durch die Krankenkassen selbst, da diese sich stets zugelassener Leistungserbringer bedienen müssen. Denn gem. § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V erhalten die Versicherten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen. Das die Krankenkassen diese Sach- und Dienstleistungen nicht selbst erbringen, ergibt sich noch nicht aus dem Sachleistungsprinzip selbst (BGH GRUR 1982, 425, 428), aber aus § 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V, wonach die Krankenkassen über die Erbringung dieser Leistungen Verträge mit den Leistungserbringern des vierten Kapitels des SGB V schließen (Nebendahl, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2020, § 2 SGB V, Rn. 12) müssen (BSG, Urteil vom 08. Oktober 2019, AZ. B 1 A 3/19 R, dazu Ruppel, jurisPR-MedizinR 6/2020 Anm. 3; Berchtold, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, § 2 SGB V, Rn. 23; BGHZ 82, 375 ff.; Kaempfe, in: Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Auflage 2020, § 40 SGB V, Rn. 1.). Die Eingangsvorschrift des § 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V wird flankiert von § 140 SGB V, der die Zulässigkeit von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen auf den Stand von 1989 eingefroren hat. Gemäß § 140 Abs. 2 SGB V dürfen neue Eigeneinrichtungen von den Krankenkassen nur errichtet werden, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der gesundheitlichen Vorsorge und der Rehabilitation nicht auf andere Weise sicherstellen können.

Im Bereich der Rentenversicherung würde diese selbst nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden (§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB VI) und dürfte die Leistungen auch selbst erbringen.

8.4.2 Ausschlusskriterien

Zu regeln wären in den Ansprüchen gegen die einzelnen Sozialleistungsträger auch Ausschlusskriterien.

Das Care- und Casemanagement muss beendet werden, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind. So zum Beispiel, wenn eine Person, die Care- und Casemanagement nach dem Rechtskreis des SGB VI erhält, weil ihr Erwerbsminderung droht, die Regelaltersgrenze überschritten hat. Gleiches gilt etwa, wenn eine Person rentenversicherungsfrei wird und sich gegen eine freiwillige Versicherung in der Rentenversicherung entscheidet. Auch ist denkbar, dass eine in der GKV versicherte Person aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet und in die private Krankenvollversicherung wechselt. In allen diesen Fällen erlischt die Zuständigkeit des jeweiligen

Sozialleistungsträgers. Sofern das Care- und Casemanagement nicht aus dem Bundeshaushalt bezuschusst wird, ergibt sich dies aus der Verpflichtung, die von den Mitgliedern gezahlten Beiträge auch ordnungsgemäß – d.h. nur nach Maßgabe der gesetzlichen Ermächtigung oder ggf. Satzungsbestimmungen – zu verwenden. Dies ergibt sich für alle Sozialversicherungsbereiche aus § 30 Abs. 1 SGB IV (Bünnemann, in BeckOK Sozialrecht, 69. Edition, § 30 SGB IV, Rn. 6). Für das Krankenversicherungsrecht konkretisiert dies § 260 Abs. 1 Nr. 1 Hs. 1 SGB V (zur Mittelverwendung etwa Krasney, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, § 260 SGB V, Rn. 8 f.) mit Bezugnahme auf die §§ 30 und 81 SGB IV (Pfohl, in Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 8. Aufl. 2022, § 260 SGB V, Rn. 6). Im Pflegeversicherungsrecht konkretisiert § 63 Abs. 1 SGB XI den allgemeinen Mittelverwendungsgrundsatz aus § 30 SGB IV (Baier, in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, 118. EL, § 63 SGB XI, Rn. 4). Daher ist – zumindest wenn keine Erstattung durch einen anderen Kostenträger erfolgt, vgl. § 30 Abs. 2 SGB IV – eine Weiterführung zulasten des bisherigen Kostenträgers abzulehnen. Zur Vermeidung von Härten sollte jedoch der Care- und Casemanagement-Kreislauf beim bisherigen Sozialleistungsträger noch beendet werden.

Ein weiterer Ausschlussgrund sollte schließlich fehlende Compliance des pflegebedürftigen Angehörigen sein, die sich insbesondere durch fehlende Termintreue ausdrücken könnte.

Als Ausfluss aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ist das Care- und Casemanagement weiter dann zu beenden, wenn der damit verbundene Erfolg gemäß Unterstützungsplan (Verweis auf S. 16 des Rahmenkonzeptes) nicht mehr erreicht werden kann.

8.4.3 Zulassungsfähige Leistungserbringer und Qualifikationsanforderungen an MitarbeiterInnen

Im jeweiligen Sozialgesetzbuch ist auch festzulegen, welche Leistungserbringer zulassungsfähig bzw. mögliche Vertragspartner der Sozialleistungsträger sind.

Während dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung innewohnt, dass die Krankenkassen selbst keine eigenen Einrichtungen betreiben dürfen (§ 140 SGB V), ist dies im Bereich der Rentenversicherung und der Pflegeversicherung anders. Hier werden Leistungen auch direkt durch die Träger der Sozialversicherung erbracht. Damit stellt sich also jedenfalls im Falle der Anspruchsgewährung durch die Krankenkassen, aber natürlich auch im Bereich der übrigen Sozialleistungsträger, wenn diese die Leistungen nicht selbst erbringen, die Frage, welcher Leistungserbringer sich dieser bedienen sollten. Die Anbieter des Care- und Casemanagements sollten etwa private, karitative Einrichtungen, aber auch Kommunen sein können. Es gibt weder aus versorgungs- noch aus rechtswissenschaftlicher Sicht irgendwelche Bedenken, ein breites Feld möglicher Leistungserbringer zuzulassen. Auch die Rechtsformen, derer sich diese bedienen dürfen (GmbH, Einzelunternehmen, Personengesellschaften, Vereine etc.) sind zu bestimmen. Aus versorgungs- und rechtswissenschaftlicher Sicht gibt es keine Gründe, hier Einschränkungen vorzunehmen.

Zu klären ist zudem die Qualifikation der MitarbeiterInnen der zulässigen Leistungserbringer. Hier sollte es für alle Sozialgesetzbücher übergreifend die gleichen Regelung geben, da sich das Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige selbst und damit auch die Anforderung an die Leistungserbringer kaum unterscheiden werden. Im Rahmen des Projektes wurden die Qualifikationen als Pflegefachkraft, Sozialversicherungsfachangestellter oder ein für die Pflege förderliches Studium (Verweis auf S. 8 des Rahmenkonzeptes) zugelassen. Eine Evaluation der Qualifikationsanforderungen erfolgt im Projekt nicht, es sind zumindest aber auch keine Hinweise erkennbar, dass die Qualifikationen nicht ausreichend oder fehlerhaft gewesen wären.

Nicht untersucht wurde, ob die jeweilige Qualifikation überhaupt notwendig war oder sogar ein Übermaß an Qualifikation gefordert wurde. Dies könnte dann rechtlich bedenklich sein, wenn die

Qualifikationsanforderungen nicht mehr – wie im Projekt – durch den Arbeitgeber vorgegeben werden, sondern öffentlich-rechtlich normiert würden. Denn dann handelt es sich bei diesen um Berufsausübungsregelungen (bei Erstarken der Tätigkeitsbeschreibung eines Care- und Casemanagers zu einem eigenen Berufsbild sogar um Berufswahlregelungen, soweit die Regelungen für alle Care- und Casemanager gelten würden), die an der Berufsfreiheit des Art. 12 Grundgesetz zu messen sind. Jede versorgungswissenschaftlich nicht begründbare Qualifikationsanforderung wäre damit eine unzulässige, weil im Sinne des Verhältnismäßigkeitsprinzips nicht erforderliche Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit, bei Herausbilden eines eigenen Berufsbildes ggf. sogar der Berufswahlfreiheit.

8.4.4 Vergütungsregelungen

Die Versorgungswirksamkeit von Care- und Casemanagement hängt letztlich auch davon ab, ob die Erbringung dieser Leistungen finanziell so attraktiv ist, dass sich genügend Leistungserbringer finden und dass diese die Care- und Casemanager adäquat bezahlen können. Zugleich sind aber die Wirtschaftlichkeitsgebote der jeweiligen Bücher des Sozialgesetzbuches zu beachten.

Einzustellen in die Kalkulation – egal welchen Kostenträgers – ist dabei zunächst der Zeitaufwand, der im Care- und Casemanagement je Klient anfällt. Dieser ist zu ermitteln und mit dem Arbeitgeberbruttokosten je Mitarbeiterstunde zu multiplizieren. Der jeweilige Stundensatz wird von der Qualifikation des Care- und Casemanagers abhängen. Unbedingt zu berücksichtigen sind Fahrzeiten von und zu den Klienten. Diese dürfen nicht nur mit dem Kilometersatz abgegolten werden, der nur die Anschaffungs- und Nutzungskosten des Kraftfahrzeuges beinhaltet, sondern vor allem muss die für die Fahrt aufgewendete Arbeitszeit berücksichtigt werden.

Im Overhead des Leistungserbringers sind nicht nur ein angemessener Gewinn zu berücksichtigen, sondern auch technische Leistungsanteile wie etwa hinsichtlich der Raummiete, Materialkosten oder Kosten für weiteres Personal. Zudem sind die Care- und Casemanager zu qualifizieren und auch regelmäßig fortzubilden. Die Sach- und Personalkosten für die Qualifikationen (insb. auch die Lohnkosten während der Durchführung der Maßnahmen) sind, soweit sie nicht pauschal von den Kostenträgern übernommen werden, letztlich in dem je Abrechnungseinheit aufzuschlagenden Overhead zu berücksichtigen.

Die Kostenträger gehen teils von einer erreichbaren Auslastung von 100 % aus. Eine solche Kalkulation würde letztlich zwangsläufig zu Defiziten bei den Leistungserbringern führen, die die Versorgungswirksamkeit in Frage stellt. Hier sind realistische Auslastungsquoten der Mitarbeiter noch zu ermitteln.

Sind die Kosten realistisch ermittelt, kommen verschiedene Abrechnungsmodi in Betracht, die bekannte Vor- und Nachteile haben:

Ein Extrem stellt dabei die Einzelleistungsvergütung dar, wie sie etwa in der GOÄ oder im EBM bis 2004, aber auch im Heilmittelbereich verbreitet ist. Für eine konkrete Behandlung mit einem eng definierten Zeithorizont gibt es eine bestimmte Gebühr. Einzelleistungsvergütungen wohnt insbesondere die Gefahr der Mengenausweitungen inne (Walendzik/Wasem, Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen (Bertelsmann Stiftung 2019, 55. DOI: 10.11586/2019048). Aufgrund des Informationsvorsprungs des Leistungserbringers ist dieser nicht nur Anbieter, sondern kann auch eine anbieterorientierte Nachfrage auslösen (vgl. etwa Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV). Bericht zu Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Berlin: Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem; 2019, 125). Einzelleistungsvergütungen sind zudem mit einem erhöhten Dokumentationsaufwand verbunden. Ihnen wird ein höheres Innovationspotential nachgesagt (Abholz,

Plädoyer für ein Pauschalssystem. Die Honorierung ärztlicher Leistungen ist reformbedürftig, Soziale Sicherheit, Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 2/1995, 47, 47).

(Zeitbasierte) Einzelleistungsvergütungen, etwa nach Stundenaufwand je Klient, bergen aus Sicht der Kostenträger stets die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage. Der Leistungserbringer legt letztlich selbst fest, wie viel Zeit er sich je Fall nimmt und kann seine Vergütung so weitgehend unkontrollierbar erhöhen und die Care- und Casemanager aus ökonomischer Sicht bestmöglich auslasten. Dem wird in der Regel mit erheblichen Dokumentationsanforderungen begegnet, die aber kaum vernünftig überprüfbar sind und zudem auch einen erheblichen bürokratischen Aufwand für Leistungserbringer darstellen.

Einen gegenteiligen Ansatz verfolgen Pauschalen, die etwa für einen Care- und Casemanagement-Kreislauf oder für einen Zeitabschnitt (Monat/Quartal) gezahlt werden und alle Leistungen zu Gunsten eines Anspruchsberechtigten abgelten. Denkbar sind sowohl Kopf- als auch Fallpauschalen, die das Honorar an die Zahl der eingeschriebenen – bei Fallpauschalen der tatsächlich in einer Zeiteinheit (etwa einem Quartal) behandelten – Patienten knüpfen.

Hier besteht keine Gefahr der Mengenausweitung, allerdings ist hier eine Fehlsteuerung dahingehend zu befürchten, dass Leistungserbringer dann nur die in den jeweiligen Pauschalen vereinbarten obligaten Mindestleistungsinhalte erbringen. Pauschalen bergen daher immer ein erhöhtes Risiko der Unterversorgung bei formal ausreichender Leistungserbringung (dies war im Bereich der Pflegekosten bei den Krankenhausfallpauschalen so immanent geworden, dass diese seit 2020 nicht mehr Teil der Fallpauschalen sind, weil die Qualität der Pflegeleistungen nicht mehr sichergestellt werden konnte; vgl. Lungstrass/Bockholdt, Einführung in das Krankenhausvergütungsrecht, NZS 2021, 1, 5). Denn es besteht kein Anreiz, mehr zu leisten, als gerade für die Erfüllung der Leistungsbeschreibung notwendig ist. Soweit Pauschalen für einen Zeitabschnitt gezahlt werden, besteht die Gefahr des aus der kassenärztlichen Vergütung bekannten Phänomens, dass Leistungen in den folgenden Zeitabschnitt geschoben werden, um die Vergütung erneut auszulösen.

Pauschalen können etwa auch degressiv – z.B. in Abhängigkeit von der Patientenzahl – ausgebildet werden oder nach Alters- und Schweregraden, zusätzlichen Qualifikationen oder bevölkerungsmedizinischen Zielstellungen wie zusätzlichen Vergütungen bei Präventionsangeboten unterschieden werden (zu alledem Abholz, Plädoyer für ein Pauschalssystem. Die Honorierung ärztlicher Leistungen ist reformbedürftig, Soziale Sicherheit, Die sozialpolitische Monatszeitschrift der Gewerkschaften, 2/1995, 47, 49).

Als Kompromiss ist eine Kombination beider Ansätze denkbar, sei es, dass – wie auch in der vertragsärztlichen Versorgung – besonders förderungswürdige Leistungen als Einzelleistungsvergütungen gezahlt werden, andere als Pauschalen oder das verschiedene Schweregrade für Care- und Casemanagement gebildet werden, die auf Basis erwartbar unterschiedlicher Zeitaufwände zu kalkulieren wären.

Eine Kombination von Einzelleistungsvergütungen und Pauschalen liegt auch dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab sowohl in der haus- als auch in der fachärztlichen Versorgung zu Grunde. Dabei sind grundsätzlich Pauschalen zu bilden (§ 87 Abs. 2b Satz 1 Hs. 1 SGB V für den hausärztlichen Bereich), nur bei besonders förderungswürdigen, telemedizinischen oder delegierten Leistungen sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen (§ 87 Abs. 2b Satz 1 Hs. 2 SGB V). Die wirtschaftliche Effizienz eines solchen Systems hängt von der Abgrenzbarkeit der Abrechenbarkeit nach Teilleistungen und Pauschalen und deren Nachvollziehbarkeit durch die auszahlende Stelle ab (Nebendahl, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 87 SGB V, Rn. 59 mit weiteren Ausführungen).

Ähnliches gilt für die fachärztliche Versorgung gem. § 87 Abs. 2c SGB V. Ein für Care- und Casemanagement erwägenswerter Ansatz ist die dortige Entscheidung des Gesetzgebers, dass mit den Grundpauschalen

„die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet“ seien (§ 87 Abs. 2c Satz 2 SGB V). Mit Zusatzpauschalen wird ein besonderer Leistungsaufwand vergütet (§ 87 Abs. 2c Satz 4 SGB V).

In der vertragsärztlichen Vergütung werden Komplexleistungen in Teilleistungen aufgeteilt und einzeln gemäß des Kostensatzes und des jeweiligen Zeitbedarfes bewertet und sodann wieder addiert (Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV). Bericht zu Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Berlin: Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem; 2019).

Jede Vergütungsstruktur des Care- und Casemanagements wird, unabhängig von ihrer rechtlichen Verortung, folgende Leistungsbereiche berücksichtigen müssen, die seinen Funktionen entsprechen. Dies sind „assessment“ (Einschätzung, Abklärung), „planning“ (Planung), „intervention“ (generell: die Durchführung), „monitoring“ (Kontrolle, Überwachung), „evaluation“ (Bewertung, Auswertung) (Wendt WR. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 7. Aufl. 2010, 91 zitiert Moxley DP. Practice of Case Management (Sage Human Services Guides). 1. Aufl. 1989.; vgl. auch Wendt WR. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 7. Aufl. 2010, 128f zitiert Weil M, Karls JM. Case Management in Human Service Practice: A Systematic Approach to Mobilizing Resources for Clients. 1. Aufl. 1985, 84.). Die AG Essentials der DGCC beschreibt Inhaltsbereiche des Case Managements auf der Einzelebene als

- Kontaktaufnahme
- strukturierte, systematische, umfassende Erhebung und Dokumentation von Lebenslage, Bedarfslage und Versorgungslage
- Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen im „Serviceplan“
- Vermittlung und Abstimmung der Angebote
- Sicherung/Prüfung/Steuerung sowie die Bewertung des CM-Prozesses (AG Essentials. Rahmenempfehlung der deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management, in: Wendt WR, Löcherbach P, Hrsg. Standards und Fachlichkeit im Case Management. 1. Aufl. 2009, 53, 59.),

sowie auf der institutionellen Ebene die Unterhaltung des informellen und formellen Netzwerkes der Unterstützungs- und Leistungsangebote (AG Essentials. Rahmenempfehlung der deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management, in: Wendt WR, Löcherbach P, Hrsg. Standards und Fachlichkeit im Case Management. 1. Aufl. 2009, 53, 59). Bei Vergütungsstrukturen wird man insbesondere auch die für Care- und Casemanagement besonders wichtige Arbeit auf der institutionellen Ebene mitberücksichtigen müssen.

8.5 Fazit

Die in PuRpA-2 vorgesehenen Interventionen lassen sich außerhalb des Sozialrechts ohne rechtliche Änderungen umsetzen, d.h. sie verstoßen insbesondere nicht gegen das Pflegeberufgesetz, das Rechtsdienstleistungs- oder das Heilkunderecht. Mithin sind „nur“ sozialrechtliche Änderungen notwendig.

Ein versorgungswirksamer Einsatz von Care- und Casemanagement kann nur durch Regelung in dem konkreten Fachgesetzbuch des Sozialgesetzbuches (insb. im SGB V und VI) erfolgen. Eine „vor die Klammer“ gezogene Regelung, etwa im SGB I, wäre so unscharf, dass ein konditionales wenn-dann-Schema nicht erreicht werden und damit kein Anspruch im Sinne eines subjektiv-öffentlichen Rechts bestehen würde.

Im Krankenversicherungsrecht erweist sich § 40 Abs. 3a SGB V n.F. als ungeeignet, weil das Care- und Casemanagement dann erst bei einer stationären Leistung zu Gunsten des pflegenden Angehörigen greifen würde; notwendig und konzeptionell vorgesehen ist dies indes bereits weit im Vorfeld. Eine rein präventionsrechtliche Verankerung wäre indes auch nicht geeignet. Anknüpfungspunkt kann indes § 11 Abs. 4 SGB V sein, der bereits einen – vermeintlichen – Anspruch auf Versorgungsmanagement kennt. Dieser – nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – rahmenrechtliche Anspruch muss aber im Sinne des Rechtskonkretisierungskonzeptes leistungserbringungsrechtlich umgesetzt werden. Die Autoren halten das Heilmittelrecht für geeignet. Denn hier können selbstständige Leistungserbringer nach ärztlicher Veranlassung selbstständig qualifizierte Leistungen erbringen.

Soweit durch die Pflegesituation die Erwerbsfähigkeit bedroht ist, ist die Rentenversicherung vorrangiger Leistungsträger. Auch hier ist Care- und Casemanagement nicht gesetzlich vorgesehen, erst Recht nicht für pflegende Angehörige. Anders als im Krankenversicherungsrecht kennt das Rentenversicherungsrecht keine starre Trennung von Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht. Anknüpfungspunkt sollte hier § 15 SGB VI sein, der ergänzt werden sollte um einen Leistungsanspruch auf Care- und Casemanagement zu Gunsten von pflegenden Angehörigen. Die Rentenversicherung kann diese Leistungen selbst erbringen, ein Rückgriff auf das krankenversicherungsrechtliche Heilmittelrecht ist nicht geboten.

Soweit der pflegende Angehörige weder in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung fällt (weil er entweder die Regelaltersgrenze überschritten hat oder seine Erwerbsfähigkeit nicht bedroht ist) und er aufgrund des Kontextfaktors „Pflege“ auch nicht krank geworden ist, könnte die Pflegeversicherung Care- und Casemanagement für pflegende Angehörige leisten. De lege lata ist dies bislang nicht vorgesehen. De lege ferenda sollte dies nicht in § 42a SGB XI n.F. erfolgen, weil dort der Pflegebedürftige, nicht der pflegende Angehörige im Fokus steht. Geeignet erscheint vielmehr ein neuer § 40c SGB XI – der hier die Anknüpfung an die häusliche Pflege böte – oder die Schaffung eines neuen § 45a SGB XI mit dem Fokus auf die Leistungen zu Gunsten von Pflegepersonen.

Die untergesetzliche Konkretisierung (Zugangsregelungen, Ausschlusskriterien, Abrechnungsvorschriften usw.) muss den Regelungssystematiken des jeweiligen Fachgesetzbuches folgen.

9 Resümee

Das im PuRpA-Modellprojekt-2 „Case Management für pflegende Angehörige“ (CMpA) entwickelte und erprobte CMpA-Konzept bietet für pflegende Angehörige mit einer ausgeprägten Dysbalance im Bereich von Belastungs- und Resilienzfaktoren ein zugehendes Beratungs- und Unterstützungsangebot, um zu verhindern, dass sich erste gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die häusliche Pflege zu gravierenden Erkrankungen entwickeln können.

Die hohe Zufriedenheit der teilnehmenden pflegenden Angehörigen hat gezeigt, dass ein solches Beratungs- und Unterstützungsangebot, das sich ganz auf die pflegenden Angehörigen und ihre Bedürfnisse konzentriert und die Stärkung ihres Wohlbefindens und ihrer (psychischen) Gesundheit zum Ziel hat, als hilfreich empfunden und die Unterstützung dankend angenommen wurde.

Die wissenschaftliche Begleitstudie hat hier Daten für die Konzeptvalidierung geliefert und Gelingensbedingungen für die Durchführung eines Case Managements für pflegende Angehörige herausgearbeitet.⁶¹ Was die Effekte der CMpA-Beratung für pflegende Angehörige angeht, so konnten erste Tendenzen erfasst werden. Für einen Wirkungsnachweis müsste aber im Rahmen eines weiteren Projektes eine randomisiert kontrollierte Evaluationsstudie durchgeführt werden.

Ein flächendeckend in NRW zur Verfügung stehendes CMpA-Beratungsangebot wäre aus unserer Sicht eine wichtige Bereicherung der Angebotslandschaft und ein zusätzliches, dringend benötigtes Entlastungsangebot für belastete pflegende Angehörige.

Wir sind überzeugt, dass sich durch solch ein niederschwelliges und vor allem zugehendes Angebot die Zufriedenheit mit den häuslichen Pflegearrangements bei belasteten pflegenden Angehörigen verbessern ließe und damit auch ein positiver Effekt auf die „Pflegebereitschaft“ erzielt werden könnte.

Wir hoffen daher, dass sich viele Leistungsanbieter finden werden, die das entwickelte CMpA-Konzept umsetzen möchten. Sofern die Finanzierung sich zukünftig sichern lässt, wären die am Modellprojekt beteiligten Träger auf jeden Fall dazu bereit, das haben die geführten Reflexionsgespräche ergeben.

Im Gutachten von Dr. Dr. Ruppel (Kap. 8) wird dazu ein gangbarer Weg aufgezeigt. So wäre es möglich, z.B. auf Basis des Heilmittelrechts über Rahmenverträge, die die Details einer CMpA-Leistungserbringung regeln, eine Finanzierung mittels z. B. Fallpauschalen mit Kostenträger (Krankenkasse und/oder Rentenversicherung) zu verhandeln. Qualifizierte Case Manager*innen für pflegende Angehörige wären hier Erbringer*innen von Leistungen im Sinne des Heilmittelrechts (ähnlich wie Physiotherapeut*innen).

Um dies umzusetzen muss eine Qualifizierung von Bestandsmitarbeiter*innen bspw. aus der Pflege- und Sozialberatung zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige sichergestellt sein. Ein entsprechendes Weiterbildungs-Curriculum wurde ebenfalls im Modellprojekt entwickelt und erprobt. Es wird voraussichtlich nach Ende des Modellprojektes auch weiterhin angeboten werden. Dazu gab es bereits erfolgreiche Gespräche mit unserem Kooperationspartner Unfallkasse NRW. Es besteht Interesse auch nach Projektende, eine Weiterbildung zum/zur Case Manager*in für pflegende Angehörige z.B. in Kooperation mit einem Träger der Freien Wohlfahrtspflege anzubieten.

⁶¹ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung, Kapitel 6

10 Literaturverzeichnis

- "Nummer gegen Kummer". (12.08.2021). *Online Befragung zur Situation von Young Adult Carer*. Bundesfamilienministerium (BMFSFJ). Von https://www.nummergegenkummer.de/online-befragung_zur_situation_von_young_adult_carer/ abgerufen
- (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen. S3-Leitlinie*. Anhang S. 10.
- Abteilung Presse und Öffentlichkeitsarbeit. Sozialverband VdK Deutschland. (15.05.2023). *Faktenblatt zur VdK-Pflegestudie*. Berlin. Abgerufen am 27. 11. 2023 von <https://www.vdk.de/themen/pflege/vdk-pflegestudie/>
- BARMER Internetredaktion. (30.11.2023). *Stressbewältigung: 5 effektive Wege aus dem Stress*. Von Webcode: a006036 abgerufen
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit und Erwachsenenalter*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 43, Köln.
- Bohnet-Joschko, S. (Hrsg.). (2020). *Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige*. Bericht, Witten. Von <https://www.angehoerigenpflege.info/bericht/> abgerufen
- Büscher, A. (2020). Bedarfslagen in der häuslichen Pflege. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2020 - Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Wissenschaftliches Institut der AOK, Springer Open.
- Büscher, A., Peters, L., Stelzig, S., Lübben, A., & Yalymova, I. (2023). *Zu Hause pflegen - zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht*. Sozialverband VdK Deutschland e.V.; Hochschule Osnabrück.
- Deck, R., Busmann, M.-L., Simons, J., Al-Hashimy, S., & Stark, M. (2019). Rehabilitation mit einem demenzkranken Angehörigen: Ergebnisse einer längsschnittlichen Beobachtungsstudie. *Die Rehabilitation*(58 [02]), S. 112-120. doi:10.1055/a-0613-1232
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., & Gellert, P. (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, *Pflegereport 2021. Sicherstellung der Pflege*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK, Springer Open.
- Ehlers, C., Müller, M., & Schuster, F. (2017). *Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten*. Verlag Barbara Budrich.
- Ernst, G., Franke, A., & Franzkowiak, P. (2022). Stress und Stressbewältigung. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). doi:<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0>
- Geyer, J. (2016). Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), *Themenreport Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. Berlin.
- Gräsel, E. (2001). *Häusliche Pflege-Skala HPS: zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen* (2. Ausg.). VLESS.
- Gräsel, E., & Behrndt, E.-M. (2016). Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflegereport 2016 - Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Wissenschaftliches Institut der AOK, Schattauer.
- Haumann, W. (2021). Die junge Pflege - Allensbach-Befragung der 16- bis 39-jährigen Bevölkerung mit besonderer Berücksichtigung junger Pflegenden. In DAK-Gesundheit Storm (Hrsg.), *Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen* (S. 31-70). medhochzwei.
- Heller, J. (2013). *Resilienz: 7 Schlüssel für mehr innere Stärke*. Gräfe und Unzer Verlag.
- Kalisch, R. (2020). *Der resiliente Mensch. Wie wir Krisen erleben und bewältigen. Neueste Erkenntnisse aus Hirnforschung und Psychologie*. PIPER.
- Kaluza, G. (2018). *Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (4. Ausg.). Berlin/Heidelberg: Springer.

- Klaus, D., & Vogel, C. (2019). Unbezahlte Sorgetätigkeit von Männern und Frauen im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer, *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte* (S. 91-112). Wiesbaden: Springer VS.
- Klie, T. (2021). *Pflegereport 2021 - Junge Menschen und Pflege - Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen* (Bd. 35). (A. Storm, Hrsg.) Hamburg/ Freiburg: medhochzwei Verlag.
- Knauthe, K., & Deindl, C. (Oktober 2019). *Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege*. Berlin: Sozialverband Deutschland e. V. (Hrsg.). Von https://www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/broschueren/pflege/SoVD_Gutachten_Altersarmut_Frauen2019.pdf abgerufen
- Kühnlein, L., Lux, K., Sulmann, D., & Vähjunker, D. (31.08.2022). *Entlastung in der Pflege*. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Von <https://www.zqp.de/thema/entlastung-pflegende/> abgerufen
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016). *Pflege und Unterstützung durch Angehörige*. Report Altersdaten 01/2016, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (March 2007). Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology: Series B, Volume 62*(Issue 2), P126–P137. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.P126>
- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). *Barmer Pflegereport 2018 - Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 12. BARMER.
- Rothgang, H., & Müller, R. (2021). *Barmer Pflegereport 2021 - Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 32. BARMER.
- Schwinger, A., Tsiasioti, C., & Klauber, J. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege - eine Befragung pflegender Angehöriger. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S. 189-216). Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO); Schattauer Verlag.
- Seidl, N., Latteck, Ä.-D., & Voß, M. (2017). *Erwerbsarbeit (ehemals) pflegender Angehöriger - Hindernisse und Unterstützungsmöglichkeiten*. Fachhochschule Bielefeld. Abgerufen am 27. 11. 2023 von <https://fhb-bielefeld.digibib.net/eres/redirect?id=180139&source=digilink&bibid=Bihttps://www.fh-bielefeld.de/multimedia/Fachbereiche/Wirtschaft+und+Gesundheit/Bereich+Pflege+und+Gesundheit+ORIGINAL/Berichte/bericht42.pdf>
- Seidl, N., Latteck, D.-Ä., Büker, C., Brinker, M., Buschsieweke, N., Hirschmann, A., & Voß, M. (2023). *Prävention und Rehabilitation pflegender Angehöriger - Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte. Bericht aus Lehre und Forschung*. Hochschule Bielefeld.
- SGB XI. (1994). § 19 Begriff der Pflegepersonen. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/___19.html abgerufen
- Statistisches Landesamt NRW (IT.NRW). (10.11.2022). *NRW: 86,0 Prozent der Pflegebedürftigen wurden 2021 zu Hause versorgt*. Pressemitteilung 454 / 22. Von <https://www.it.nrw/nrw-860-prozent-der-pflegebeduerftigen-wurden-2021-zu-hause-versorgt-18466> abgerufen
- Statistisches Landesamt NRW (IT.NRW). (18.11.2020). *NRW: Zahl der Pflegebedürftigen stieg in zwei Jahren um 25,5 Prozent*. Pressemitteilung 379 / 20. Von <https://www.it.nrw/nrw-zahl-der-pflegebeduerftigen-stieg-zwei-jahren-um-255-prozent-17109> abgerufen
- Weidner, F., Gebert, A., Ehling, C., & Weber, C. (Mai 2019). Empfehlungen aus dem Modellprojekt GemeindegewestPlus von 2015 bis 2018 in Rheinland-Pfalz. Köln und Vallender: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. - DIP.
- wir pflegen e.V. (Hrsg.). (März 2022). *Mehr Pflege wagen. Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der häuslichen pflegerischen Versorgung aus Sicht pflegender Angehöriger*. Berlin. Von https://wir-pflegen.net/images/aktuelles/2022/220922_wp_Mehr-Pflege-wagen.pdf abgerufen
- Wuttke-Linnemann, A., Halsband, C.-A., & Fellgiebel, A. (Sept 2020). *Fragebögen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE)*. Projektförderung: compass private pflegeberatung, Köln. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). Von <https://www.zqp.de/frageboegen-farbe/> abgerufen

11 Anlagen

- I. Rahmenkonzept Case Management für pflegende Angehörige
- II. Anonymisierte Leistungsdokumentation (blanco)
- III. Curriculum CMpA-Pilot-Weiterbildung
- IV. Auszug PuRpA-2 aus dem Bericht aus Lehre und Forschung 2023 der Hochschule Bielefeld



PuRpA
PRÄVENTION UND REHABILITATION
FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE



AW Kur und
Erholung
Projekträger Modellprojekt 2



Stiftung
Wohlfahrtspflege
NRW
Fördermittelgeber

Rahmenkonzept

Case Management für pflegende Angehörige (CMpA)

Erstellt von
Verena Weber und Martina Böhler

Entwickelt und erprobt im Rahmen des von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten Modellprojektes „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ im Verbundvorhaben Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige (PuRpA)

Projektlaufzeit: 01.10.2020 – 31.12.2023

Projekträger

AW Kur und Erholungs GmbH
Kronenstr. 63 - 69
44139 Dortmund

Projektpartner

Hochschule Bielefeld - HSBI
InBVG – Institut für Bildungs- und
Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich
Interaktion 1
33619 Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

1	RAHMENANGABEN UND VORBEMERKUNG	3
2	ZIEL EINES CASE MANagements FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE (CMPA)	4
3	GELINGENSBEDINGUNGEN FÜR EINE CMPA-BERATUNG	5
4	QUALITÄTSKRITERIEN FÜR EINE CMPA-BEGLEITUNG	6
5	ROLLENPROFIL CASE MANAGER*IN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE	8
6	NETZWERKARBEIT	9
7	DURCHFÜHRUNG „CASE MANAGEMENT FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE – CMPA“	10
	Zugang (Erstkontakt).....	11
	Klärung (Intake)	12
	Assessment / Situationseinschätzung.....	14
	Unterstützungs-/Entlastungsplanung	16
	Linking (Umsetzungsphase).....	17
	Monitoring	18
	Evaluation	18
	Leistungsdokumentation	18
8	CMPA - VORSORGE-/NACHSORGEBEGLEITUNG IM RAHMEN STATIONÄRER MAßNAHMEN .	19
8.1	BEGLEITUNG IM VORFELD EINER STATIONÄREN MAßNAHME	19
8.2	NACHSORGENDE BEGLEITUNG IM ANSCHLUSS AN EINE STATIONÄRE MAßNAHME	20
9	ABGRENZUNG ZU ANDEREN BERATUNGSANGEBOTEN	21
10.	IMPLEMENTATION "CASE MANAGEMENT FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE"	23
11.	LITERATURVERZEICHNIS	25
12	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	28

Anlagen

- I. Übersicht - Ablauf Case Management für pflegende Angehörige (CMpA)
- II. CMpA Methodenkoffer
- III. Curriculum für die Weiterbildung „Case Management für pflegende Angehörige“

1 Rahmenangaben und Vorbemerkung

Projektträger:	AW Kur und Erholungs GmbH, Tochtergesellschaft der AWO Bezirksverband Westliches Westfalen e.V. Kronenstr. 63 - 69 44139 Dortmund
Projektleitung:	Verena Weber (bis 30.09.2022) Martina Böhler (ab 01.10.2022)
Wissenschaftliche Begleitung:	Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) an der Hochschule Bielefeld (HSBI)
Projektförderung:	Stiftung Wohlfahrtspflege NRW
Projektlaufzeit:	01.10.2020 bis 31.12.2023

Bei diesem Rahmenkonzeptes handelt es sich um das Endergebnis im Prozess der Konzeptentwicklung und Erprobung des Case Managements für pflegende Angehörige (CMpA), welcher folgende Schritte enthielt:¹

Entwicklung

- systematische internationale und nationale Literaturrecherche
- Fokusgruppen-Diskussionen mit Expert*innen und Nutzer*innen
- Auswertung der Ergebnisse durch den wissenschaftlichen Projektpartner
- Erstellung der Pilot-Version des CMpA-Rahmenkonzeptes
- Erste Validierung des Rahmenkonzeptes durch Expert*innen

Erprobung

- Erprobung des Konzepts in drei urbanen, drei ländlichen Modellstandorten in NRW und
- in Kooperation mit Trägern der Freien Wohlfahrt und kommunalen Trägern
- Wissenschaftliche Begleitung: Datenerhebung und -auswertung
- Überarbeitung der Pilot-Version des CMpA-Rahmenkonzeptes
- Abschluss-Validierung des CMpA-Rahmenkonzeptes durch Expert*innen

Finalisierung des Konzepts

- Sozialrechtliche Bewertung und Hinweise für die Verstetigung und Refinanzierung
- Erstellung der finalen Version

Anmerkung zur besseren Lesbarkeit:

In diesem Dokument wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Wenn im Text von "pflegenden Angehörigen" die Rede ist, dann sind damit sowohl pflegende Angehörige wie auch pflegende Zugehörige gleichermaßen gemeint.

¹ Siehe: Böhler, M. (Dez. 2023). Projektbericht PuRpA-Modellprojekt 2 „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ und Seidl, N., et al. (2023). Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte. Bericht aus Lehre und Forschung, Hochschule Bielefeld, Kapitel 5.

In den Fußnoten der nachfolgenden Kapitel wird dieser Bericht unseres wissenschaftlichen Projektpartners abgekürzt als „Bericht aus Lehre und Forschung 2023“ bezeichnet.

2 Ziel eines Case Managements für pflegende Angehörige (CMpA)²

Die Case Management Intervention soll die verschiedenen Lebenslagen von pflegenden Angehörigen sowie ihre jeweiligen Bedarfe berücksichtigen. Pflegende Angehörige sollen durch den Case Manager eine niederschwellige und hilfreiche Unterstützung in der Häuslichkeit erfahren. Dabei steht die Stärkung ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit – vor allem der psychischen Gesundheit – im Fokus. Um dies zu erreichen, sollen die individuellen Ressourcen gestärkt werden, besonders in den Bereichen Wissen und Können, Umgang mit Stress und Selbstfürsorge.

Abbildung 1 – Wirkungszusammenhang (eigene Darstellung)



Mit Hilfe des Case Managers sollen die durch die häusliche Pflege stark belasteten pflegenden Angehörigen ihren persönlichen Weg zur Entlastung entwickeln und bei der Umsetzung ihrer individuellen Ziele begleitet und unterstützt werden. Dabei werden unterschiedliche Instrumente und Methoden, unter anderem zur Gesundheitsförderung und Prävention, niederschwellig und partizipativ eingesetzt.³

Im CMpA werden Klienten dabei unterstützt, sich die eigene Situation und die eigenen Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten bewusst zu machen. Die individuellen Ressourcen können herausgearbeitet und die Nutzung und der Ausbau des vorhandenen Unterstützungsnetzwerks initiiert werden. Durch Beratung, Information und Begleitung sollen sie befähigt werden, bewusste Entscheidungen zu ihrer eigenen Entlastung und Gesundheitsförderung zu treffen. Dazu werden die pflegenden Angehörigen angeleitet, konkrete und erreichbare Ziele zu formulieren und einen Plan aufzustellen, wie diese Ziele auch tatsächlich erreicht werden können.

Durch diesen Prozess, der von CMpA gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen gestaltet wird, kann der pflegende Angehörige wieder ein Stück weit die Handlungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Leben zurück erlangen. Dieses Empowerment, diese Hilfe zur Selbsthilfe, soll Gefühlen von Hilflosigkeit und Ausweglosigkeit entgegenwirken und die vorhandenen Ressourcen und die Selbstfürsorgekompetenz stärken. Durch gelingendes CMpA können das Wohlbefinden des pflegenden Angehörigen gestärkt und seine Gesundheit gefördert werden.

² CMpA steht sowohl für „Case Management für pflegende Angehörige“ wie auch für „Case Manager*in für pflegende Angehörige“.

³ Siehe: Ehlers, C., Müller, M., & Schuster, F. (2017). Stärkenorientiertes Case Management.

3 Gelingensbedingungen für eine CMpA-Beratung

Im Rahmen der durchgeführten Fokusgruppen⁴ zum Thema "Case Management für pflegende Angehörige" haben die teilnehmenden Experten folgende Gelingensbedingungen für die Fall- und Systemebene definiert:

Auf der **Fallebene**⁵ wird als Gelingensbedingung für die Beratung genannt, dass der Case Manager eine individuelle und lebenslagenorientierte Sicht auf den pflegenden Angehörigen einnimmt. Ebenfalls wichtig ist es, ein persönliches, authentisches, wertschätzendes und partnerschaftliches Vertrauensverhältnis zwischen Berater und Beratenem aufzubauen. Nur so kann die Beratung offen und zielführend durchgeführt werden.

Auf der **Systemebene**⁶ ist es für eine gelingende Beratung sehr förderlich, wenn der Case Manager in ein sektorenübergreifendes lokales Netzwerk eingebunden ist und es ihm gelingt, den pflegenden Angehörigen ebenfalls in ein individuelles Netzwerk einzubinden.

Ebenfalls zielführend ist eine zugehende Beratung im vertrauten Wohnumfeld oder einem anderen vom pflegenden Angehörigen gewünschten Ort.^{7,8}

Die Beratung und Begleitung sollte sich stets an den individuellen Bedarfen und Wünschen des pflegenden Angehörigen ausrichten und möglichst aus einer Hand, d.h. durch den Case Manager als Unterstützer und Steuermann erfolgen. Kommt der Case Manager dabei an seine Kompetenzgrenzen oder ergibt sich ein Rollenkonflikt, wechselt er in die Vermittlerrolle und verweist an passende Akteure aus dem lokalen Netzwerk.

Ein Case Manager sollte im Rahmen der Beratung und Unterstützung des pflegenden Angehörigen bestimmte Qualitätskriterien für eine gelingende Beratung berücksichtigen. Im Kapitel 4 sind diese aufgeführt.

⁴ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 6

⁵ Fallebene = Die Einzelfallarbeit mit den Nutzer*innen

⁶ Systemebene = Vernetzung der Dienstleistungsanbieter und informellen Hilfen vor Ort

⁷ Siehe: Weidner, F., Gebert, A., & Schmidt, C. (2011). Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein (POP-SiWi), S.4-5.

⁸ Siehe: Gebert, A., & Weidner, F. (12/2010). PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung, S.31.

4 Qualitätskriterien für eine CMpA-Begleitung

Für eine gelingende CMpA-Beratung sind die folgenden zehn Qualitätskriterien von Bedeutung, sechs davon wurden vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)⁹ definiert:

1. Zugehende, niedragschwellige Beratung und Unterstützung

Ein niederschwelliges Case Management zeichnet sich durch eine zugehende Beratung und Unterstützung in der Häuslichkeit aus. So können pflegende Angehörige mit knappen Zeitressourcen Beratung und Unterstützung ohne viel eigenen Organisationsaufwand erhalten. Durch die zugehende Ausrichtung erhält der Case Manager zudem Einblick in die Lebenswelt und das häusliche Pflegesetting mit seinen vielen Parametern und kann so die Beratung adressatengerechter ausführen.

2. Lebensweltorientierung (ZQP)

Ausgangspunkt der Beratung und Unterstützung im Rahmen des Case Managements ist die Lebenswelt des Ratsuchenden. Die Umstände des häuslichen Pflegearrangements gilt es zu verstehen, zu respektieren und als gegeben zu betrachten. Ausgerichtet an den sozialen und materiellen Rahmenbedingungen werden gemeinsam mit dem Ratsuchenden Strategien zur Problemlösung entwickelt.

3. Adressaten-/ Zielgruppenorientierung (ZQP)

Aufgrund der Diversität von pflegenden Angehörigen sollte das Case Management Unterschiede hinsichtlich des Alters und der daraus resultierenden Bedürfnisse, des gesundheitlichen Status sowie der Belastungssituation im Rahmen des Beratungs- und Unterstützungsprozesses berücksichtigen.

4. Ressourcenorientierung (ZQP)

Ein weiteres Qualitätskriterium ist die Ressourcenorientierung im Rahmen des Case Managements. Der Begriff der Ressourcen wird hier sehr breit verstanden und bezieht sich auf sämtliche Aspekte, die für die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung benötigt werden. Ziel ist es, vorhandene Ressourcen zu identifizieren, zu nutzen und zu stärken und fehlende Ressourcen auszugleichen.

5. Lösungsorientierung (ZQP)

Die Suche nach Lösungsmöglichkeiten sollte im Case Management für pflegende Angehörige Vorrang haben vor umfangreichen Problemanalysen. Die Ratsuchenden werden dabei als Experten für ihre Lebenssituation angesehen. Entsprechend wird das, was sie in die Beratungssituation mitbringen, zur Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten genutzt. Der Case Manager steuert den lösungsorientierten Prozess durch gezielte Fragestellungen, die auf das Potential des pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind. Lösungsorientierte Beratung setzt auf die Prinzipien der Veränderung und der Entwicklung.

6. Systemische Beratungs-Perspektive (ZQP)

Um als Case Manager in der Beratung die vielfältigen Einflussfaktoren, die auf den pflegenden Angehörigen einwirken, zu erfassen, ist eine systemische Perspektive hilfreich. Stets sollte auch das soziale System, in das der pflegende Angehörige eingebunden ist (hier das häusliche Pflegearrangement), mit betrachtet werden, um zu guten Entlastungslösungen zu kommen. Der Einbezug des Familien- bzw. Unterstützungssystems in den Beratungsprozess kann zu einer positiven Entwicklung beitragen.

⁹ Siehe: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). (2016). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege, S. 5 ff..

7. Empowerment (ZQP)

Case Manager für pflegende Angehörige sollen das Empowerment pflegender Angehöriger als ein Ziel des Beratungsprozesses verstehen. Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht von außen gestalten zu lassen. Es geht darum die Handlungsfähigkeit der Ratsuchenden zu unterstützen, das Selbstbewusstsein zu stärken, Alltagsroutinen kritisch zu reflektieren und Strategien zur Erreichung persönlicher Ziele zu entwickeln.

8. Netzwerkorientierung

Eine weitere Gelingensbedingung ist die netzwerkorientierte Arbeitsausrichtung des Case Managers. Im Beratungs- und Unterstützungsprozess ist er oft mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert, die sich nur mit Unterstützung von Akteuren aus dem lokalen Netzwerk bewältigen lassen. Kann der Case Manager (z.B. aufgrund seines originären Qualifikationsniveaus) gewisse Beratungs- und Unterstützungsleistungen nicht selbst erbringen, ist der Zugriff auf das lokale Netzwerk und die Weitervermittlung des Ratsuchenden erforderlich. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis der relevanten Akteure im Netzwerk.

9. Partizipation

Um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und die Akzeptanz des Case Managementprozesses zu erreichen, werden die Phasen der Beratung und Unterstützung partizipativ im Dialog und auf Augenhöhe durchgeführt. Der Case Manager agiert dabei aus einer wertschätzenden „ich bin o.k.- du bist o.k.“ Grundhaltung¹⁰ heraus und bindet den pflegenden Angehörigen von Anfang an aktiv ein. Er sieht ihn ganz im Sinne des lösungsorientierten Beratungsansatzes als Experten für seine Lebenssituation. So können gemeinsam nachhaltige Lösungen und individuelle Ziele erarbeitet werden und die Umsetzungswahrscheinlichkeit steigt.

10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente

Zur Stärkung des Wohlbefindens und der Gesundheit des pflegenden Angehörigen liegt ein Schwerpunkt der Case Management Beratung in der Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz und des dazu notwendigen Wissens. Der Case Manager kann dazu auf einen in der CMpA-Weiterbildung gefüllten Methodenkoffer zurückgreifen und die dort enthaltenen Instrumente je nach Bedarf einsetzen.

¹⁰ Ein Mensch mit dieser Grundeinstellung fühlt sich anderen gegenüber als Mensch weder unter- noch überlegen und begegnet seinen Mitmenschen wertungsfrei, offen und gelassen. Das O.K.-Konzept stammt aus der Transaktionsanalyse. Siehe: Glöckner, A. (02/2011). Grundeinstellungen in der TA: das O.K.-Konzept.

5 Rollenprofil Case Manager*in für pflegende Angehörige

Ein Grundgedanke bei der Umsetzung eines CMpA ist es, dass Bestandsmitarbeiter aus der Pflege- oder Sozialberatung, die bereits Erfahrung in der Beratung der Zielgruppe „Pflegerische Angehörige“ mitbringen, für diese Aufgabe eingesetzt werden. Der CMpA soll dabei vom Rollenverständnis her ein Art Lotse im System und ein Befähiger und Begleiter des pflegenden Angehörigen auf dem Weg zu einer gesunden „Pflege-Life-Balance“ sein. Aufgrund der zu erwartenden Komplexität der Beratungsfälle, muss ein CMpA über eine ausreichende Grundqualifikation, Beratungskompetenz und Berufserfahrung verfügen. Zusätzlich ist es erforderlich, im Rahmen einer modularen Weiterqualifizierung die Beratungskompetenz für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen auszubauen (siehe Anlage III).

Grundqualifikation

Abgeschlossenes Studium (z.B. Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Sozialwissenschaften, Pflegewissenschaften, Pflegemanagement, Verwaltungswissenschaften) oder eine Ausbildung als Pflegefachkraft oder Sozialversicherungsfachangestellte/r und mehrjährige Berufserfahrung in der (Pflege-)Beratung.

Kernaufgaben

- Gestaltung des Beratungsablauf entsprechend der Case Management Phasen (siehe Durchführung).
- Einhaltung des vorgegebenen Beratungsrahmens und Dokumentation der Leistungserbringung.
- Beratung in einer wertschätzenden, empathischen, partizipativen, ressourcen- und lösungsorientierten Haltung.
- Unterstützung der pflegenden Angehörigen bei der Formulierung von erreichbaren und förderlichen (Entlastungs-)Zielen und dem Erstellen einer individuellen Umsetzungsplanung.
- Förderung von Veränderungsbereitschaft und Unterstützung auf dem Weg der Zielerreichung.
- Vermittlung von Wissen (Entlastungsleistungen, Gesundheitsförderung) zur Stärkung der Handlungskompetenz und des Empowerments.
- Bedarfsorientierte Anwendung der Instrumente des CMpA-Methodenkoffers.
- Bedarfsorientierter Einbezug des Familien- bzw. Unterstützersystems.
- Netzwerkarbeit: Aufbau und Pflege von Kontakten in die Hilfe- und Versorgungslandschaft vor Ort
- Bedarfsorientierte Vermittlung in das Hilfe-Netzwerk vor Ort und/oder Unterstützung des Klienten bei der Inanspruchnahme.

Fachliche Kompetenzen, insbesondere

- Pflegefachliches Wissen mindestens auf dem Niveau eines Kurses nach § 45b SGB XI (40 U-Std.).
- Umfassende Kenntnisse im Themenfeld "Pflegerische Angehörige" mit ihrer gesamten Diversität und ihren Belastungen.
- Netzwerkkompetenz (Fähigkeit, im Netzwerk zusammenzuarbeiten, um bestmöglich einen übergeordneten Zweck zu erreichen).
- Beratungskompetenz,¹¹insbesondere: Wertschätzung und Akzeptanz, einführendes Verstehen, Ressourcenorientierung, Lösungsorientierung, Lebensweltorientierung, Hilfe zur Selbsthilfe, Aufgaben- und Zielorientierung, Prozessorientierung, Partizipation, kritische Reflexion und Selbstreflexion und beherrschen der Methoden: Aktives Zuhören und konstruktive Gesprächsführung, systemisches Fragen, Konflikt-/Familienmoderation

Soziale Kompetenzen, insbesondere

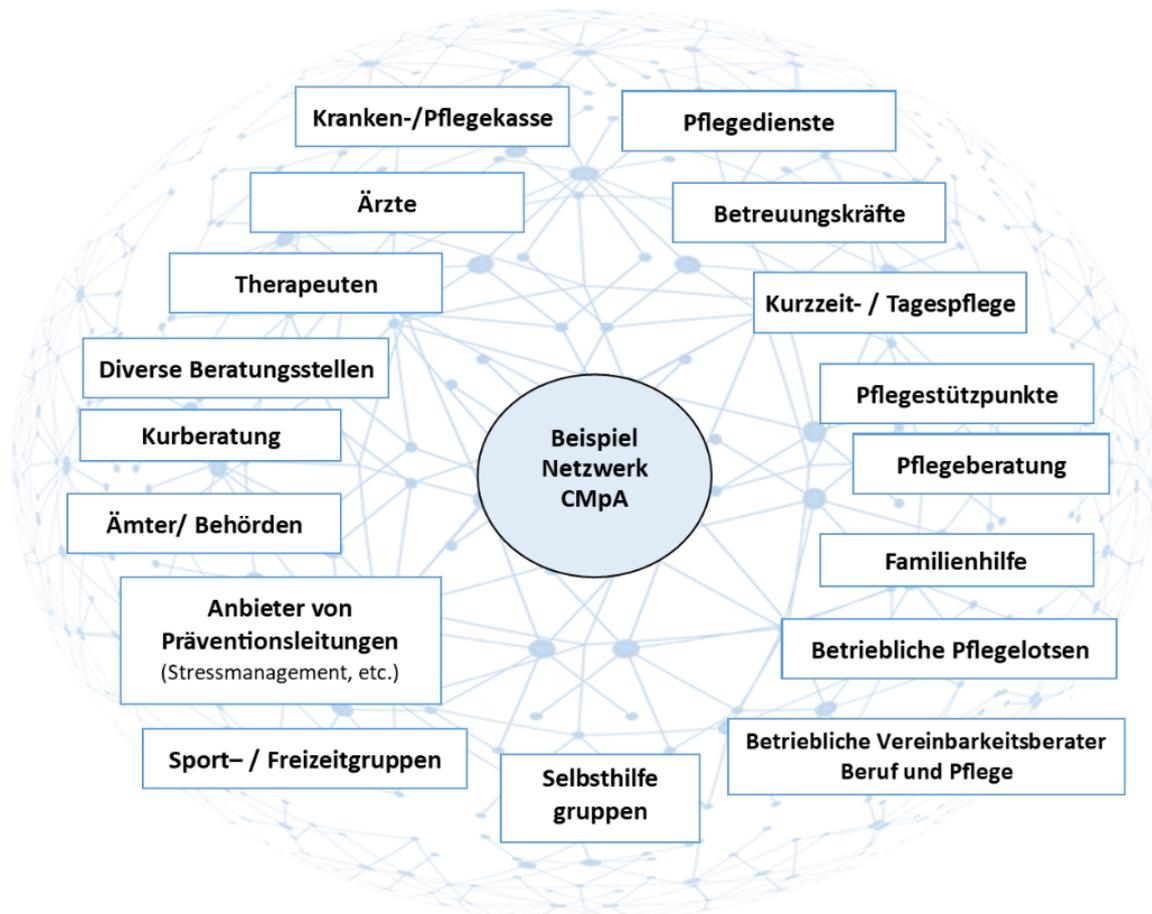
Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Toleranz, Konfliktfähigkeit, Team-/Netzwerkfähigkeit, Flexibilität und Offenheit, Sensibilität, erkennen und berücksichtigen von Motiven und Bedürfnissen anderer, erkennen der eigenen Grenzen im Beratungskontext.

¹¹ Siehe: Albrecht, R. (März 2017). Beratungskompetenz in der Sozialen Arbeit.

6 Netzwerkarbeit

Um Case Management für pflegende Angehörige im Hinblick auf die angestrebten Ziele erfolgreich verwirklichen zu können, müssen die Case Manager auf ein Netzwerk von möglichen Kooperationspartnern zurückgreifen können. Es ist Aufgabe der Case Manager, die relevanten Institutionen und Akteure vor Ort zu kennen und sich ein entsprechendes persönliches Netzwerk aufzubauen und diese Kontakte regelmäßig zu pflegen. Nur so kann im Bedarfsfall die notwendige Unterstützung für den pflegenden Angehörigen organisiert werden.

Abbildung 2 - Beispiel für ein CMpA-Netzwerk (eigene Darstellung)



Eine Herausforderung in der Netzwerkarbeit kann der Standort darstellen. Denn in ländlichen Regionen sind die Netzwerkakteure teilweise räumlich sehr verstreut, was sich negativ auf die Kommunikation auswirken kann. Ein regelmäßiger Informationsaustausch wird durch die räumliche Distanz erheblich erschwert. Um die räumliche Distanz zu überwinden, sollten deshalb die modernen technischen Möglichkeiten verstärkt genutzt werden (z.B. Telefon- oder Videokonferenzen).

7 Durchführung „Case Management für pflegende Angehörige – CMpA“

Der klassische Case Management Prozess gliedert sich in verschiedene Phasen (CM-Regelkreis):¹² Klärungsphase, Situationseinschätzung, Ziel-/Hilfeplanung, Umsetzung und Überprüfung, Auswertung. Auch das Case Management für pflegende Angehörige ist entsprechend dem CM-Regelkreis strukturiert.

Im Case Management Prozess hat der Case Manager folgende Funktionen (Rollen):

- **Selektierende Funktion (Gate-Keeper):**
Steuerung des Zugangs zu Leistungen, Überprüfung der Effektivität
- **Vermittelnde Funktion (Broker):**
Unabhängige Vermittlerrolle zwischen Klient und Versorgungssystem mit allparteilicher Haltung
- **Unterstützende Funktion (Social Supporter):**
Unterstützer des Klienten bei der Findung und Nutzung vorhandener Ressourcen und Förderung des Empowerments (Hilfe zur Selbsthilfe)¹³
- **Anwaltliche Funktion (Advocacy):**
Umfassende Information über die Rechte auf Versorgung, Hilfe und Entlastung

Ausgehend von der offiziellen Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) aus dem Jahr 2020¹⁴ handelt es sich beim Case Management für pflegende Angehörige eher um ein begleitendes Case Management auf der Einzelfallebene. Eine Fallsteuerung durch den CMpA findet nur eingeschränkt statt, denn i. d. R. müssen bei der Vermittlung weiterer Akteure diese nicht bedarfsorientiert aufeinander abgestimmt werden und daher auch die Fäden nicht zentral beim CMpA zusammenlaufen.

Beim CMpA liegt der Rollenschwerpunkt des Case Managers in der unterstützenden Funktion. Er soll in erster Linie pflegende Angehörige dabei unterstützen und begleiten, ihre individuelle Belastungssituation zu erkennen und dann gemeinsam mit ihm/ihr Wege erkunden, diese Belastungen zu reduzieren, das eigene Wohlbefinden in den Fokus zu rücken und die Selbstfürsorgekompetenz zu stärken.

Seine vornehmliche Aufgabe ist die Förderung des Empowerments, der Hilfe zur Selbsthilfe, auf allen Ebenen mit dem Ziel der präventiven Gesundheitsförderung. Er nutzt dazu niederschwellige Instrumente und Methoden aus den Bereichen Soziale Unterstützung, Stressbewältigung und Entspannung. Ergeben sich in der Beratung und Begleitung Bedarfe, die der CMpA nicht selbst abdecken kann, dann wechselt er in die Vermittlerrolle und greift auf das lokale Netzwerk zurück. In diesem Zusammenhang kann er als eine Art Steuermann betrachtet werden.

Durch die Case Management Intervention soll vermieden werden, dass pflegende Angehörige sich langfristig überlasten und ihre eigene Gesundheit gefährden. Dazu nimmt der Case Manager auch die anwaltliche Rolle ein und informiert und berät zu den vielfältigen Möglichkeiten von Entlastungsleistungen, die in Anspruch genommen werden können und er vermittelt bei Bedarf die entsprechenden Leistungen bzw. Hilfsangebote. Dabei wird ausdrücklich keine Rechtsberatung durchgeführt. Sollte diese erforderlich sein, muss eine Weitervermittlung erfolgen.

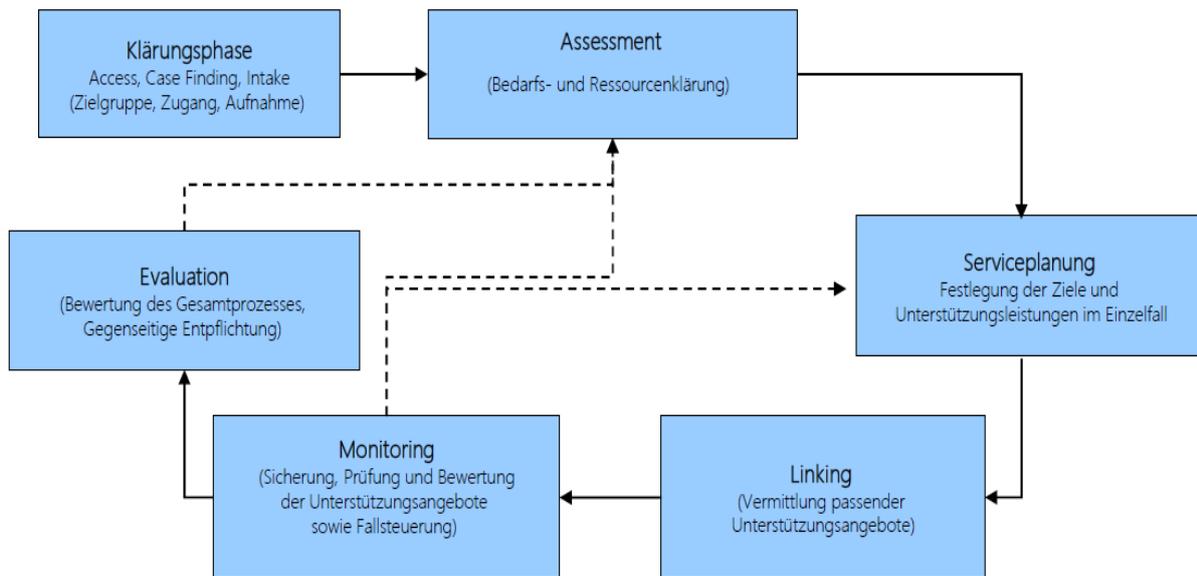
Eine selektierende Funktion nimmt ein CMpA hauptsächlich im Rahmen des Erstgespräches (Klärungsphase/Intake) wahr, da in dieser Phase entschieden werden muss, ob ein Case Management für pflegende Angehörige die passende Intervention für den Ratsuchenden ist.

¹² Siehe: Ewers, M. (1996): Case Management, S. 32 ff.

¹³ Siehe: Brandes, S., & Stark, W. (2021). Empowerment/ Befähigung.

¹⁴ Siehe: DGCC (Hrsg.). (2020). Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen.

Abbildung 3 - Case Management Regelkreis ¹⁵



Im Folgenden werden die einzelnen Schritte des Case Managements für pflegende Angehörige näher erläutert und einzelne Standardinstrumente, die die Case Manager bei der Beratung und Unterstützung anwenden sollen, werden vorgestellt. ¹⁶

Zugang (Erstkontakt)

Der Zugang des pflegenden Angehörigen in den Beratungs- und Unterstützungsprozess kann z. B. durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen (Aushänge, Flyer, Printmedien, Internet, soziale Medien), durch eine Weitervermittlung von Akteuren (Ärzte, Apotheker, Beratungsstellen, Pflege- und Therapieeinrichtungen), auf Empfehlung aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis oder auch im Rahmen einer Pflegeberatungssituation des zu Pflegenden erfolgen.

Meist findet der Erstkontakt zum Case Manager telefonisch statt. Hier wird der Beratungsanlass vom Case Manager aufgenommen und kurz dokumentiert. Der pflegende Angehörige schildert, was ihn zur Kontaktaufnahme veranlasst hat und warum er Beratung und Unterstützung benötigt und der CMpA erklärt, was ein Case Management für pflegende Angehörige beinhaltet und was nicht. Zur konkreten Klärung, ob ein Case Management für pflegende Angehörige tatsächlich in Frage kommt, wird dann ein zugehender Gesprächstermin vereinbart.

Der Begriff „zugehend“ wird hier definiert als Case Management Intervention, die im persönlichen Kontakt in der Häuslichkeit stattfindet oder alternativ auch im Beratungsbüro oder an einem vom pflegenden Angehörigen gewählten Ort, der ausreichend Privatsphäre bietet und gut erreichbar ist.

Für den (telefonischen) Erstkontakt wird ein Zeitumfang von 10 – 20 Minuten als realistisch angesehen.

¹⁵ Aus: Schuster, F. (03/2022). Care und Case Management - Schulungsunterlagen, CMpA-Basiserschulung, PuRpA-Modellprojekt 2.

¹⁶ Siehe: Anlage I - Übersicht - Ablauf Case Management für pflegende Angehörige.

Klärung (Intake)

Im Intake-Termin wird geklärt, ob ein umfassendes und zeitintensives Case Management für den pflegenden Angehörigen tatsächlich empfehlenswert ist oder ob eher eine andere Art der Unterstützung und eine entsprechende Weitervermittlung sinnvoll erscheint.

Im ersten Schritt erhält der ratsuchende pflegende Angehörige ausreichend Zeit, um sein Anliegen, seine Wünsche und seine aktuelle Lebens- und Pflegesituation zu schildern und sich langsam zu öffnen. Der CMpA hört in erster Linie aktiv zu. Im Anschluss wird der „FARBE/FARBE-DEM-Fragebogen“ (siehe Seite 13) vorgestellt mit der Bitte, diesen auszufüllen. So können die Resilienz- und Belastungsfaktoren vom Case Manager besser eingeschätzt werden.

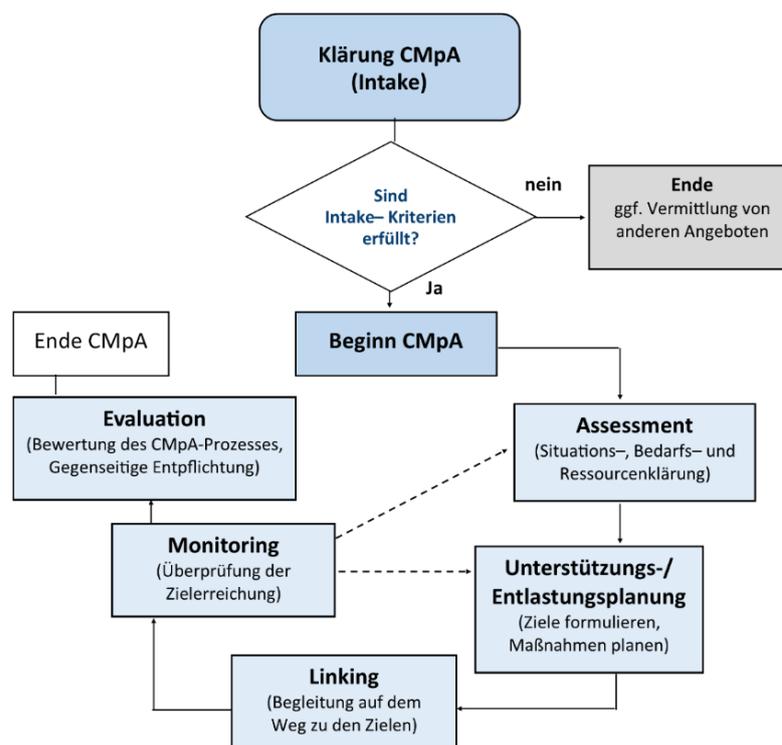
Handelt es sich bei dem Ratsuchenden um einen pflegenden Angehörigen im Sinne des § 19 SGB XI, der nach Selbstauskunft nicht erwerbsmäßig regelmäßig mindestens 10 Stunden in der Woche eine oder mehrere Personen in der Häuslichkeit pflegt und weisen die geschilderten Informationen und die FARBE-Ergebniswerte auf die Notwendigkeit eines CMpA hin, dann sind die Intake-Kriterien erfüllt. Gleiches gilt, wenn eine Person durch ihre Pflege- und Sorgearbeit bereits belastet ist, auch wenn bei der pflegebedürftigen Person noch kein Pflegegrad vorliegt.

Sind die Intake-Kriterien erfüllt und kann sich der/die Ratsuchende eine längerfristige Begleitung durch den CMpA vorstellen, kann der CMpA-Prozess offiziell gestartet und die notwendigen Formalitäten erledigt werden (Einwilligung in die Beratung, Datenschutzerklärung, etc.). Nach Erledigung der Formalitäten vereinbaren beide Parteien einen weiteren zugehenden Beratungstermin für die ausführliche Bedarfs- und Ressourcenklärung (Assessment), ggf. liegen erst bei diesem Termin die abschließenden Intake-Kriterien vor.

Als Hausaufgabe erhält der pflegende Angehörige die „Liste angenehmer Erlebnisse“¹⁷. Mit dieser soll er sich bis zum Assessment-Termin intensiv zu Hause beschäftigen.

Als Zeitumfang für das Intake werden ca. 90 Minuten veranschlagt.

Abbildung 4 - CMpA-Regelkreis (eigene Darstellung)



¹⁷ Siehe: Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung.

➤ **Standardinstrument: FARBE Fragebogen/FARBE-DEM Fragebogen**

Ein Standardinstrument, welches im Rahmen des Case Managements verpflichtend zum Einsatz kommen soll, ist der FARBE/FARBE-DEM Fragebogen.¹⁸

Der Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE) wird vom ZQP zur Verfügung gestellt und ist ein wissenschaftsbasiertes Screening-Instrument für professionelle Beratungssituationen.

Das Instrument umfasst jeweils einen Fragebogen für pflegende Angehörige (FARBE) sowie einen Fragebogen, der sich speziell an Angehörige von Menschen mit Demenz richtet (FARBE-DEM). Zudem gibt es entsprechende Auswertungstools und ein Manual. Die beiden Fragebögen können eingesetzt werden, um individuelle Resilienz- und Belastungsfaktoren eines pflegenden Angehörigen einzuschätzen.

Mit Hilfe dieses Fragebogens kann der Case Manager den Beratungsbedarf des pflegenden Angehörigen genauer erfassen und die Gesamtbelastung besser einordnen. Dieses Instrument gibt Aufschluss über vorhandene Faktoren im Bereich Resilienz und Belastung, eines Bedarfs an präventiver Beratung sowie weiterer wichtiger möglicher Beratungsfelder für den pflegenden Angehörigen. Konzeptionell orientiert sich der Fragebogen an dem „Waage-Modell, das psycho-biologisch auf dem Prinzip der Homöostase basiert“.¹⁹ Das heißt, dass nicht nur eine einseitige Betrachtung der Faktoren im Bereich Resilienz und Belastung erfolgt, sondern diese zueinander in Beziehung gesetzt werden. Durch diese Betrachtungsweise können insbesondere stark beeinträchtigte pflegende Angehörige sichtbar werden.

Wie Tabelle 1 verdeutlicht, bildet der Fragebogen vier Skalen ab, wobei sich zwei Skalen auf den Bereich der Resilienz fokussieren und zwei auf den Bereich der Belastung. Die soziodemographischen Angaben zum Setting des pflegenden Angehörigen werden in einer separaten Skala abgefragt.

Tabelle 1: Zugrundeliegende Konstrukte und Dimensionen der FARBE-Skalen²⁰

	Dimension	Skala
Resilienzfaktoren	Psychologische Dimension von Resilienz (intra- und interpersonell)	1. Meine innere Haltung
	Soziale Dimension von Resilienz	2. Meine Energiequellen
Belastungsfaktoren	Interpersonelle Dimension von Belastungsfaktoren	3. Schwierigkeiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person
	Intrapersonelle Dimension von Belastungsfaktoren	4. Allgemeine Belastungen meiner Lebenssituation

Der Fragebogen sollte, nach einer persönlichen Einführung durch den Beratenden, von dem pflegenden Angehörigen allein und in Ruhe ausgefüllt werden. Die Bearbeitungsdauer liegt bei ca. 15 Minuten und ist somit sehr anwenderfreundlich gestaltet. Die Auswertung erfordert ebenfalls nur ca. 10 Minuten, so dass schnell relevante Handlungsfelder deutlich werden.²¹

Die Ergebnisse des Fragebogens können zudem noch mit konkreten Handlungsempfehlungen für den pflegenden Angehörigen untermauert werden und bieten somit direkt praxisnahe Lösungen, die der pflegende Angehörige in seinen Alltag integrieren könnte und sie bieten ggf. eine Grundlage für den Unterstützungsplan. Mit Hilfe des FARBE-DEM-Fragebogens können zudem die spezifischen Belastungs- und Resilienzfaktoren von pflegenden Angehörigen, die einen Menschen mit Demenz pflegen, erfasst werden. Dadurch wird eine passgenauere Ansprache dieser Zielgruppe in der Beratung möglich.

¹⁸ Wuttke-Linnemann, A., Halsband, C.-A., & Fellgiebel, A. (Sept 2020). Fragebögen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE).

¹⁹ Siehe: Wuttke-Linnemann, A., Halsband, C.-A., & Fellgiebel, A. (Sept 2022). Fragebögen zur Angehörigen - Resilienz und -Belastung FARBE, Manual für die Professionelle Beratung, S. 2.

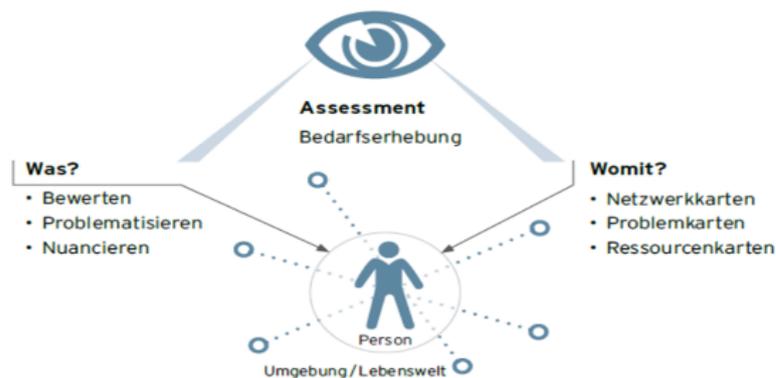
²⁰ Siehe: ebd., in Anlehnung an Abbildung 1, S. 6.

²¹ Siehe: ebd., S 15 ff.

Assessment / Situationseinschätzung

Im zugehenden Assessment-Termin wird der weitere Beratungs- und Unterstützungsbedarf ausführlich beleuchtet. Ein wichtiges Ziel ist das vertiefende persönliche Kennenlernen und der weitere Aufbau bzw. die Festigung einer vertrauensvollen Beziehung. Es besteht Gelegenheit, die schon im Intake erhobenen Informationen zur Situation des pflegenden Angehörigen zu ergänzen und zu vervollständigen. Zudem wird der schon geschilderte Hilfe- und Unterstützungsbedarf nochmals thematisiert und die Ressourcen des pflegenden Angehörigen werden gemeinsam ausführlich in den Blick genommen. Die Ergebnisse des ausgefüllten FARBE- bzw. FARBE-DEM Fragebogens können hier wieder genutzt werden.

Abbildung 5 - Die schematische Bedarfserhebung²²



Ausgangspunkt des Assessments ist die Lebenswelt des pflegenden Angehörigen. Dabei ist es wichtig, die Umstände des häuslichen Pflegesettings als gegeben zu betrachten, zu verstehen und zu respektieren. Durch den Einsatz von Assessment-Instrumenten verdeutlicht sich die Situation des pflegenden Angehörigen und wird auch für diesen selbst greifbarer, die Bedarfslage konkretisiert sich und verfügbare Ressourcen können identifiziert werden. Dem Case Manager stehen dafür verschiedene Instrumente, die im Rahmen der Schulung vermittelt werden, zur Verfügung.²³

Im Intake wird bereits der **FARBE/FARBE-DEM Fragebogen** eingesetzt, dessen Ergebnisse auch im Assessment genutzt werden sollen. Standardmäßig werden ab dem Assessment zudem die **Netzwerkkarte** und die **Liste angenehmer Erlebnisse**²⁴ eingesetzt und dann bedarfsgerecht genutzt. Alle weiteren optional einsetzbaren Instrumente finden sich im Instrumenten- und Methodenkoffer des Case Managers.²⁵

Die Auswertung des FARBE bzw. FARBE-DEM Fragebogens verdeutlicht die aktuelle Belastungssituation und die verfügbaren Ressourcen. Die Arbeit mit der Netzwerkkarte eröffnet den Einstieg in das Feld der sozialen Unterstützung und der hier zur Verfügung stehenden Ressourcen. Und mit Hilfe der Liste angenehmer Erlebnisse können pflegende Angehörige wieder Zugang zu ihren oftmals verschütteten Bedürfnissen bekommen. All das bietet Ansatzpunkte für die Planungsphase.

Am Ende des Assessments sollte der Bedarf sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen des pflegenden Angehörigen definiert sein. Ebenfalls sollten schon einzelne Handlungsfelder für die Erarbeitung des Unterstützungs- bzw. Entlastungsplans ersichtlich sein.

Für diesen umfangreichen Assessment-Termin ist ein Zeitumfang von bis zu 120 Minuten vorgesehen.

²² Siehe: Schuster, F. (03/2022). Care und Case Management - Schulungsunterlagen, CMpA-Basissschulung, PuRpA Modellprojekt 2.

²³ Siehe: Übersicht geschulter Instrumente in der Anlage II.

²⁴ Alle Pflicht-Instrumente befinden sich zur Ansicht in der Anlage II.

²⁵ Siehe: ebd.

Im Folgenden werden die Netzwerkkarte und die Liste angenehmer Erlebnisse ebenfalls kurz vorgestellt und in den Kontext eingeordnet:

➤ **Standardinstrument: Netzwerkkarte**

Durch die Anwendung der Netzwerkkarte im Rahmen des Assessments werden die bestehenden sozialen Kontakte des pflegenden Angehörigen deutlich. Es erfolgt eine Zuordnung in die Kategorien Familie (Partnerschaft, familiäre Kontakte), Freunde/Bekannte, Kolleg*innen (Arbeit, Nachbarschaft, Vereine, Selbsthilfegruppe etc.) und professionelle Helfer*innen (Institutionen, Beratungsstellen, Ärzte etc.). Die genannten Personen und Institutionen können entsprechend ihrer Nähe zum pflegenden Angehörigen visualisiert und bei Bedarf kann auch die Quantität der Kommunikation vermerkt werden sowie, ob die Art der Kommunikation eher als positiv oder eher als negativ empfunden wird.

Durch die Visualisierung der Kontakte auf der Netzwerkkarte bekommt der Case Manager einen guten Überblick über die zur Verfügung stehenden Personen im Rahmen der Pflegesituation und auch der pflegende Angehörige sieht, dass er soziale Unterstützung zur Verfügung hat.

Exkurs Soziale Unterstützung:

Kienle et al. definieren soziale Unterstützung folgendermaßen: *„Soziale Unterstützung bezeichnet die tatsächliche (erhaltene Unterstützung) oder die erwartete (wahrgenommene Unterstützung) Hilfsinteraktion zwischen einem Unterstützungsgeber und einem Unterstützungsempfänger. Ziel ist es, einen Problemzustand, der beim Unterstützungsempfänger Leiden erzeugt, zu verändern oder erträglicher zu machen, falls eine Veränderung nicht möglich ist“*²⁶

Soziale Unterstützung gilt als einer der „wichtigsten und am besten belegten Resilienzfaktoren“.²⁷ In Bezug auf Stressbelastungen hat soziale Unterstützung eine wichtige Pufferfunktion, weil sie die Wirkung von Stress auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden ausgleicht. Soziale Unterstützung bzw. das Vorhandensein eines gut funktionierenden sozialen Netzwerks wird mit zahlreichen gesundheitsfördernden Effekten in Zusammenhang gebracht. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass sozialer Rückhalt negativ mit psychosozialen Störungen und körperlichen Erkrankungen korreliert.²⁸ Fehlt hingegen ein soziales Netzwerk, stellt dies einen relevanten Risikofaktor dar, da Studien zeigen konnten, dass sowohl das Krankheits- als auch das Sterberisiko erhöht sind.²⁹ Zu beachten ist, dass es im Kontext der sozialen Unterstützung nicht zwangsläufig darauf ankommt, dass diese tatsächlich in Anspruch genommen wird, sondern auf das subjektive Empfinden, dass soziale Unterstützung im Bedarfsfall in Anspruch genommen werden kann.

➤ **Standardinstrument: Liste angenehmer Erlebnisse**

Vielen pflegende Angehörige fehlt die Zeit, ihren persönlichen Interessen nachzugehen. Sie stellen ihre eigenen Bedürfnisse hinten an und denken nicht daran, sich kleine Auszeiten im Pflegealltag einzuplanen. Ein Ziel im CMpA ist es daher, dem pflegenden Angehörigen die eigenen Bedürfnisse wieder bewusst zu machen. Dazu soll die „Liste angenehmer Erlebnisse“ bereits im Rahmen des Assessments eingesetzt werden.³⁰ Durch die Auseinandersetzung mit den Beispielen auf der Liste soll die Motivation gesteigert werden, sich wieder eigene angenehme Erlebnisse als Ausgleich zur stressigen häuslichen Pflegesituation zu schaffen.

Als Hausaufgabe für den Assessmenttermin soll sich der pflegende Angehörige intensiv mit der Liste beschäftigen. Diese enthält eine Reihe an Tätigkeiten, die sich positiv auf die Erholung auswirken und von vielen Menschen als angenehme Erlebnisse empfunden werden. Der pflegende Angehörige soll die Aktivitäten je nach persönlicher Vorliebe bewerten. So wird ersichtlich, welche er als Ausgleich zu den Belastungen für sich persönlich bevorzugen würde.

²⁶ Kienle, R., Knoll, N., & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen, S. 109.

²⁷ Gilan, D., & Helmreich, I. (2021). Resilienz - die Kunst der Widerstandskraft: Was die Wissenschaft dazu sagt, S. 143.

²⁸ Siehe: Schwarzer, R., & Leppin, A. (1988). Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse.

²⁹ Siehe: Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter.

³⁰ Siehe: Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung.

Auf Grundlage der bearbeiteten Liste können dann im Gespräch seine Bedürfnisse gemeinsam weiter herausgearbeitet werden, das schafft Klarheit und Transparenz und bildet eine gute Grundlage für die Erstellung des Unterstützungs- und Entlastungsplans im weiteren Case Management Prozess.³¹

Unterstützungs-/Entlastungsplanung

Die Planungsphase im Rahmen des Case Managements widmet sich zeitnah nach dem Assessment-Termin der Formulierung von konkreten und messbaren Zielen und Maßnahmen zur Entlastung und Gesundheitsförderung des pflegenden Angehörigen.

Je nach Komplexität des Falls sind hier bis zu zwei zugehende Termine erforderlich, mit einem Zeitumfang von je 60-90 Minuten. Die zweite Terminoption ist insbesondere dann notwendig, wenn aufgrund der Situationslage der Einbezug der Familie bzw. des vorhandenen Unterstützungsnetzes angedacht wird.

➤ Standardinstrument Unterstützungs-/Entlastungsplan

Die Verschriftlichung der gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen erarbeiteten Ziele und Entlastungsmaßnahmen erfolgt im Unterstützungs- und Entlastungsplan, der daher ebenfalls vom Case Manager verpflichtend anzuwenden ist. Der Unterstützungs-/Entlastungsplan bildet ab, welche Ziele sich der pflegende Angehörige mit Unterstützung des CMpA selbst gesetzt hat und wie er diese Ziele ganz konkret erreichen kann und in welchem Zeitraum dies möglich scheint. Er bildet die verbindliche Grundlage für die Umsetzungsphase (das Linking).

Der pflegende Angehörige erarbeitet dabei im Dialog mit dem Case Manager für sich eine Vision bzw. ein Leitziel, welche(s) er erreichen möchte. Dieses Leitziel sollte dann über eine Zielpyramide (siehe Abb. 6) in umsetzbare Schritte überführt werden.

Dazu werden im ersten Schritt relevante Handlungsziele formuliert. Es empfiehlt sich, nicht mehr als drei Handlungszielen zu formulieren, damit diese auch sinnvoll im CMpA-Zeitraum verwirklicht werden können und sich Erfolgserlebnisse einstellen können. Wichtig hierbei ist, dass die Zielformulierung der SMART-Logik folgt, d.h. spezifisch (so konkret wie möglich) formuliert, messbar, akzeptabel, realistisch und terminiert ist. Die Handlungsziele können so leichter erreicht werden und die Zielerreichung ist messbar.³² Zu jedem Handlungsziel wird dann eine Zuordnung von Maßnahmen/konkreten Schritten zur Zielerreichung vorgenommen.

Abbildung 6 - Zielpyramide³³



³¹ Siehe: Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung, S. 237 f.

³² Siehe: Schuster, F. (03/2022): Care und Case Management - Schulungsunterlagen, CMpA-Basismodul 2, PuRpA-2.

³³ Siehe: Barking, W., Case Management. Qualifizierungsmaßnahme für Fachkräfte der Jugendhilfe für Geflüchtete, Modul Case Management, Mai 2018, Schulungsunterlagen, Folie 35, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahU-KEwjlYnU_I6DAXQhPOHHb3oB0gQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.fh-kufstein.ac.at%2Fcontent%2Fdownload%2F3541287%2Ffile%2FCase%2520Management%2520Grundlagen_Folien%2520Barking.pdf&usg=AOvVaw2wmh9-L4s3KjqvE7mLMi5g&opi=89978449, am 14.12.23 abgerufen

Da der Unterstützungs-/Entlastungsplan auch direkte Zuständigkeiten und Zeitangaben hinsichtlich der Maßnahmen erfordert, ist der persönliche Einbezug von sozialen Kontakten, d.h. Familienmitgliedern oder Freunden/Bekanntem, im Rahmen dieser Case Management Phase oftmals sinnvoll. Hier bietet es sich ggf. an, die Methode der Familienmoderation einzusetzen.

Nach Abschluss der Planungsphase sollte der pflegende Angehörige einen vollständig partizipativ entwickelten Unterstützungs- und Entlastungsplan vorliegen haben und die Maßnahmen zur Zielerreichung sollten für ihn verständlich formuliert und tatsächlich umsetzbar sein.³⁴ Erste Absprachen zur Umsetzung können schon bis zum nächsten Termin getroffen werden.

Linking (Umsetzungsphase)

Linking ist ein Prozessschritt, der die Umsetzung der aufgestellten Maßnahmenplanung und ggf. die Vermittlung in passende Angebote umfasst. Termine werden zeitnah ca. 1 -2 Wochen nach der Planungsphase vereinbart und finden wieder zugehend statt.

Der Case Manager geht mit dem pflegenden Angehörigen die einzelnen Maßnahmen im Unterstützungs- und Entlastungsplan durch und begleitet ihn niederschwellig bei der Umsetzung. Sinn und Zweck ist es, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten (Empowerment) und die Umsetzung **von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen** anzuleiten. Je nach Bedarf kann hier mehr als ein Termin notwendig sein. Das vorgesehene Zeitfenster für einen Linking Termin beträgt ca. 60 Minuten.

Je nach Belastungssituation und Wunsch des pflegenden Angehörigen sollen in dieser Phase auch passende niederschwellige Instrumente aus dem geschulten Methodenkoffer für die Bereiche gesunde Lebensführung, Stressbewältigung und Entspannung vom Case Manager vorgestellt und vermittelt werden. Dabei ist es eine Aufgabe des CmpA, einfache Übungen wie z. B. Entspannungs- und Atemübungen vorzustellen und dann gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen durchzuführen, damit dieser direkt den Effekt und den geringen damit verbundenen Zeitaufwand erleben kann. Dies soll die Bereitschaft fördern, solche einfachen Entlastungstechniken in den Alltag zu integrieren und regelmäßig anzuwenden. Ziel ist es, dadurch die Selbstfürsorgekompetenz zu stärken und kleine Auszeiten vom stressigen Pflegealltag für Entspannung und Regeneration zu etablieren.

Wird deutlich, dass der pflegende Angehörige mehr als die vom Case Manager selbst zu leistende Unterstützung benötigt, dann ist es Aufgabe des Case Managers, eine Vermittlung in entsprechende professionelle Angebote anzuregen und zu initiieren bzw. weitere Akteure aus dem Netzwerk einzubinden.

Der Methodenkoffer enthält u.a. folgende Instrumente, die hier zum Einsatz kommen können:³⁵

- Tagespläne/Zeitmanagement
- Mini-Urlaube
- Positiver Tagesrückblick
- Strategien gegen Grübeln
- 4-A-Strategie (nach Kaluza)
- Atem- und Entspannungsübungen
- Selbsttest - Innere Antreiber

Der pflegende Angehörige hat zudem die Möglichkeit, nach jedem persönlichen Termin den Case Manager per Telefon oder E-Mail zu kontaktieren, um weiteren Rat sowie Unterstützung zu erfragen.

³⁴ Siehe: Anlage II, Beispiel für einen Unterstützungs- und Entlastungsplan.

³⁵ Siehe: Anlage II, Optionale Instrumente

Monitoring

Im Rahmen des Monitorings, das ca. 3 Wochen nach dem Linking in einem persönlichen und zugehenden Termin von ca. 60 Minuten stattfindet, werden die vereinbarten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und Passgenauigkeit hin überprüft sowie im Bedarfsfall angepasst oder geändert.

Unter Zuhilfenahme des Unterstützungs-/Entlastungsplans, der Netzwerkkarte und der anderen im Verlauf angewendeten Instrumente, wird gemeinsam die Veränderung und Zielerreichung betrachtet und bewertet. In diesem Zusammenhang wird auch der Einsatz und die Wirkung von vermittelten Methoden und Instrumenten zu gesunder Lebensführung, Stressbewältigung und Entspannung abgefragt.

Wird dabei deutlich, dass die Zielerreichung nicht gewährleistet ist, sollte der Case Manager in dieser Phase gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen gegensteuern und ein sog. Re-Assessment anstoßen. Dabei wird zurück zur Phase des Assessment gegangen und betrachtet, ob sich z.B. Umstände verändert haben oder die Zielsetzungen angepasst werden müssen. Dies impliziert, dass der Unterstützungs- und Entlastungsplan neu aufgestellt und die Umsetzung neu geplant werden muss. Im Rahmen des Re-Assessment werden dann weitere Termine nötig (neue Planung und Linking). Ein Re-Assessment kann z.B. notwendig sein, wenn sich die Pflegesituation drastisch verschlechtert hat oder Ressourcen weggebrochen sind.

Im Monitoring-Termin sollte der pflegende Angehörige gebeten werden, erneut den FARBE-Fragebogen auszufüllen, um zu erfahren, welche Veränderungen in den Punktwerten es gibt und sich tatsächlich ein verbessertes Verhältnis zwischen Belastungsfaktoren und Resilienzfaktoren ergibt. Ist dies nicht der Fall, muss gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen überlegt werden, ob und welche Unterstützung durch den CMpA noch sinnvoll sind und wie lange das Case Management noch fortgeführt werden sollte. Auch in diesem Fall kann ein Re-Assessment vorgeschlagen werden.

Das Beenden des CMpA ist zu empfehlen, wenn die gesteckten Ziele erreicht wurden oder der pflegende Angehörige so viel Hilfe zur Selbsthilfe erfahren hat, dass er im weiteren Verlauf der häuslichen Pflege gut mit der Situation zurecht kommt und in der Lage ist, sein eigenes Wohlbefinden im Blick zu behalten und für die Befriedigung seiner Bedürfnisse und Interessen sorgen kann.

Evaluation

Ist der Case Managementprozess abgeschlossen, nimmt der CMpA nach ca. vier Wochen noch einmal telefonisch Kontakt zu dem pflegenden Angehörigen auf. Ziel ist die abschließende Bewertung des Gesamtprozesses und die gegenseitige Entpflichtung. Wichtig sind u.a. folgende Fragestellungen:

- Konnten die Ziele erreicht werden?
- Hat sich das subjektive Wohlbefinden (nach eigener Aussage) verbessert?
- Waren die eingesetzten Instrumente/Methoden hilfreich und werden sie nachhaltig genutzt?
- Waren die vermittelten Informationen hilfreich?
- Wie wird der Kontakt zum Case Manager bewertet?

Das Telefonat ist auf ca. 15-30 Minuten ausgelegt.

Leistungsdokumentation

Im Rahmen des Case Management Prozesses müssen die durch den CMpA erbrachten Leistungen dokumentiert werden. Hierzu sollten den Case Managern durch den Träger der Maßnahme entsprechende Formulare bzw. Software zur Verfügung gestellt werden.³⁶

³⁶ Gute Beispiele für eine Falldokumentation finden sich z.B. in: Ehlers, C., Müller, M., & Schuster, F. (2017).

8 CMpA - Vorsorge-/Nachsorgebegleitung im Rahmen stationärer Maßnahmen

Pflegende Angehörige mit stationärem Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf sollen im Case Manager vor Ort einen Ansprechpartner haben, der sie auf dem Weg in eine stationäre Maßnahme unterstützt und der ihnen auch im Anschluss an eine solche Maßnahme eine nachsorgende Begleitung anbieten kann. Der CMpA nimmt hier eine Lotsenfunktion ein und organisiert im Zusammenwirken mit dem Hilfenetzwerk vor Ort die Zuwegung in ein stationäres Angebot gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen und dem Familiensystem.

Im Nachgang einer stationären Maßnahme kann er ein Case Management als nachsorgende Begleitung anbieten. Dadurch soll vermieden werden, dass die dort erzielten Effekte direkt wieder verpuffen (Drehtüreffekt), denn die häusliche Pflegesituation hat sich i. d. R. während der Zeit der stationären Vorsorge oder Rehabilitation nicht verändert und so kommt der pflegende Angehörige zurück in seine alte belastende Situation. Ohne Unterstützung, z.B. durch eine professionelle CMpA Begleitung, fällt es schwer, dass in der stationären Maßnahme Gelernte auch konsequent weiter zu verfolgen und umzusetzen. Die Gefahr ist groß, dass keine dauerhafte Veränderung des eigenen Verhaltens gelingt und bereits nach kurzer Zeit wieder die Belastungsgrenze erreicht ist.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass der Case Manager nicht therapeutisch tätig ist und in seiner Rolle als Unterstützer und Befähiger verbleibt.

8.1 Begleitung im Vorfeld einer stationären Maßnahme

Pflegende Angehörige können über verschiedene Zugänge den Weg in das Case Management finden:

Zuweisende oder empfehlende Personen wie z.B. Hausärzte oder Kurberater für pflegende Angehörige können im Rahmen der Antragstellung für eine stationäre Maßnahme pflegenden Angehörigen eine CMpA Unterstützung im Vorfeld einer solchen Maßnahme vorschlagen. Der Vorteil eines Einstiegs in einen solchen „Vorsorgebaustein“ ist, dass im Rahmen der Fallklärung (Assessment) die Belastungssituation gemeinsam genau beleuchtet werden kann und auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen und das Unterstützungsnetz können herausgearbeitet werden. Der pflegende Angehörige kann sich mit Hilfe des Case Managers schon über seine Wünsche und Gesundheitsziele für die stationäre Maßnahme klar werden. In der stationären Maßnahme erleichtert dies dann die Formulierung konkreter Ziele.

Wenn der Case Manager im Rahmen einer begonnenen Beratung feststellt, dass aus seiner Sicht eine stationäre Maßnahme sinnvoll sein könnte, übernimmt er ab diesem Punkt die Vermittlerrolle und verweist den pflegenden Angehörigen auf Wunsch z.B. an den behandelnden Arzt und eine Kurberatungsstelle für pflegende Angehörige in der Nähe. Dort kann abgeklärt werden, ob tatsächlich ein stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsbedarf besteht.

Während die Kurberatungsstelle dabei unterstützt, die notwendigen organisatorischen Dinge im Vorfeld einer stationären Maßnahme zu regeln, kann der Case Manager während der Warte- und Vorbereitungszeit auf eine stationäre Maßnahme die Begleitung und Unterstützung des pflegenden Angehörigen im Bedarfsfall übernehmen und motivierend auf das gesamte Pflegearrangement einwirken.

8.2 Nachsorgende Begleitung im Anschluss an eine stationäre Maßnahme

Im Idealfall hat der Case Manager den pflegenden Angehörigen bereits im Rahmen des „Vorsorgebausteins“ kennengelernt, beraten und unterstützt und hat mit der behandelnden Vorsorge- oder Rehaklinik bereits die Möglichkeit einer nachsorgenden Begleitung durch einen CMpA besprochen. In diesem Fall sollte der CMpA mit Einverständnis des pflegenden Angehörigen die notwendigen Informationen von der Klinik erhalten, um die weitere Nachsorgebegleitung gestalten zu können.

Der Einstieg in die Nachsorgebegleitung erfolgt dann im CMpA Prozess mit dem Assessment und der Erstellung eines Nachsorgeplans, in dem die Zielsetzungen aus der stationären Maßnahme aufgegriffen werden und der pflegende Angehörige auf dieser Basis für sich nochmals SMARTe Umsetzungsziele formuliert und die Zielerreichung mit konkreten Maßnahmen kleinschrittig geplant wird. Der Case Manager ermutigt den pflegenden Angehörigen immer wieder dazu, die Maßnahmen auch umzusetzen und die Veränderungsschritte zu gehen. Dazu können im Rahmen des Linking auch zusätzliche Telefontermine vereinbart werden.

Die Umsetzung der Maßnahmenplanung und das Gelingen des Veränderungsprozesses wird dann im Monitoring besprochen und bewertet, so dass ggf. nachgesteuert werden kann. Wenn zur Zielerreichung Experten aus dem Netzwerk erforderlich sind, dann motiviert der Case Manager zur Inanspruchnahme entsprechend sinnvoller Angebote, vermittelt diese und begleitet ggf. bei der Beantragung von entsprechenden Leistungen (z.B. Präventionsleistungen der Krankenkasse).

Ziel der nachsorgenden Begleitung ist es, dass der pflegende Angehörige nach einer stationären Maßnahme mit dem Prozess der notwendigen Verhaltensänderung zur Erreichung seiner Gesundheitsziele nicht alleine gelassen wird, sondern professionelle Unterstützung und ermutigende Begleitung erhält.

Da Verhaltensänderungen Zeit benötigen und sich neue Verhaltensweisen und neue Abläufe erst über einen längeren Zeitraum etablieren, macht es Sinn, dass eine nachsorgende CMpA Begleitung mindestens über einen Zeitraum von 3 Monaten, besser 6 Monaten erfolgt.³⁷ Dabei ist es nicht erforderlich, dass alle Termine in der Häuslichkeit stattfinden, je nach Bedarf können auch Video- oder Telefontermine ausreichen.

Zu beachten ist allerdings, dass ein nachsorgendes Case Management keine therapeutische Leistung ist und somit keine z.B. notwendige Psychotherapie ersetzen kann. Case Management für pflegende Angehörige kann hier nur ergänzend hilfreich sein. Der Case Manager muss zu einer klaren Abgrenzung in der Lage sein und bei Bedarf in passendere Nachsorgestrukturen vermitteln.

Schnittstelle Kurberatung für pflegende Angehörige:

Kurberatungsstellen für pflegende Angehörige bieten oft ebenfalls Nachsorgetermine an, bei denen die Kurberater in Telefonterminen den Fortschritt bei der Umsetzung der therapeutischen Ziele aus der stationären Maßnahme erfragen und weitere Unterstützung anbieten. Im Rahmen der Netzwerkarbeit sollte sich der Case Manager daher unbedingt mit der Kurberatungsstelle für pflegende Angehörige vor Ort vernetzen und die notwendige Nachsorgebegleitung für den pflegenden Angehörigen abstimmen.

³⁷ Siehe: Knorr, H. (2016). Wie lange dauert es tatsächlich, um eine neue Gewohnheit zu etablieren?

9 Abgrenzung zu anderen Beratungsangeboten

Die Case Management Interventionen müssen klar abgegrenzt werden von therapeutischen Leistungen. Die CMpA sollen pflegende Angehörige zwar befähigen, ihre Belastungsgrenzen zu erkennen und zu respektieren, ihre Ressourcen zu nutzen und Entlastung und Regeneration in ihren Alltag einzubauen, agieren dabei aber sehr niederschwellig und erbringen ausdrücklich keine therapeutischen Leistungen.

Die Case Management Begleitung ist in Teilen eher mit einer Art „Empowerment-Coaching“³⁸ vergleichbar, da gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen Strategien und Maßnahmen erarbeitet werden, die seinen Grad an Selbstbestimmung im Leben erhöhen sollen. Sind weitergehende Interventionen notwendig, müssen passenden Akteure bzw. Angebote - z.B. psychotherapeutische Angebote - vermittelt werden.

Desweiteren werden in der CMpA-Beratung in keinerlei Weise Rechtsdienstleistungen erbracht (wie z.B. das Ausfüllen von Anträgen, Einlegen von Widersprüchen, o.ä.) und auch keine Rechtsberatung angeboten. Auch hier erfolgt im Bedarfsfall eine Weitervermittlung an passende Akteure im Netzwerk.

Da im Rahmen des PuRpA-Modellprojektes 2 u. a. Pflegeberater zu Case Managern für pflegende Angehörige weiterqualifiziert wurden, soll an dieser Stelle die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI von der Case Management Begleitung für pflegende Angehörige abgegrenzt werden:

Die einheitlichen Maßstäbe und Grundsätze für die Pflegeberatung sind in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI festgelegt.³⁹

Pflegeberatung ist danach eine umfassende individuelle Beratungsleistung im Sinne eines Fallmanagements, auf die eine versicherte Person einen gesetzlichen Anspruch hat, sobald sie bei erkennbarem Hilfe- und Beratungsbedarf einen Antrag auf Pflegeleistungen stellt. Sie ist auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet und dient dem Zweck, eine angemessene sowie erforderliche Pflege, Betreuung, Behandlung, Unterstützung und Versorgung zu erreichen und zu sichern. Pflegeberater haben gemäß § 7a Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB XI aber auch über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

In der Pflegeberatung als Prozess soll der Pflegeberater den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf ermitteln, bedarfsentsprechend beraten, einen Versorgungsplan erstellen, auf die erforderlichen Maßnahmen und die weitere Umsetzung des Versorgungsplans hinwirken, den Versorgungsplan gegebenenfalls anpassen und Informationen über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen vermitteln.

Im Verfahrensaufbau ähneln sich Pflegeberatung und Case Management für pflegende Angehörige somit, beide beziehen sich auf einen individuellen Fall und bieten Beratungsleistungen als Prozess an. In Bezug auf die Zielgruppe und die Inhalte unterscheiden sie sich voneinander. Der CMpA unterstützt ausschließlich den pflegenden Angehörigen und setzt seine Belange in den Fokus. Bei Beratung und Begleitung, die darüber hinaus notwendig ist, vermittelt er passende Angebote aus dem Netzwerk bzw. holt entsprechende Akteure mit ins Boot, ggf. auch Pflegeberatung.

³⁸ „Coaching findet auf einer tragfähigen Beziehungsbasis statt, die durch Freiwilligkeit, gegenseitiges Respektieren und Vertrauen begründet ist und eine gleichwertige Ebene des Kooperierens bedingt. Das Coaching-Gespräch zielt immer auf eine Förderung von Selbstreflexion und -wahrnehmung, von Bewusstsein und Verantwortung, und von Selbsthilfe bzw. Selbstmanagement ab“ [ACC – (n.n.). Was ist Coaching?]. Empowerment-Coaching hat das Ziel, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen zu erhöhen und es ihnen zu ermöglichen, ihre Interessen selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu vertreten.

³⁹ Siehe: GKV-Spitzenverband. (07.05.2018). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 19. Juni 2023.

Tabelle 2 – Vergleich der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI mit CMpA

	Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	Case Management für pflegende Angehörige
Zielgruppe	Personen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf	Pflegepersonen nach § 19 SGB XI
Zielsetzung	<i>„Erhalt und Stärkung der Selbstbestimmung und Selbständigkeit sowie der Pflege- und Selbstpflegekompetenz des Anspruchsberechtigten, die passgenaue an der persönlichen Situation des Anspruchsberechtigten ausgerichtete Versorgung, die Entlastung Angehöriger und weiterer Personen z. B. bei der Unterstützung in der häuslichen Pflege Beteiligter und damit auch die Sicherung und Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements.“⁴⁰</i>	Durch Beratung, Information und Begleitung sollen pflegende Angehörige befähigt werden, bewusste Entscheidungen zu ihrer eigenen Entlastung und Gesundheitsförderung zu treffen. Dabei unterstützt der Case Manager als Berater und Begleiter in einem Prozess der Identifizierung von individuellen Belastungsfaktoren und zur Verfügung stehender Ressourcen, der Formulierung individueller (Entlastungs-) Ziele und der Umsetzungsplanung. Bei der Zielerreichung unterstützt er konkret durch Vermittlung von Wissen zu Entlastungsansprüchen pflegender Angehöriger und zu gesunder Lebensführung. Er nutzt niederschwellige Instrumente und Methoden aus den Bereichen Soziale Unterstützung, Stressbewältigung und Entspannung.
Fokus	Passgenaue Versorgung zur Sicherung der häuslichen Pflege und Stärkung der noch vorhandenen Selbstständigkeit.	Stärkung der Ressourcen und bessere Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Interessen, Förderung von Wohlbefinden und (psychischer) Gesundheit

⁴⁰ GKV-Spitzenverband. (07.05.2018). Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 19. Juni 2023, S. 6.

10. Implementation "Case Management für pflegende Angehörige"

Für mögliche zukünftige Träger eines Case Managements für pflegende Angehörige möchten wir in diesem Kapitel einige Empfehlungen und Anregungen für die Implementation geben. Unsere Empfehlungen und Anregungen basieren dabei auf den in der Erprobungsphase gemachten Erfahrungen der Case Manager an den Modellstandorten und Ergebnissen aus anderen Modellprojekten, insbesondere dem Projekt „Gemeindeschwester Plus“ (GSplus).⁴¹ „Ziel des Angebotes GSplus ist es, einen Beitrag zur Unterstützung selbständiger Lebensführung im Alter durch präventive und gesundheitsfördernde Angebote zu leisten.“⁴²

Die Erfahrungen aus der CMpA-Erprobungsphase und die Erfahrungen aus dem GSplus-Projekt legen nahe, dass sowohl Träger der Freien Wohlfahrtspflege wie auch kommunale Träger, den Aufwand für die Etablierung eines Case Managements für pflegende Angehörige nicht unterschätzen sollten. Auch wenn schon Pflegeberatung vorgehalten wird oder es Beratung für pflegende Angehörige im Rahmen von Quartiersprojekten gibt, ist es nicht allein damit getan, die dortigen Berater weiter zu qualifizieren zu Case Managern für pflegende Angehörige. Vielmehr muss gleichzeitig überlegt werden, wie der im Projekt entwickelte Konzeptrahmen vor Ort in der Kommune bzw. Region umgesetzt werden kann und an welche Zielgruppen von pflegenden Angehörigen man sich genau richten möchte. So könnten je nach den Verhältnissen vor Ort auch bestimmte Schwerpunktsetzungen sinnvoll sein, wie z.B. ein CMpA für die Zielgruppe pflegender Migranten oder schon hochbetagter pflegender Angehöriger oder junger pflegender Angehöriger. Entsprechend der jeweiligen Zielgruppen muss geschaut werden, welche Besonderheiten im CMpA zu berücksichtigen wären und wie der Prozess und die Inhalte ggf. angepasst werden müssten.

Damit eine gute Implementation in die bereits vorhandenen Beratungsstrukturen gelingt, sollte auf folgende Fragen eine Antwort gefunden werden:

- Welche Erkenntnisse zu Bedarfen von Pflegenden Angehörigen gibt es in der Kommune/Region? Wie hoch ist der geschätzte Anteil an hochbelasteten pflegenden Angehörigen? Wie können diese erreicht werden?
- Welche Beratungs- und Unterstützungsangebote richten sich bereits an die Zielgruppe? An welche bereits bestehenden Strukturen könnte ein CMpA angegliedert werden?
- Welcher Personenkreis weißt die erforderlichen Grundqualifikationen auf und könnte weiterqualifiziert werden?
- Wie viele weiterqualifizierte Personen werden benötigt, um ein ausreichendes Angebot an CMpA-Begleitungen zu verwirklichen und welche Rahmenbedingungen müssen gegeben sein?
- Wer übernimmt die Federführung für ein solches Umsetzungsprojekt und welche Personen und ggf. Institutionen müssen beteiligt werden?
- Wie kann die Finanzierung eines solchen Angebotes gewährleistet werden?

Die Erfahrung aus dem Erprobungszeitraum im PuRpA-Modellprojekt 2 hat gezeigt, dass das CMpA Angebot dort am besten nachgefragt wurde, wo eine ausreichende Öffentlichkeitsarbeit das neue Angebot in der Kommune, dem Kreis, der Region bekannt gemacht hat. Entsprechendes Infomaterial für die Öffentlichkeitsarbeit, wie Flyer u.ä. sollte vorhanden sein, eine Website mit ausführlichen Informationen zum Angebot mit Bildern der Berater und Beraterinnen hat sich ebenfalls als hilfreich erwiesen, denn Bilder wirken vertrauensstiftend.

⁴¹ Siehe: Weidner, F., etl al. (05/2019). Empfehlungen aus dem Modellprojekt Gemeindeschwesterplus von 2015 bis 2018 in Rheinland-Pfalz.

⁴² Ebd., S.8.

Gerade zu Anfang muss immer wieder in der Presse berichtet werden und alle sonstigen Kanäle für die Verbreitung des Angebotes genutzt werden (social Media, Selbsthilfegruppen, ...). Zudem sollte das CMpA Angebot auch in der eigenen Institution bekannt gemacht werden.

Bevor es aber so weit ist, an die Öffentlichkeit zu gehen, sollte erst ein regionales Umsetzungskonzept für ein Case Management für pflegende Angehörige erarbeitet und die oben aufgeführten Fragen in diesem Rahmen beantwortet werden. Es empfiehlt sich, dazu ein Projektteam zu bilden und mit der Ausarbeitung eines Umsetzungskonzeptes zu beauftragen.

Das Umsetzungskonzept sollte sich am CMPA-Rahmenkonzept orientieren (Qualitätskriterien, Berater-Profil, Beratungsprozess). Wichtig ist insbesondere:

- Die Festlegung der Zielgruppe
- Die Festlegung der vorhandenen Beratungsstruktur, die zukünftig das CMpA mit anbieten soll
- Sicherstellung der notwendigen Rahmenbedingungen (benötigten Infrastruktur, Anzahl der notwendigen Stellenanteile, Finanzierung, etc.) und Einbindung in ein vorhandenes Qualitätsmanagement.
- Prüfung der Grundqualifikation der vorgesehenen (Bestands-)Berater
- Organisation der Weiterqualifizierung zum CMpA (siehe CMpA-Curriculum)
- Beratungsstruktur und -prozess in Anlehnung an das CMpA-Rahmenkonzepts festlegen (inklusive aller notwendigen Unterlagen/Formulare und Dokumentationsvorgaben)
- Begleitende kollegiale Beratung der CMpA oder eine andere Form des Austausches anbieten
- Für CMpA hilfreiche Netzwerkstrukturen vor Ort zusammentragen
- Umfassende Öffentlichkeitsarbeit zum Start des CMpA vorbereiten

Auf dieser Basis können dann regionale Angebote für ein Case Management für pflegende Angehörige mit dem Fokus auf Stärkung der Selbstsorge, des Wohlbefindens und der (psychischen) Gesundheit entwickelt und verwirklicht werden. Pflegende Angehörige können so dabei unterstützt werden, eine gute Pflege-Life-Balance zu entwickeln.

Ein möglicher Weg zur Refinanzierung eines CMpA könnte auf Basis des Heilmittelrechts über Rahmenverträge erfolgen, die die Details einer CMpA-Leistungserbringung regeln. Eine Finanzierung könnte dann z.B. mittels Fallpauschalen mit Kostenträger (Krankenkasse und/oder Rentenversicherung) verhandelt werden. Qualifizierte Case Manager*innen für pflegende Angehörige wären in diesem Fall Leistungserbringer*innen im Sinne des Heilmittelrechts (ähnlich wie Physiotherapeut*innen). Siehe dazu auch Kapitel 8 des PuRpA-2 Projektberichtes.

11. Literaturverzeichnis

- ACC – Österreichischer Dachverband für Coaching. (n.n.). *Was ist Coaching?* Von <https://coachingdachverband.at/coaching/was-ist-coaching/> abgerufen
- Albrecht, R. (03/ 2017). Beratungskompetenz in der Sozialen Arbeit. *KONTEXT. Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*, 48(1), 45-64.
- Angele, S., & Calero, C. (2019). Stärkung präventiver Potenziale in der Pflegeberatung. *Bundesgesundheitsblatt*(63), S. 320-328.
- Barking, W. (Mai 2018). Grundlagen Case Management - Qualifizierungsmaßnahme für Fachkräfte der Jugendhilfe für Geflüchtete. *Schulungsunterlagen*. Abgerufen am 14. 12 2023 von https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjvYnU_I6DAXXQhP0HHb3oB0gQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.fh-kufstein.ac.at%2Fcontent%2Fdownload%2F3541287%2Ffile%2FCase%2520Management%2520Grundlagen_Folien%2520Barking.pdf&usg=A
- Bengel, J., & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit und Erwachsenenalter*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 43, Köln.
- Böhler, M. (Dez. 2023). *Projektbericht PuRpA-Modellprojekt 2 "Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige"*.
- Bohnet-Joschko, S. (Hrsg.). (2020). *Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige*. Bericht, Witten. Von <https://www.angehoerigenpflege.info/bericht/> abgerufen
- Brandes, S., & Stark, W. (2021). Empowerment/ Befähigung. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i010-2.0> abgerufen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention - Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
- Büscher, A., & Hotze, E. (2020). *Weiterbildungskonzept für die AOK-Pflegeberaterinnen und -Pflegeberater*. (A. Bundesverband, Hrsg.)
- DGCC (Hrsg.). (2020). *Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen* (2. Aktual. Ausg.). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Ehlers, C., Müller, M., & Schuster, F. (2017). *Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten*. Verlag Barbara Budrich.
- Ewers, M. (1996). Case Management. Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit. *Discussion Paper P96_208*. Berlin : Wissenschaftszentrum Berlin. Von <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-208.pdf> abgerufen
- Franzkowiak, P., & Franke, A. (13.06.2018). Stress und Stressbewältigung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). doi:10.17623/BZGA:224-i118-2.0
- Frommelt, M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., & Wendt, W.-R. (Hrsg.). (2008). *Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung* (Bd. 22). Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre.
- Gebert, A., & Weidner, F. (12/2010). *PON – Ergebnisbericht der Adressatenbefragung. Evaluation der die Inanspruchnahme beeinflussenden Faktoren des Präventiven Hausbesuches im Kreis Siegen-Wittgenstein*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Von https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/PON-Ergebnisbericht-Adressatenbefragung.pdf abgerufen

- Gembris, R., Bleiker, I., Gevorski, M., & Stefanski, I. (2014). *Case Management: Ein Leitfaden*. Bielefeld: Fachhochschule des Mittelstandes (FHM). Von https://www.fh-mittelstand.de/fileadmin/Forschung/CaMa_Leitfaden_final.pdf abgerufen
- Gilan, D., & Helmreich, I. (2021). *Resilienz - die Kunst der Widerstandskraft: Was die Wissenschaft dazu sagt*. Herder Verlag.
- GKV-Spitzenverband. (07.05.2018). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI vom 07. Mai 2018 (Pflegeberatungs-Richtlinien) geändert durch Beschluss vom 19. Juni 2023*. Von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/2023-06-19_Pflegeberatungs-Richtlinien.pdf abgerufen
- Glöckner, A. (02/2011). *Grundeinstellungen in der TA: das O.K.-Konzept*. Von https://angelika-gloeckner.de/images/stories/Grundeinstellungen_Mrz_2011.pdf abgerufen
- Heller, J. (2013). *Resilienz: 7 Schlüssel für mehr innere Stärke*. Gräfe und Unzer Verlag.
- Hetzel, C.; Alles, T.; Mozdzanowski, M. (2017). *PAUSE – Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten. Evaluation einer kontrollierten Studie*. Köln: Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (iqpr) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln.
- Kaluza, G. (2018). *Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung* (4. Ausg.). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kienle, R., Knoll, N., & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg, & P. Hammelstein, *Gesundheitspsychologie* (S. 107-122). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Klie, T. (2020). Care und Case Management - Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit. (K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, Hrsg.) *Pflege-Report 2020*, S. 165-175.
- Knorr, H. (2016). Wie lange dauert es tatsächlich, um eine neue Gewohnheit zu etablieren? Von <https://online-gesundheitstraining.de/2016/11/wie-lange-dauert-es-tatsaechlich-um-eine-neue-gewohnheit-zu-etablieren-1701/> abgerufen
- Pfeiffer, K., Hautzinger, M., Becker, C., & u.a. (2018). Problemlösen in der Pflegeberatung - ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. *14, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*. (GKV-Spitzenverband, Hrsg.)
- Schuster, F. (03/2022). *Care und Case Management - CMpA-Basischulung, Modellprojekt PuRpA-2*. Schulungsunterlagen.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1988). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Hogrefe.
- Seidl, N., Büker, C., Latteck, Ä.-D., Brinker, M., Buschsieweke, N., Hirschmann, A., & Voß, M. (2023). *Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte*. Bericht aus Lehre und Forschung, Hochschule Bielefeld.
- SGB XI. (1994). *§ 19 Begriff der Pflegepersonen*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_19.html abgerufen
- Stoke OWL - *Schlaganfall-Losten für Ostwestfalen-Lippe*. (2019). Abgerufen am 2022 von <https://stroke-owl.de/de/ueber-das-projekt>
- Volkert, S. (03/2022). *Stressbewältigung und Resilienzförderung, CMpA Basischulung, PuRpA-Modellprojekt 2*. Trainingsmanual.
- Weidner, F., Gebert, A., & Schmidt, C. (2011). *Pflegeoptimierung in Siegen-Wittgenstein (POP-SiWi). Entwicklung kommunaler Infrastrukturen mit pflegepräventiven Ansätzen zu Förderung der selbstständigen Lebensführung im Alter*. Abschlussdokumentation (Laufzeit 2006-2010). Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).

- Weidner, F., Gebert, A., Ehling, C., & Weber, C. (05/2019). *Empfehlungen aus dem Modellprojekt Gemeindeschwesterplus von 2015 bis 2018 in Rheinland-Pfalz*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Von https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Empfehlungen-GSplus-DIP-final_Mai.pdf abgerufen
- wir pflegen e.V. (Hrsg.). (März 2022). *Mehr Pflege wagen. Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der häuslichen pflegerischen Versorgung aus Sicht pflegender Angehöriger*. Berlin. Von https://wir-pflegen.net/images/aktuelles/2022/220922_wp_Mehr-Pflege-wagen.pdf abgerufen
- Wuttke-Linnemann, A., Halsband, C.-A., & Fellgiebel, A. (Sept 2022). Fragebögen zur Angehörigen - Resilienz und -Belastung FARBE, Manual für die Professionelle Beratung. (ZQP, Hrsg.) Berlin.
- Wuttke-Linnemann, A., Halsband, C.-A., & Fellgiebel, A. (Sept 2020). *Fragebögen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE)*. Projektförderung: compass private pflegeberatung, Köln. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). Von <https://www.zqp.de/frageboegen-farbe/> abgerufen
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). (2014). *Kerncurriculum Case Management (KCM) - Pflegeberatung*. Autoren: Dr. Thomas Bals, Kathleen Dilg, Berlin.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). (2016). *Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege*. Erarbeitung: A. Büscher; C. Oetting-Roß; D. Sulmann, Berlin. Von https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf abgerufen
- ZQP - Wissen über Prävention in der Pflege. (kein Datum). Abgerufen am Dezember 2022 von www.pflegepraevention.de/wissen/entlastung/

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Wirkungszusammenhang (eigene Darstellung)	4
Abbildung 2 - Beispiel für ein CMpA-Netzwerk (eigene Darstellung).....	9
Abbildung 3 - Case Management Regelkreis	11
Abbildung 4 - CMpA-Regelkreis (eigene Darstellung).....	12
Abbildung 5 - Die schematische Bedarfserhebung	14
Abbildung 6 - Zielpyramide	16

Termin	CM-Phase	Medium	Dauer/ Abstand	Inhalt	Vorsorge-/ Nachsorge-Begleitung	Standard-Instrumente; Formulare	Optionale ⁴ Instrumente/ Methoden
1.	Kontakt- aufnahme	Telefon	10-20 Min. Zeitnah ¹ Intake terminieren	Aufnahme des Beratungsanlasses	Übergang aus der stat. Vorsorge/Reha ins CMpA	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsbogen 	<p>In jeder Phase kann es notwendig sein, Angebote aus dem Netzwerk vor Ort zu vermitteln bzw. weitere Netzwerk-Akteure mit ins Boot zu holen. Diese Möglichkeit wird vom CMpA optional nach Bedarf genutzt.</p>
2.	Intake	Zugehend ²	Ca. 90 Min. Zeitnah nach dem Erstkontakt	<p>Klärung des Anliegens, Kennenlernen und Beziehungsaufbau, erste Situationseinschätzung</p> <p>Intake-Kriterien und Formalitäten besprechen (Pflegerperson?, Ausgabe FARBE/ FARBE-DEM)</p> <p>3.Termin vereinbaren, u.a. mit Klärung, ob Einschlusskriterien wirklich erfüllt sind.</p>	<p>Nachsorge-Empfehlungen und ggf. Entlassunterlagen der Klinik werden mit Einverständnis des Klienten an den CMpA weitergegeben oder Klient bringt diese mit.</p> <p>Intake-Kriterium ist hier ist die Nachsorgeempfehlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datenschutzerklärung • Einwilligung CMpA • Dokumentation / Fallakte <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • FARBE/FARBE-DEM Fragebogen (ggf. direkt ausfüllen lassen) • Vorstellung Liste angenehmer Erlebnisse 	
3.	Assessment	Zugehend	<p>Ca. 120 Min. Zeitnah nach dem Intake</p> <p>Wenn Kriterien nicht erfüllt sind, endet die CMpA-Beratung</p> <p>Ggf. kann in komplexen Fällen noch ein 2. Assessment-Termin notwendig sein</p>	<p>Auswertungsergebnis FARBE/ FARBE-DEM-Fragebogen und weiteres Vorgehen besprechen (CMpA ja oder ggf. andere Unterstützungsform sinnvoll?).</p> <p>Vertiefendes Kennenlernen, Vertiefung der bereits aufgebauten Beziehung, intensives Zuhören, intensive Bedarfs- und Ressourcenklärung.</p> <p>Vereinbarung Folgetermin</p>	<p>Vorsorge-Begleitung: ggf. Weitervermittlung zur Kurberatung, Hausarzt und Krankenkasse zur Abklärung von Vorsorge- /Rehabedarf.</p> <p>Die Zeit bis zum Beginn einer Vorsorge-/Reha kann begleitet und zur Ressourcen- und Zielklärung genutzt werden.</p> <p>Nachsorge-Begleitung: Kennenlernen, Beziehungsaufbau, Situationseinschätzung, Ressourcenklärung</p> <p>Klärung der Nachsorge-Ziele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datenschutzerklärung • Einwilligung CMpA • Dokumentation / Fallakte <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Auswertung FARBE/ FARBE-DEM • Auswertung Liste angenehmer Erlebnisse • Soziale Netzwerkkarte <p>In diesem Termin klärt sich, ob alle Kriterien für ein CMpA erfüllt sind</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkenkarte • P.E.L.Z. • Ressourcenkarte • Fragebogen innere Antreiber <p>Ggf. hier schon Einbezug der Familie/des aktuellen Unterstützungsnetzes (Familienmoderation)</p>
4.	Unterstützungs-/ Entlastungs- planung	Zugehend	<p>Ca. 60-90 Min. Zeitnah nach dem Assessment</p>	<p>Unterstützung beim Festlegen von Zielen und einer smarten³ Zielformulierung sowie konkreter Maßnahmen zur Zielerreichung</p> <p>Sollten Familie, Freunde, Bekannte einbezogen werden, kann ein weiterer Termin notwendig sein.</p>	<p>Zielformulierung auf Basis der Nachsorge-Empfehlungen aus der Klinik und konkrete Festlegung der Umsetzungs-Maßnahmen.</p> <p>Ggf. Familie, Freunde, Bekannte mit einbeziehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation / Fallakte <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungs-/ Entlastungsplan • und die ausgefüllten Instrumente aus den vorherigen Terminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkenkarte • P.E.L.Z. • Ressourcenkarte • Fragebogen innere Antreiber <p>Ggf. Familienmoderation</p>

¹ „zeitnah“ beinhaltet natürlich immer die Berücksichtigung der Wünsche des pflegenden Angehörigen zu den für ihn machbaren zeitlichen Abständen.

² „zugehend“ wird hier nicht zwingend mit dem Setting der Häuslichkeit gleichgesetzt, sondern impliziert den persönlichen Kontakt in Präsenz an einem Ort, den der Klient wählt.

³ smart steht für: spezifisch, messbar, attraktiv, relevant und terminiert

Termin	CM-Phase	Medium	Dauer/ Abstand	Inhalt	Vorsorge-/ Nachsorge-Begleitung	Standard-Instrumente; Formulare	Optionale ⁴ Instrumente/ Methoden
5.	Linking	Zugehend	Ca. 60-90 Min Hier kann es sinnvoll sein, ggf. mehrere zeitnahe Termine zu vereinbaren, je nach Bedarf an Wissensvermittlung und Umsetzungsbegleitung	Begleitung und Untertützung des pflegenden Angehörigen auf dem Weg zu seinen Zielen; ggf. unter Einbezug von Leistungsanbietern aus dem Netzwerk. In diesem Rahmen wird niederschwellig Wissen zu Entlastungsmöglichkeiten/-Angeboten und den Bereichen gesunde Lebensführung, Stressbewältigung und Entspannung vermittelt. U.a. sollen einfache Übungen und Techniken zur Entspannung vorgestellt und gemeinsam eingeübt werden, damit der damit verbundene Effekt und der geringe Zeitaufwand direkt erlebbar werden.	Begleitung und Unterstützung des pflegenden Angehörigen auf dem Weg zu seinen Zielen. Ggf. Weitervermittlung in passende Angebote des lokalen Hilfenetzwerks, um die therapeutischen Ziele aus der Vorsorge/Reha erreichen zu können.	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation / Fallakte • Individueller Unterstützungs- und Entlastungsplan • Ggf. die ausgefüllten Instrumente aus den vorherigen Terminen • Handout zu gesunder Lebensführung • Bedarfsgerechte Auswahl an Übungen/ Instrumenten • Bedarfsgerechter Einbezug des Netzwerkes 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkenkarte • P.E.L.Z. • Ressourcenkarte • Mini-Urlaube • Positiver Tagesrückblick • Strategien gegen Grübeln • Quart-A-Strategie • Niedrigschwellige Entspannungs- und Atemübungen (z.B. 4711)
6. (ggf. Re-Assessment)	Monitoring	Zugehend	Ca. 60 Min.	Gemeinsame Überprüfung der Passgenauigkeit der Maßnahmen sowie der Zielerreichung. Dazu auch FARBE/FARBE-DEM nutzen. ggf. Re-Assessment anstoßen, ggf. Angebote aus dem Netzwerk vorschlagen und weitervermitteln	Überprüfung der Passgenauigkeit der Maßnahmen sowie der Zielerreichung, ggf. Re-Assessment	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation / Fallakte • Soziale Netzwerkkarte • Individueller Unterstützungs- und Entlastungsplan • FARBE/FARBE-DEM (erneut ausfüllen lassen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkenkarte • P.E.L.Z. • Ressourcenkarte • Liste angenehmer Erlebnisse • Check mittels 3 Säulen der Stresskompetenz
7.	Evaluation	Telefon	Ca. 15-30 Min.	Abschließende Bewertung des Gesamtprozesses	Abschließende Bewertung des Gesamtprozesses	<ul style="list-style-type: none"> • Leitfragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Netzwerkkarte • Individueller Unterstützungs- und Entlastungsplan

Wichtig: In jeder Phase des CMpA ist eine wertschätzende Haltung dem pflegenden Angehörigen gegenüber von zentraler Bedeutung.

Zwischen den einzelnen geplanten Terminen ist es für den pflegenden Angehörigen immer möglich, mit dem Case Manager Rücksprache per Telefon oder E-Mail zu halten.

⁴ Der den CaseManager*innen von der Unfallkasse NRW zur Verfügung gestellte Methodenkoffer kann ebenfalls optimal und bei Bedarf im Beratungsprozess genutzt werden.

Anlage II - CMpA-Rahmenkonzept

Methodenkoffer für die CMpA Durchführung

PFLICHTINSTRUMENTE

1. FARBE / FARBE-DEM Fragebogen (ZQP-Schutz)

Der FARBE / FARBE-DEM Fragebogen inklusive Manual und Auswertungstabelle kann von der ZQP-Website heruntergeladen werden:

<https://www.zqp.de/frageboegen-farbe/>

<https://www.zqp.de/angebot/frageboegen-farbe/#download>

2. Liste Angenehmer Erlebnisse (Kaluza)

3. Soziale Netzwerkkarte

4. Entlastungs-/Unterstützungsplan

OPTIONALE INSTRUMENTE

P.E.L.Z - Modell

Stärkenkarte

Ressourcenkarte

Selbsttest - Innere Antreiber

Stress-Ampel / 3 Säulen der Stresskompetenz

Tagespläne (Zeitmanagement)

Mini-Urlaube

Positiver Tagesrückblick

Strategien gegen Grübeln

Quart-A-Strategie

Atemübungen 4711

zusätzlich:

Linkliste zur Gesundheitsförderung

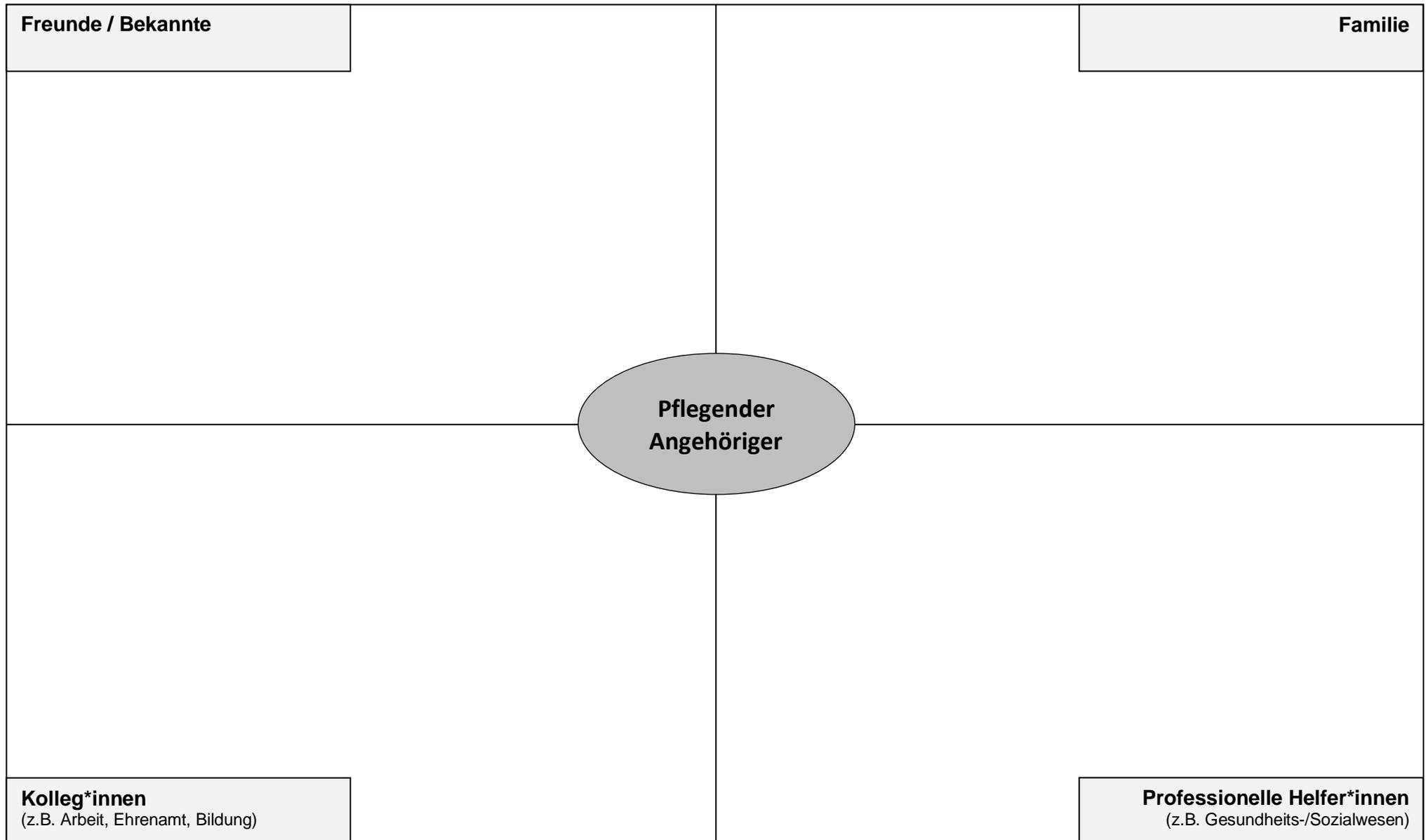
Case Management für pflegende Angehörige

A 2. Soziale Netzwerkkarte

Name: _____

Datum: _____

Personen und Institutionen können, entsprechend ihrer Nähe zur ratsuchenden Person, visualisiert werden



Case Management für pflegende Angehörige

A 5. Unterstützungsplan pflegende Angehörige

Name: _____ Datum: _____

Grundsatzziel/Vision:	
1. Handlungsziel:	
2. Handlungsziel:	
3. Handlungsziel (optional):	
Schritte zum Erreichen von Handlungsziel 1: Maßnahmen, Zuständigkeit	Umsetzung bis
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
Schritte zum Erreichen von Handlungsziel 2: Maßnahmen, Zuständigkeit	Umsetzung bis
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
Schritte zum Erreichen von Handlungsziel 3: Maßnahmen, Zuständigkeit	Umsetzung bis
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Liste angenehmer Erlebnisse

Die folgende Liste enthält eine Reihe von Tätigkeiten, die von vielen Menschen als angenehm und erholsam erlebt werden. Bitte geben Sie bei jeder Tätigkeit an, wie gern und wie häufig Sie diese Tätigkeit ausführen. Die Liste ist nicht vollständig. Falls Ihnen noch andere Möglichkeiten einfallen, tragen Sie diese bitte in die freien Zeilen ein.

Was?	Wie gern?			Wie häufig?		
	Nicht	etwas	sehr	nie	selten	oft
1. Kontakt und Geselligkeit						
Freunde/Bekannte/Verwandte besuchen						
Freunde/Bekannte/Verwandte einladen						
Mit den Kindern spielen						
Ein Lokal besuchen						
Telefonieren, chatten						
Tanzen gehen						
Unternehmungen/Ausflüge mit der Familie/ mit Freunden oder Bekannten						
Gesellschaftsspiele						
In einem Verein mitarbeiten (Kegel-Club, Chor, Schachclub etc.)						
Was mir noch einfällt:						
-						
-						
2. Hobbys						
Fotografieren/Filmen						
Sammeln von Briefmarken/Münzen						
Pflanzen züchten						
Malen/Zeichnen						

Was?	Wie gern?			Wie häufig?		
	Nicht	etwas	sehr	nie	selten	oft
Töpfern						
Basteln/Handarbeiten						
Ein Musikinstrument spielen						
Gartengestaltung						
Singen						
Etwas Besonderes kochen						
Puzzles/Rätsel lösen						
Technische Spiele (Eisenbahn, Computer ...)						
Heimwerken						
Was mir noch einfällt:						
-						
-						
3. Kultur und Bildung						
Ins Konzert gehen						
Theaterbesuch						
Ins Kino gehen						
Einen Vortrag anhören						
Besuch von Ausstellungen/Museen						
Ein gutes Buch lesen						
Einen Kurs bei der VHS belegen						
Eine Fremdsprache lernen						
Was mir noch einfällt:						
-						
-						

© 2018, Springer-Verlag GmbH Deutschland. Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung

Was?	Wie gern?			Wie häufig?		
	Nicht	etwas	sehr	nie	selten	oft
4. Sport und Bewegung						
Spazieren gehen/Wandern						
Waldlauf/Jogging						
Tennis						
Tischtennis						
Schwimmen						
Rad fahren						
Wintersport (Skiwandern, Abfahrtski, Snowboard ...)						
Ballsport						
Gymnastik/Aerobic/Pilates u. Ä.						
Wassersport (Segeln, Rudern, Kanu ...)						
Krafttraining						
Was mir noch einfällt:						
-						
-						
5. Naturerlebnisse und »Passivitäten«						
Im Gras liegen						
Tiere beobachten (z.B. Vögel)						
Barfuß laufen						
Blumen pflücken (z.B. auf einer Wiese)						
In der Sonne sitzen						
Kräuter, Pilze o.Ä. sammeln						
Eine schöne Aussicht genießen						

© 2018, Springer-Verlag GmbH Deutschland. Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung

Was?	Wie gern?			Wie häufig?		
	Nicht	etwas	sehr	nie	selten	oft
Am Ofen sitzen/ins Feuer gucken						
Sauna						
Sonnenaufgang, -untergang, Sterne, Wolken beobachten						
Angeln						
Im Wasser waten						
Eine gute Tasse Tee/Kaffee trinken						
Musik hören						
Ein Bad nehmen						
Sich massieren lassen						
In einem Straßencafé sitzen						
Was mir noch einfällt:						
-						
-						

Auswertung:

Schauen Sie sich nun bitte den ausgefüllten Bogen noch einmal an: Gibt es Aktivitäten oder »Passivitäten«, die sie zwar gern, aber nur selten oder nie erleben? Sind Sie vielleicht auf Dinge gestoßen, die Sie schon immer gern einmal getan hätten, aber bisher immer wieder verschoben haben? Gibt es Tätigkeiten, denen Sie früher mit Spaß nachgegangen sind und die Sie gerne wieder aufgreifen würden? Bitte notieren Sie auf diesem Blatt die angenehmen Dinge, die Sie in den nächsten Wochen zum Ausgleich für Ihre Belastungen unternehmen möchten!

Case Management für pflegende Angehörige

A 3. P.E.L.Z.-Modell

Name: _____

Datum: _____

1. Problemwahrnehmung und Problemdefinition	2. Erklärungsmodelle
<p>Frage: Was ist das aktuell größte Problem(e)? Frage: Aus wessen Sicht?</p>	<p>Frage: Wie ist das Problem (e) entstanden? Frage: Wer ist dafür verantwortlich?</p>
3. Lösungsversuche	4. Ziele
<p>Frage: Was haben Sie oder andere bisher unternommen, um das Problem(e) zu lösen? Frage: Welche Ideen haben Sie, um das Problem(e) zu lösen?</p>	<p>Frage: Was ist Ihr persönliches Ziel in Bezug auf das genannte Problem(e)?</p>

Case Management für pflegende Angehörige

A 4. Stärkenkarte

Name: _____

Datum: _____

Das gibt mir Energie, meine Kraftquellen (persönliche Wünsche & Interessen)

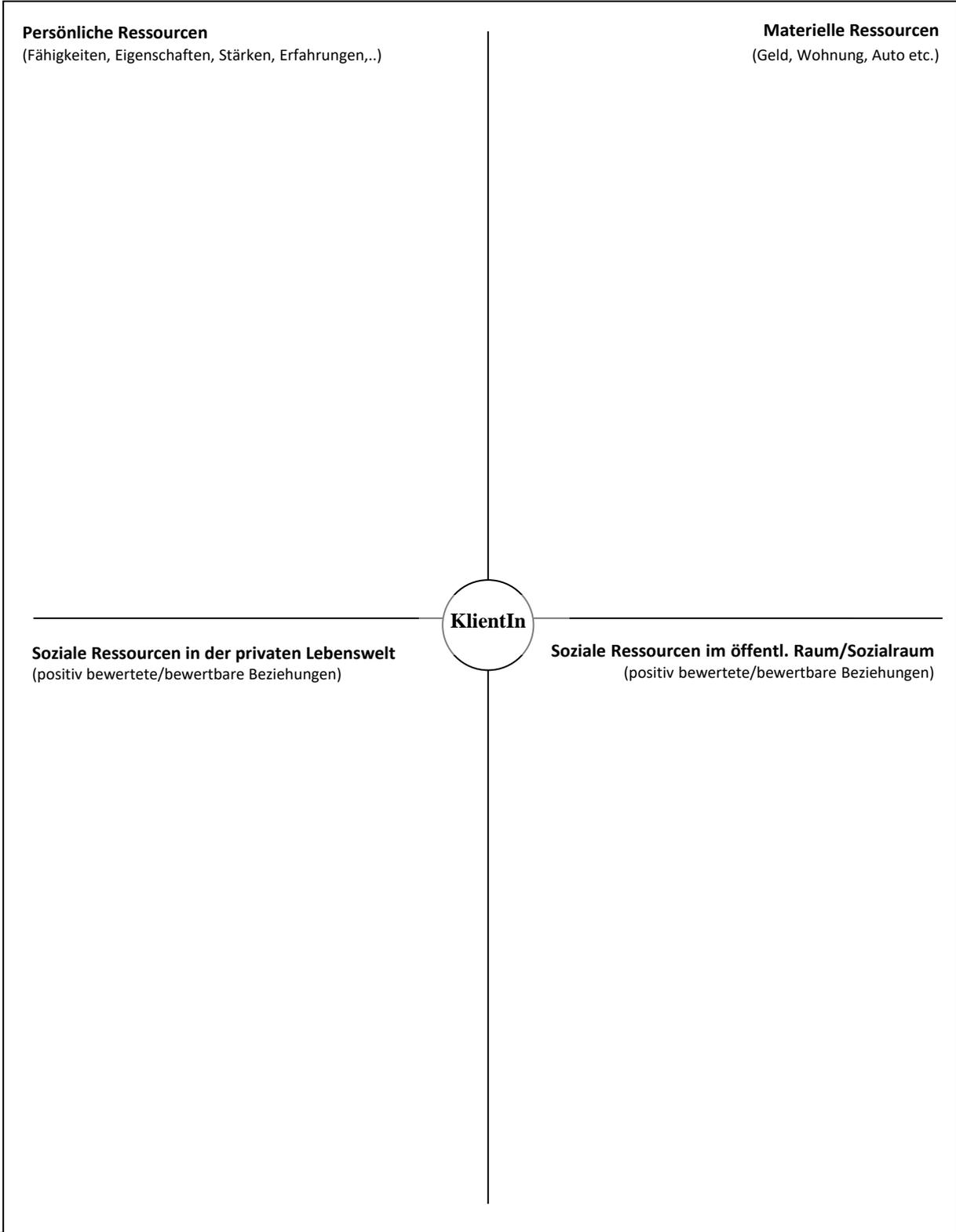
Persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen	Finanzielle Mittel, Hilfsmittel, Technik, Versicherungen

unterstützende Beziehungen in meinem Leben (Freunde / Familie)	(mögliche) hilfreiche Kontakte in meiner Nachbarschaft / meinem Sozialraum

aus: Ehlers, C., Müller, M., Schuster, F. (2017): Stärkenorientiertes Case Management - Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten - Barbara Budrich Verlag / Aufbauend auf der Ressourcenunterteilung von Haye und Kleve 2011: 111f

Case Management für pflegende Angehörige (CMpA)

A.6 - Ressourcenanalyse: Ressourcen-Karte*



* Leicht angepasste Version. Original siehe:
Heiko Kleve/Britta Haye/Andreas Hampe-Grosser/Matthias Müller (2006/2011):
Systemisches Case Management: Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit.
Heidelberg: Carl Auer. 3. überarbeitete Auflage, S. 111–112.

Selbsttest



Die inneren Antreiber

Was sie bewirken – und wie Sie mit ihnen umgehen können

Was treibt uns Menschen zum Handeln an? Natürlich unsere Erwartungen, Hoffnungen, äußere Belohnungen, aber auch innere Faktoren wie lieb gewordene Gewohnheiten, Werte und Bedürfnisse. Manchmal neigen wir allerdings zu Verhaltensweisen, die wir hinterher als nicht besonders angemessen empfinden. Dahinter stecken häufig unbewusste Verhaltensmuster, verinnerlichte Lebensregeln, innere Antreiber. Diese arbeiten wie automatische Steuerungen, die unser Denken, Fühlen und Verhalten bestimmen.

„Innere Antreiber“ handeln mit

Wie viele unserer Verhaltensmuster entstanden sie früh, im Kindesalter. Mit ihnen reagieren wir auf ausgesprochene wie unausgesprochene Ansprüche äußerer Autoritäten, vor allem der unserer Eltern, Verwandten und frühen Bezugspersonen. Deren Erwartungen an uns haben wir so sehr verinnerlicht, dass sie unser Verhalten noch als Erwachsene bestimmen. Niemand steht jedoch 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche unter dem Diktat von Antreibern. Sie treten vor allem in bestimmten Konstellationen in den Vordergrund, vornehmlich in Stress- und Belastungssituationen.

Mit dem Selbsttest auf den folgenden Seiten können Sie herausfinden, welcher Antreiber in Ihnen wirkt – und wie Sie mit ihm umgehen können.

Ihr Team der Psychosozialen Beratungsstelle

Notieren Sie zu jeder der folgenden Aussagen die Punktzahl nach dem Grad Ihrer Zustimmung.

5 = stimmt voll und ganz

2 = stimmt kaum

4 = stimmt meistens

1 = stimmt gar nicht

3 = stimmt etwas

1	Wann immer ich eine Arbeit mache, mache ich sie gründlich.
2	Ich fühle mich verantwortlich, dass diejenigen, die mit mir zu tun haben, sich wohl fühlen.
3	Ich bin ständig auf Trab.
4	Anderen gegenüber zeige ich meine Schwächen nicht gern.
5	Wenn ich raste, roste ich.
6	Häufig sage ich: „Es ist schwierig, das so genau zu sagen.“
7	Ich sage oft mehr, als eigentlich nötig wäre.
8	Ich habe Mühe, Leute zu akzeptieren, die nicht genau sind.
9	Es fällt mir schwer, Gefühle zu zeigen.
10	„Nur nicht locker lassen!“ ist meine Devise.
11	Wenn ich eine Meinung äußere, begründe ich sie auch.
12	Wenn ich einen Wunsch habe, erfülle ich ihn mir schnell.
13	Ich liefere einen Bericht erst ab, wenn ich ihn mehrmals überarbeitet habe.
14	Leute, die herumtrödeln, regen mich auf.
15	Es ist für mich wichtig, von den anderen akzeptiert zu werden.
16	Ich habe eher eine harte Schale, aber einen weichen Kern.
17	Ich versuche oft herauszufinden, was andere von mir erwarten, um mich danach zu richten.
18	Leute, die unbekümmert in den Tag hinein leben, kann ich nur schwer verstehen.
19	Bei Diskussionen unterbreche ich die anderen oft.
20	Ich löse meine Probleme selbst.
21	Aufgaben erledige ich möglichst rasch.
22	Im Umgang mit anderen bin ich auf Distanz bedacht.
23	Ich sollte viele Aufgaben noch besser erledigen.
24	Ich kümmere mich persönlich auch um nebensächliche Dinge.
25	Erfolge fallen nicht vom Himmel: Ich muss sie hart erarbeiten.
26	Für dumme Fehler habe ich wenig Verständnis.

27	Ich schätze es, wenn andere auf meine Fragen kurz und bündig antworten.
28	Es ist mir wichtig, von anderen zu erfahren, ob ich meine Sache gut gemacht habe.
29	Wenn ich eine Aufgabe einmal begonnen habe, führe ich sie auch zu Ende.
30	Ich stelle meine Wünsche und Bedürfnisse zugunsten anderer Personen zurück.
31	Ich bin anderen gegenüber oft hart, um von ihnen nicht verletzt zu werden.
32	Ich trommele oft ungeduldig mit den Fingern auf dem Tisch.
33	Beim Erklären von Sachverhalten verwende ich gerne die Aufzählung: „Erstens, zweitens, drittens...“.
34	Ich glaube, dass die meisten Dinge nicht so einfach sind, wie viele meinen.
35	Es ist mir unangenehm, andere Menschen zu kritisieren.
36	Bei Diskussionen nicke ich häufig mit dem Kopf.
37	Ich streng mich an, um meine Ziele zu erreichen.
38	Mein Gesichtsausdruck ist eher ernst.
39	Ich bin nervös.
40	So schnell kann mich nichts erschüttern.
41	Meine Probleme gehen die anderen nichts an.
42	Ich sage oft: „Mach mal vorwärts!“
43	Ich sage oft: „genau“, „exakt“, „logisch“
44	Ich sage oft: „Das verstehe ich nicht.“
45	Ich sage eher: „Könnten Sie es nicht einmal versuchen“ als „Versuchen Sie es einmal!“
46	Ich bin diplomatisch.
47	Ich versuche, die an mich gerichteten Erwartungen zu übertreffen.
48	Beim Telefonieren bearbeite ich oft noch nebenher andere Dinge.
49	„Zähne zusammenbeißen“ ist meine Devise.
50	Trotz enormer Anstrengungen will mir Vieles einfach nicht gelingen.

Zur Auswertung des Fragebogens zählen Sie nun Ihre Werte bei bestimmten Fragen zusammen.

Für den Antreiber „**Sei perfekt!**“ stehen folgende Fragen:

Frage Nr.	1	8	11	13	23	24	33	38	43	47	Σ
Punkte											

Für den Antreiber „**Mach schnell!**“ stehen folgende Fragen:

Frage Nr.	3	12	14	19	21	27	32	39	42	48	Σ
Punkte											

Für den Antreiber „**Streng dich an!**“ stehen folgende Fragen:

Frage Nr.	5	6	10	18	25	29	34	37	44	50	Σ
Punkte											

Für den Antreiber „**Mach es allen recht!**“ stehen folgende Fragen:

Frage Nr.	2	7	15	17	28	30	35	36	45	46	Σ
Punkte											

Für den Antreiber „**Sei stark!**“ stehen folgende Fragen:

Frage Nr.	4	9	16	20	22	26	31	40	41	49	Σ
Punkte											

Um die Ausprägung Ihrer Antreiber zu veranschaulichen, übertragen Sie die Summen jedes Antreibers in dieses Schema:

	5	10	15	20	25	30	35	40	45
Sei perfekt!									
Mach schnell!									
Streng dich an!									
Mach es allen recht!									
Sei stark!									

Diese fünf Antreiber...

...sind Teil unseres Verhaltens und unserer Persönlichkeit geworden. Sie stellen **Verzerrungen positiver Haltungen** dar, wie Stärke und Unabhängigkeit, Genauigkeit und Fehlerlosigkeit, Freundlichkeit und Liebenswürdigkeit, Schnelligkeit und die Fähigkeit, Chancen zu nutzen, Gründlichkeit und Durchhaltevermögen.

Die Übertreibung dieser positiven Möglichkeiten macht sie jedoch zur **Quelle von Selbstsabotage**: Sie engen ein und wirken belastend. Sie fühlen sich wie fundamentale Lösungsgrundsätze an, wie etwa:

- „Fehler machen ist immer schlimm!“
- „Zeit darf nie verschwendet werden!“
- „Alle müssen mich mögen!“
- „Schwächen darf man nie zeigen!“

In all solchen Fällen führen innere Antreiber weder zum Erfolg noch zur Zufriedenheit. Sie sind in ihrer Übertreibung, ihrem Absolutheitsanspruch und ihrer Ausschließlichkeit nicht zu erfüllen und **belasten das Miteinander** mit anderen Menschen erheblich.

Damit sich die Antreiber nicht negativ in Beruf und Privatsphäre auswirken, sollte man sich mit ihnen ehrlich und selbstkritisch auseinandersetzen. Dabei kann man ein Bewusstsein dafür entwickeln, welche Verhaltensweisen in welchem Maß durchaus sinnvoll sind und welche vor allem Stress (bei sich selbst und bei anderen) auslösen. Alte Antreiber-Dynamiken können dann schrittweise **durch neues Verhalten ersetzt** werden.

Im Folgenden bekommen Sie einen Einblick in die Spezifika der einzelnen Antreiber und können reflektieren, wie Sie die negativen Seiten der bei Ihnen am stärksten ausgeprägten Antreiber reduzieren können.

Sei perfekt!

„Ich muss es noch besser machen, ich bin nicht gut genug.“

Menschen mit diesem Antreiber stehen unter dem Druck, alles gründlich zu machen. Sie versuchen, ihre Aufgaben überzuerfüllen und bemühen sich in jedem Fall um Perfektion, ohne Rücksicht auf Zeitaufwand und Kosten. Sie befürchten ständig, nicht akzeptiert zu sein, wenn sie nicht genau und gründlich sind. Über eine fehlerfreie Leistung erhoffen sie sich die Anerkennung, nach der sie sich sehnen. Von sich (und anderen) verlangen sie Perfektion, Vollkommenheit, Gründlichkeit, Vorbildfunktion, Präzision und Übererfüllung von Aufgaben oder Zielen.

Mögliche Hinweise:

- gehen gerne ins Detail, sagen mehr als gefragt ist, erklären „haarklein“ und genau
- verwenden häufig Einschübe, die keine neuen Informationen enthalten, z.B. „wie gesagt, sozusagen, wahrscheinlich, total“
- zählen gerne auf (1., 2., 3.; a, b, c), oft auch durch Gestik unterstrichen
- Sprechweise: verhalten, ausgeglichen, „erwachsen“
- ordentliche Leistungen sind normal, aber wehe, es ist mal nicht perfekt – Fehlerlosigkeit ist der Anspruch und das Maß, nach dem gemessen wird
- auch wenn eine Leistung ordentlich ist, wird an Kleinigkeiten gemäkelt (bei sich und anderen)
- streng, fordernd, unerbittlich, unnachgiebig (mit sich und anderen)

Menschen mit diesem inneren Antreiber tendieren dazu

- Anerkennung und Respekt durch Kenntnisse und Kontrolle von Dingen und Menschen erreichen zu wollen
- Beschämung über Unvollkommenheit, Fehler und Inkompetenz vermeiden zu wollen

Dieser Antreiber birgt folgende Gefahren:

- lange Arbeitszeiten, schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis
- perfektionistische Ansprüche an Kollegen
- überzogene Kritik, „Negativ-Brille“, Positives ist selbstverständlich

Ihm stehen folgende mögliche Erlauber gegenüber:

- „90 % an einem Tag ist besser als 100 % an dreien.“
- „Du bist gut genug wie du bist.“
- „Ich muss nicht alles wissen“, „Auch andere haben Schwächen.“

Mach schnell!

„Ich werde nie damit fertig werden.“

Bei wem dieser Antreiber stark ausgeprägt ist, der ist nie richtig dort anwesend, wo er sich gerade befindet. Er ist völlig überlastet und voller Hektik, ruhiges und konzentriertes Arbeiten ist kaum möglich. Alles muss besonders schnell und sofort getan werden, möglichst mehrere Dinge gleichzeitig. Kennzeichnend sind Dynamik, Tempo, Arbeiten unter Zeitdruck und Stressresistenz.

Mögliche Hinweise:

- typische Worte: „mach schnell, rasch, eben mal, kurz, aus Zeitgründen...“
- sprechen z. T. abgehakt und oft so schnell, dass Worte verschluckt oder verdreht werden
- Schnelligkeit zeigt sich auch im Gehen
- Gestik eher nervös, z. B. Fingertrommeln, mit dem Fuß wippen, unruhig auf dem Stuhl herumrücken,

Blick auf die Uhr, Körperhaltung ist geprägt von ständiger Bewegung, Hast und Unruhe, Blickrichtung wechselt häufig

- werden schnell ungeduldig, wenn etwas zu lange dauert

Menschen mit diesem inneren Antreiber tendieren dazu

- jede Form von Freude, Belohnung erreichen zu wollen
- unter allen Umständen Verlust von Zeit, Freude, Zuwendung vermeiden zu wollen

Dieser Antreiber birgt folgende Gefahren:

- das Zuhören kommt zu kurz, denn man unterbricht andere; wichtige Informationen und Standpunkte gehen dadurch verloren
- starke Lösungsorientierung, die Analyse kommt oft zu kurz
- Details sind Sache der anderen
- Hang zur Kopflösigkeit
- verbreitet Hektik und Unruhe

Ihm stehen folgende mögliche Erlauber gegenüber:

- „Nimm dir Zeit für dich.“
- „Ich darf mir die Zeit nehmen, die ich brauche.“
- „Ich darf Pausen machen.“

Streng dich an!

„Ich muss mich bemühen, wenn ich es auch nicht schaffe.“

Der/die Betroffene zeichnet sich durch Pflichtbewusstsein, Fleiß und Einsatz aus. Quantität geht dabei vor Qualität. Erfolge, die nicht auf Anstrengungen basieren, taugen nichts. Was leicht von der Hand geht, ist verdächtig: Von nichts kommt nichts. Daher bemüht sich der/die Betroffene ständig und erwartet dies auch von anderen. Wenn etwas nicht klappt, strengt er sich noch mehr an.

Ein entspanntes Genießen, auch nach Erfolgen, ist schwer möglich. Immer fühlt sich der Betroffene von ernstesten Problemen, Schwierigkeiten oder Krisen bedroht. Er lebt in ständiger Angst, dass andere besser sein könnten. Er versucht, dem durch noch mehr Anstrengung entgegenzuwirken.

Mögliche Hinweise:

- beginnen Sätze, brechen ab und beginnen mit neuen oder anderen
- typische Worte: „versuchen“, „ich kann nicht, ich weiß nicht“, „wie bitte, was war das noch?“
- angespannte Körperhaltung, z.B. geballte Fäuste, vorn auf dem Stuhl sitzen, leichtes Stirnrunzeln

Menschen mit diesem inneren Antreiber tendieren dazu

- Belohnung für das Versuchen schwieriger Dinge erreichen zu wollen
- Niederlagen durch Kontrolle über andere und durch extreme Frustrationstoleranz vermeiden zu wollen

Ihm stehen folgende mögliche Erlauber gegenüber:

- „Ich kann auch in der Arbeit Spaß haben.“
- „Ich darf mich auch mal entspannen und Erfolge genießen.“
- „Tu es einfach.“, „Trau dir was zu.“

Mach's allen recht!

„Ich muss alle zufrieden stellen.“

Menschen mit diesem Antreiber fühlen sich dafür verantwortlich, dass andere sich wohl fühlen, phantasieren jedoch häufig nur, was sich der andere eigentlich wünscht. Sie stellen ihre Bedürfnisse hinten an, richten sich danach, was andere erwarten und kommen dabei selbst zu kurz. Sie möchten beliebt sein und haben nicht gelernt, „nein“ zu sagen. Gleichzeitig erwarten sie auch von anderen, dass sie Rücksicht auf sie nehmen, ohne dass sie ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche klar und deutlich aussprechen. Kennzeichnend für diesen Antreibertyp sind: Verantwortungsübernahme und Aufopferung (für andere), Verbindlichkeit, Bescheidenheit, Loyalität, Selbstlosigkeit.

Mögliche Hinweise:

- verwenden häufig die „Hoch-aber-Tief“ Satzstruktur, z.B. „Ihr Vortrag war sehr gut, aber ich weiß nicht, ob ich das behalten kann.“
- sind begierig zu wissen, ob sie ihre Sache gut gemacht haben und alles in Ordnung ist. Dabei fügen sie oft Worte ein, um die Reaktion des anderen zu erkunden, z.B. „nicht wahr?“, „Hmm?“
- nicken häufig mit dem Kopf, Körperhaltung wirkt geduckt, viel Blickkontakt mit dem Gegenüber bei geneigtem Kopf und gehobener Augenbraue
- Stimmlage ist oft hoch, etwas piepsig oder weinerlich, Stimme hebt sich am Satz(teil)ende

Menschen mit diesem inneren Antreiber tendieren dazu

- Liebe und Wertschätzung von anderen erreichen zu wollen
- Zurückweisung und Einsamkeit vermeiden zu wollen

Dieser Antreiber birgt folgende Gefahren:

- viele Überstunden, da man gut und gerne „fremde“ Aufgaben übernimmt
- schwierig im Umgang, weil die anderen nicht wissen, was man will oder sich wünscht
- konfliktscheu

Ihm stehen folgende mögliche Erlauber gegenüber:

- „Meine Bedürfnisse und Wünsche sind auch wichtig.“
- „Gefall dir selbst.“
- „Ich muss nicht bei allen beliebt sein.“
- „Ich kann auch mal „nein“ sagen.“

Sei stark!

„Sie dürfen nicht wissen, dass ich schwach, ratlos bin.“

Menschen dieses Antreibertyps haben gelernt, keine Zeichen der Schwäche oder Gefühle zu zeigen. Sie sind zurückhaltend, manchmal sogar stoisch. Sie verstehen es, sich zu beherrschen und vermitteln nach außen Haltung, Durchhalte- und Durchsetzungsvermögen, Härte und Heldentum („Indianer kennen keinen Schmerz“, „sei konsequent“). Aufgeben kommt für sie nicht in Frage. Es fällt ihnen schwer, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Mögliche Hinweise:

- sprechen nicht von sich selbst, sondern verwenden oft Worte wie „man“ oder Ausdrücke, bei denen sie zu sich selbst auf Distanz gehen, z. B. „solche Situationen bringen einen ganz schön unter Druck“, „das freut einen dann ja doch“
- lenken in Äußerungen von sich weg; Ursache für meine Gefühle und Handlungen liegt nicht bei mir,

sondern beim anderen, z. B. „sie machen mich wütend“, „das Buch langweilt mich“

- eher unbewegte, monotone Sprechweise, im Allgemeinen leise
- sparsame Gestik, unlebendig, oft unbewegtes Gesicht und verschlossene Körperhaltung
- trennen Privates und Beruf, nur engsten Vertrauenspersonen gegenüber äußern sie auch Gefühle

Menschen mit diesem inneren Antreiber tendieren dazu

- Sicherheit durch Bestimmtheit und Kontrolle von Emotionen erreichen zu wollen
- Verwundbarkeit, Verletzbarkeit durch Abhängigkeit von anderen vermeiden zu wollen

Dieser Antreiber birgt folgende Gefahren:

- nicht um die Hilfe von anderen bitten
- Aufgaben nicht zu delegieren
- keine Hilfe angeboten zu bekommen, da sie ein „unerschütterliches“ Bild vermitteln
- Festbeißen an Aufgaben

Ihm stehen folgende mögliche Erlauber gegenüber:

- „Ich darf Gefühle zeigen und bin deshalb nicht schwach.“
- „Sei offen und zeig dich.“
- „Ich kann um Hilfe bitten und verliere nicht mein Gesicht.“

Wir hoffen, dass Ihnen das Konzept der inneren Antreiber Impulse gibt, um Ihre persönlichen Stressquellen zu erkennen und Ideen zu entwickeln, auf welche Weise Sie Stress in Ihrem privaten Umfeld und im Studienalltag durch die Änderung innerer Einstellungen reduzieren könnten. Wenn Sie sich intensiver darüber auseinandersetzen wollen und hierzu professionelle Begleitung wünschen, laden wir Sie gerne ein, die kostenlosen Coaching- und Beratungsangebote der Psychosozialen Beratungsstelle wahrzunehmen.

→ → → www.studentenwerk-oldenburg.de/psb

Quellenangaben

Das Konzept der inneren Antreiber stammt aus der Transaktionsanalyse:

Kahler, Taibi, Kapers, H. (1974). The Miniskript, Transactional Analysis Journal, 5:3

Der Test wurde entwickelt von:

Kälin, Karl; Müri, Peter (2000): Sich und andere führen. Psychologie für Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 13. Aufl. Thun: Ott

Die Texte in dieser Broschüre sind weitgehend entnommen aus:

Blauburg Consulting: Burnout, http://www.blauburg-consulting.de/mediapool/89/894490/data/Test_Innere_Antreiber_120924.pdf

Sowie: KIBNET: Der Lernende, http://www.kibnet.org/fix/lpb/content/05_der_lernende/Test-Antreiber.pdf

REGENERATIVE STRESSBEWÄLTIGUNG – STELLSCHRAUBE KÖRPER



Atemübung:

4711-Atmung

4 Sekunden lang einatmen,

7 Sekunden lang ausatmen,

11 x wiederholen



REGENERATIVE STRESSBEWÄLTIGUNG - **MINI-URLAUBE**

Bis 5 Minuten	5 – 15 Minuten	Ab 15 Minuten
Gesicht in die Sonne halten	Tee, Milchkaffee, etc. trinken	Baden, länger duschen
Atemübung	Sudoku, Kreuzworträtsel etc.	Kino
Bewusst tief durchatmen/lüften	Was kurzes lesen	Telefonieren
An was positives denken/etwas schönes erinnern	Kurz nach draußen gehen/Mini-Spaziergang	Buch etc. lesen
Blumen/Bilder anschauen	Kurze Dehnübung	Serien/Film/Fernsehen schauen
Solitär spielen	Einen Snack bewusst genießen	Mit Freund*innen treffen
Achtsamkeitsübung	Videos auf Youtube schauen, im Internet surfen	In Ruhe spazieren gehen
Eine Stück Schokolade o.ä. genießen	Musik hören	Im Baumarkt stöbern/IKEA
Witze lesen	Plausch/Smalltalk	Sport
Lieblingsmusikstück hören	Powernap/10 Minuten dösen	Kochen/Backen

MENTALE STRESSBEWÄLTIGUNG – DER POSITIVE TAGESRÜCKBLICK

Was war heute schön? Was hat mir heute Freude bereitet?

1.

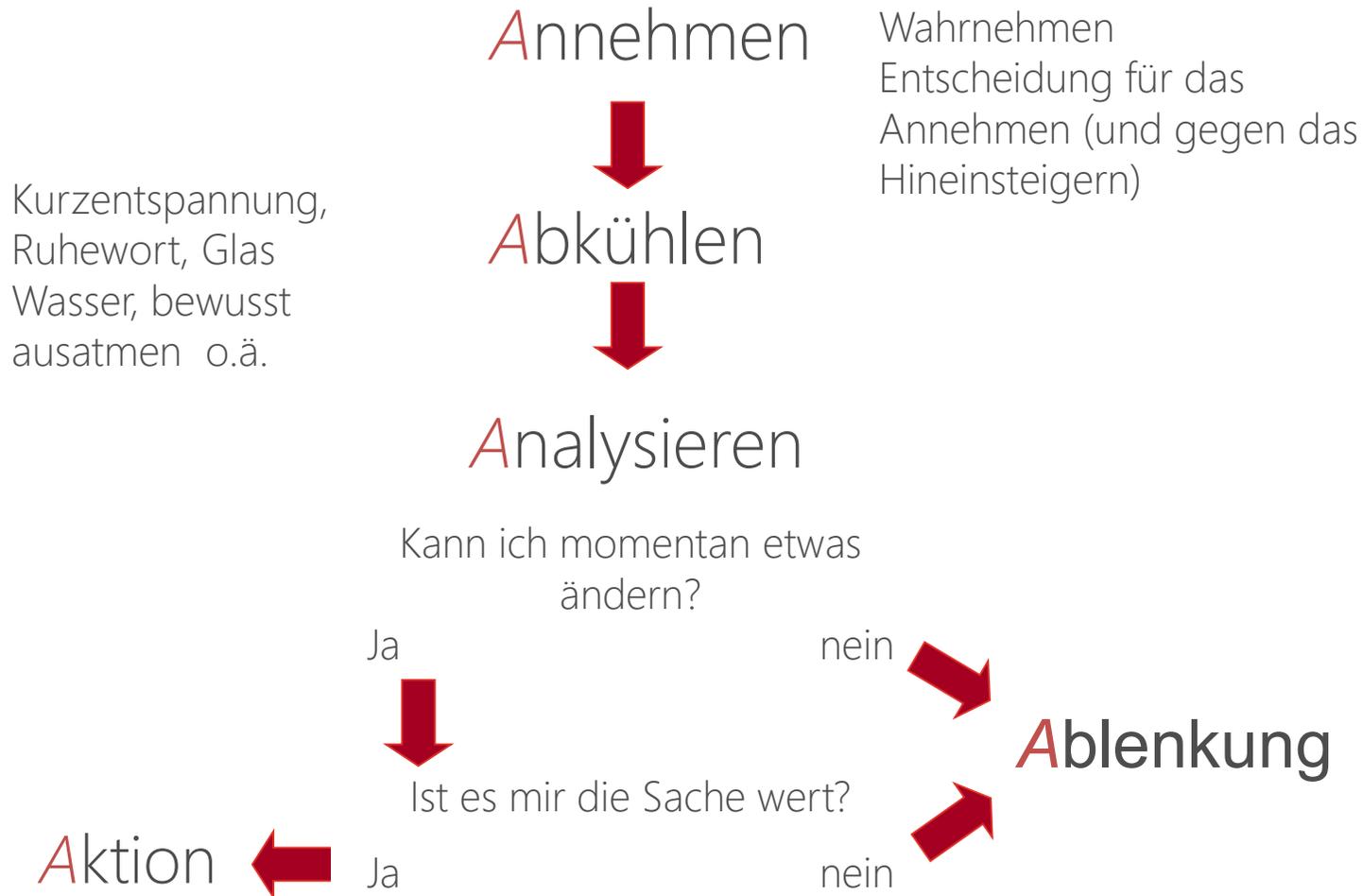
2.

3.

Was habe ich dazu beigetragen?

Die Quart-A (4xA-) – Strategie für den Akut-Fall

© 2015, Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung



MENTALE STRESSKOMPETENZ – GRÜBELN UND ABSCHALTEN

Grübeln läuft häufig automatisiert ab

Wichtigster Schritt, um das Grübeln zu unterbinden: Sich dessen bewusst werden mit Hilfe der folgenden Leitfragen

Hilfreiche Leitfragen:

1. Habe ich etwas verstanden, das mir vorher unklar war?
2. Habe ich das Problem gelöst oder bin der Lösung einen Schritt näher gekommen?
3. Fühle ich mich wohl?

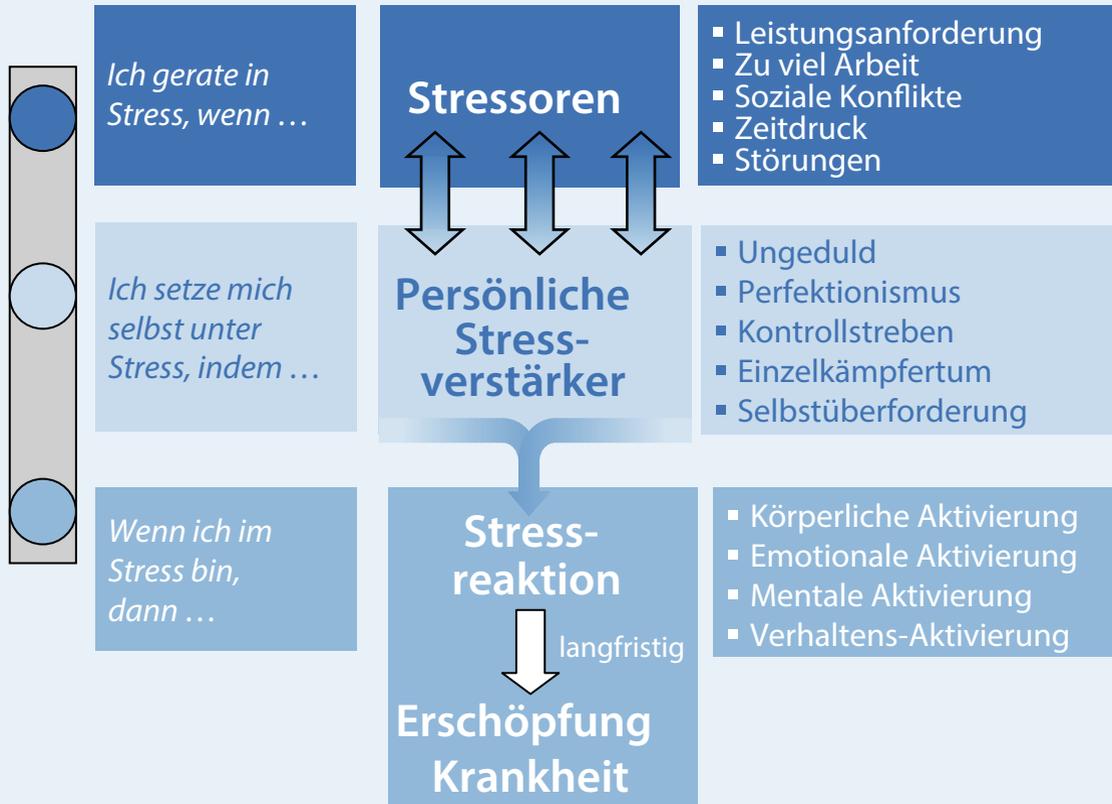
Wenn Grübeln wahrgenommen wurde , dann:

- Ablenkung, Fokus auf andere Dinge lenken (Musik hören, bügeln, putzen, lösbare Probleme betrachten z.B. Auto reparieren etc.)
- Sport (Kopf und Körper fordern) • Austausch mit anderen, Bestätigung einholen
- Kompromisse finden
- Sprechzeiten über Probleme begrenzen => Denken an Stress und sprechen über Stress erzeugt Stress!
- Aktiv dagegen vorgehen: Gedanken bewusst fallen lassen!
- Sorgenpüppchen: Sorgen in das Säckchen sprechen und am nächsten Morgen sind die Sorgen verschwunden
- Ins Handeln kommen und Fristen setzen, Sachen ausprobieren und Schritt für Schritt vorgehen
- Vorsicht vor sozialer Ansteckung!
- Spazieren gehen, walken, Bewegung
- Kreuzworträtsel, Sudoku, Rätsel
- Grübelzeiten einrichten, max. 10 bis 15 Minuten
- Gedanken aufschreiben
- Positiver Tagesrückblick

Weitere Anti-Grübeln-Vorschläge

- Tagebuch (Was war heute schön-Buch) schreiben
- Traumreisen / Meditation
<https://www.tk.de/techniker/magazin/life-balance/aktiv-entspannen/gedankenreisen-2007080>
- Sicherer Ort
https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/psychosomatik/leistungen/docs-pics/Corona_Entspannungs_Podcast/Folge_3_Der-innere-Wohlfuehlort.pdf
- Ein anderes Problem bearbeiten

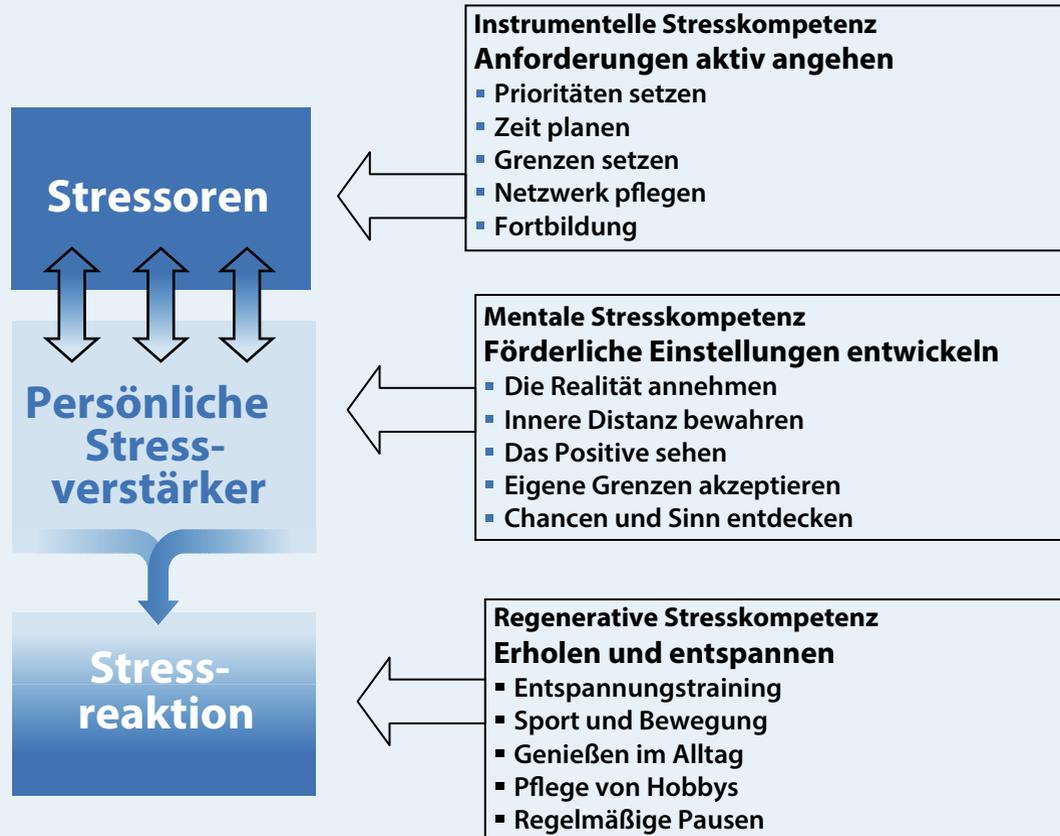
Die 3 Ebenen des Stressgeschehens (»Stress-Ampel«)



© 2018, Springer-Verlag GmbH Deutschland. Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung

■ Abb. 12.1 »Stress-Ampel«

Individuelle Stresskompetenz



© 2018, Springer-Verlag GmbH Deutschland. Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung

Die drei Säulen der persönlichen Stresskompetenz

■ ■ 1. Instrumentelle Stresskompetenz: Ansatzpunkt Stressoren

Hier geht es darum, äußere Belastungen und Anforderungen im beruflichen und privaten Bereich zu verändern, soweit möglich zu verringern oder ganz abzubauen. Das Ziel besteht darin, den eigenen Alltag stressfreier zu gestalten, um so die Entstehung von Stress möglichst von vornherein zu verhindern.

Zum Beispiel:

- Fachliche Kompetenzen erweitern (Information, Fortbildung, kollegialer Austausch)
- Organisatorische Verbesserungen (Aufgabenverteilung, Ablaufplanung, Ablagesysteme etc.)
- Selbstmanagement: persönliche Arbeitsorganisation optimieren (klare Definition von Prioritäten, realistische Zeitplanung, Delegation)
- Sozialkommunikative Kompetenzen entwickeln (anderen Grenzen setzen, häufiger »Nein«, »Ohne mich«, »Jetzt nicht« sagen, sich aussprechen, Klärungsgespräche führen)
- Nach Unterstützung suchen (Netzwerk aufbauen, etwas positiv sagen, andere verstehen, sich helfen lassen)
- Problemlösekompetenzen entwickeln

■ ■ 2. Mentale Stresskompetenz: Ansatzpunkt Persönliche Stressverstärker

Hier geht es darum, sich selbstkritisch eigener stresserzeugender oder -verschärfender Einstellungen und Bewertungen bewusst zu werden, diese allmählich zu verändern und förderliche Einstellungen und Denkweisen zu entwickeln.

Beispiele hierfür sind:

- Perfektionistische Leistungsansprüche kritisch überprüfen und eigene Leistungsgrenzen akzeptieren lernen
- Schwierigkeiten nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung sehen
- Sich mit alltäglichen Aufgaben weniger persönlich identifizieren, mehr innere Distanz wahren
- Sich nicht im alltäglichen Kleinkrieg verlieren, den Blick für das »Wesentliche«, für das, was mir wirklich wichtig ist, bewahren
- Sich des Positiven, Erfreulichen, Gelungenen bewusst werden und dafür Dankbarkeit empfinden
- An unangenehmen Gefühlen von Verletzung oder Ärger nicht festkleben, sondern diese loslassen und vergeben lernen
- Weniger feste Vorstellungen und Erwartungen an andere haben, die Realität akzeptieren
- Sich selbst weniger wichtig nehmen, falschen Stolz ablegen und »Demut« lernen

© 2018, Springer-Verlag GmbH Deutschland. Aus: Kaluza, G.: Stressbewältigung

■ ■ 3. Regenerative Stresskompetenz: Ansatzpunkt Stressreaktionen

Nicht alle – äußeren oder inneren – Stressfaktoren können (oder sollen) vermieden, abgebaut oder vermindert werden. Es ist daher unvermeidlich, dass Stressreaktionen immer wieder auftreten. Hier geht es darum, körperliche und psychische Erregung zu dämpfen und abzubauen, für regelmäßige Erholung zu sorgen und damit langfristig die eigene Belastbarkeit zu erhalten.

Dies kann beispielsweise geschehen durch:

- regelmäßiges Praktizieren einer Entspannungstechnik
- regelmäßige Bewegung
- eine gesunde, abwechslungsreiche Ernährung
- Pflege außerberuflicher sozialer Kontakte
- regelmäßiger Ausgleich durch Hobbys und Freizeitaktivitäten
- lernen, die kleinen Dinge des Alltags zu genießen
- ausreichender Schlaf
- Tagesablauf mit ausreichenden kleinen Pausen zwischendurch

Anregung zur Selbstreflektion:

- Wo liegen meine Stärken in Sachen Stressmanagement?

- Welche der drei Säulen der Stresskompetenz sind bei mir stark, welche weniger stark ausgeprägt?

- Was möchte ich lernen, um meine persönliche Stresskompetenz zu erweitern?

- Was möchte ich aus diesem Seminar für mich persönlich mitnehmen?

Erholung – aber richtig!

Vielleicht teilen auch Sie diese Erfahrungen: Nach einem »geruhsamen« Wochenende oder einem Kurzurlaub fühlen Sie sich immer noch gestresst und ausgelaugt. Trotz 8 Stunden Schlaf sind Sie immer noch nicht ausgeruht. Wenn die erhoffte Erholung ausbleibt, dann liegt das oft an einer falschen Vorstellung von Erholung. Allein durch passives Pausieren, so glauben viele, stellt sich die gewünschte und nötige Erholung ein. Die moderne Erholungsforschung aber zeigt, dass wir nicht allein passiv auf Erholung warten müssen, sondern dass wir den Erholungsprozess selbst aktiv gestalten können und müssen, um den gewünschten Erholungseffekt zu erzielen.

Dazu müssen wir wissen, wovon und wozu wir uns eigentlich erholen wollen. **Erholung ist nicht gleich Erholung.** Welche Form der Erholung die richtige ist, hängt davon ab, welche Form der Beanspruchung wir zuvor erlebt haben.

Bitte überlegen Sie einmal:

? Wie fühlen Sie sich nach einem anstrengenden Arbeitstag oder nach einer langen Arbeitswoche?

— **Sie fühlen sich v.a. innerlich unruhig, aufgekratzt, nervös und überreizt?**

Dann geht es für Ihre Erholung vornehmlich darum, zur Ruhe zu finden. Entspannende Aktivitäten, durch die die körperliche und seelische Aktivierung reduziert wird, sind hier der optimale Weg zur Erholung. Beispiele dafür sind systematische Entspannungsübungen, Aufenthalte und Spaziergänge in der Natur, an Orten der Stille, um die Reizüberflutung einzudämmen. Auch sportliche Ausdaueraktivitäten, die mit einem gleichmäßigen Rhythmus über eine längere Zeit ausgeübt werden, können, sofern sie ohne falschen Ehrgeiz und Leistungswillen ausgeübt werden, zur Beruhigung beitragen. Auch das unterhaltsame gesellige Beisammensein mit anderen trägt zur Entspannung bei, vorausgesetzt, es ist nicht mit neuen belastenden Anforderungen (z.B. als Gastgeber) verbunden.

— **Sie fühlen sich v.a. missgelaunt, frustriert und haben einfach die Nase gestrichen voll?**

Dann werden Sie wahrscheinlich in Ihrem Alltag zu einseitig beansprucht. Dann sollten Sie für Ihre Freizeitgestaltung v.a. solche Aktivitäten finden, die geeignet sind, ihre brachliegenden Interessen und Fähigkeiten zu stimulieren und einseitige Beanspruchungen auszugleichen. Wer den ganzen Tag »Kopfarbeit« leistet, braucht als Ausgleich Körpertätigkeit. Wer hingegen in seinem Beruf körperlich stark gefordert ist, sollte in seiner Freizeit eine Beschäftigung wählen, die den Geist anregt. Wer z.B. als Manager oder in einem helfenden Beruf viele Gespräche führen muss und abends selten auf »greifbare« Ergebnisse zurückblicken kann, für den kann ein sinnvoller Ausgleich darin bestehen, etwas mit den Händen zu schaffen, kreativ tätig zu werden.

— **Sie fühlen sich v.a. unausgefüllt, gelangweilt oder unterfordert?**

Sie empfinden in Ihrem beruflichen und privaten Alltag immer weniger positive Herausforderungen? In Ihrem Leben herrscht ein Mangel an lustvollen Spannungszuständen? Dann ist es ratsam, in der Freizeit v.a. etwas Sinnvolles zu tun, sich neue persönliche Herausforderungen zu suchen und neue Erfahrungsfelder zu erschließen. Zum Beispiel, indem Sie beginnen, etwas Neues zu lernen (eine Sportart, ein Musikinstrument, eine Sprache). Auch ehrenamtliches Engagement für eine Idee oder ein Projekt, das Ihnen persönlich wichtig ist, ist ein Weg, die »innere Leere« zu überwinden.

— **Sie fühlen sich v.a. erschöpft, ausgelaugt, einfach nur fix und fertig?**

Dann geht es in der Freizeit v.a. darum, sich auszuruhen und neue Energien zu tanken. Gönnen Sie sich eine Auszeit, in der Sie sich selbst verwöhnen, z.B. durch ein Vollbad, ein Sonnenbad, ein Saunabad. Erlauben Sie sich, einfach einmal »nichts zu tun«, zu dösen und Körper und Seele baumeln zu lassen. Sorgen Sie für ausreichenden und erholsamen Schlaf. Und gönnen Sie sich leckeres und gesundes Essen!

Was auch immer Sie in Ihrer Freizeit unternehmen, für den Erholungswert kommt es entscheidend darauf an, dass Ihre Freizeitaktivitäten tatsächlich ein Gegengewicht zu den Belastungen in Alltag und Beruf schaffen. Freizeitaktivitäten sind dann wirklich erholsam, wenn Sie dabei entspannen und von der Arbeit abschalten können, wenn sie selbstbestimmt sind und Ihnen wirklich Spaß und Freude bereiten. Zeitdruck und Leistungsdenken sind hier in aller Regel ebenso fehl am Platz wie eine Wettbewerbshaltung und Prestigedenken. Erholbare Freizeitaktivitäten sind bestimmt durch die Freude weniger am Ergebnis als am Tun selbst. Ganz wichtig ist auch, dass die Aktivitäten in der Freizeit auf Freiwilligkeit und nicht auf einem Gefühl der Verpflichtung beruhen, um die Freizeit als eigene »freie Zeit«, als »Ich-Zeit«, genießen zu können.

INSTRUMENTELLE STRESSBEWÄLTIGUNG –TAGESPLÄNE erstellen

- Welche Aufgaben fallen **regelmäßig** an?
- Welche Aufgaben kann ich **zusammenfassen**?
- Wieviel **Zeit** nehmen die Aufgaben in Anspruch?
- Welche **Puffer** haben Sie für unvorhergesehenes eingeplant?
- Welche Aktivitäten **muss** ich einplanen (z. B. Arztbesuch, größere Einkäufe, Frisörbesuch?)
- Welche Aktivitäten **möchte** ich einplanen?
- Wo gibt es Freiräume für meine **Mini-Urlaube** und
- die **Pflege meines sozialen Netzwerks**?
- Wer kann mich **unterstützen und entlasten**?
Wie regelmäßig und in welchem Umfang? Was mache ich in der Zeit für mich?

Linkliste: Gesundheitsförderung

Stand 14.12.2023

Anbieter	Beschreibung (Titel)	Link
Themenfeld Bewegung		
Gesund und aktiv älter werden (BZgA)	Unter dem Reiter „Bewegung“: <ul style="list-style-type: none"> - Vorteile von Bewegung - Empfehlungen für Bewegung - Onlineangebote - Kurssuche 	Gesund aktiv älter werden: Bewegung (gesund-aktiv-aelter-werden.de)
Impulsgeber Bewegungsförderung (BZgA)	10 Gründe für Bewegung Außerdem Sammlung von Projekten, als Anregung für die Arbeit vor Ort evtl. interessant	10 gute Gründe für mehr Bewegung - Impulsgeber (gesund-aktiv-aelter-werden.de)
BZgA	„Menschen in Bewegung bringen“ Broschüre mit Bewegungsempfehlungen und Empfehlungen zur Bewegungsförderung für alle Altersklassen	Menschen in Bewegung bringen - BZgA Shop
In Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung (Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung)	Wissen und Empfehlungen für Bewegung, Infomaterial z.B. Broschüre „Gesund Aktiv“	Startseite: IN FORM (in-form.de) Broschüre „Gesund Aktiv“ (Bewegung und Sport in den Alltag einbauen) Gesund aktiv - BZgA Shop
BZgA	„Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ Hintergrundmaterial	Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 03: Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung - BZgA Shop
Themenfeld Schlaf		
Stiftung Gesundheitswissen	Gesunder Schlaf: Wie schlafe ich besser (ein)?	Gesunder Schlaf: Wie schlafe ich besser (ein)? Stiftung Gesundheitswissen (stiftung-gesundheitswissen.de)
Techniker Krankenkasse	„Schlaf gut, Deutschland – TK-Schlafstudie 2017“ Hintergrundmaterial	schlaf-gut-deutschland-data.pdf (tk.de)
Techniker Krankenkasse	„Besser schlafen ohne Stress“, u.a. <ul style="list-style-type: none"> - Schlaf verstehen - Schlafpensum - Besser schlafen 	Besser schlafen ohne Stress Die Techniker (tk.de)

AOK	Verschiedene Infos zum Thema Schlaf	Erholsamer Schlaf (aok.de)
Themenfeld Ernährung		
Gesund und aktiv älter werden (BZgA)	u.a. - wissenswertes zu gesunder Ernährung im Alter - gesunde Koch- und Rezeptideen	Gesund aktiv älter werden: Gesund essen im Alter (gesund-aktiv-aelter-werden.de) Falblatt: Gesund aktiv älter werden: Detailanzeige (gesund-aktiv-aelter-werden.de)
In Form (Gesundheitsministerium)	Wissen und Empfehlungen für Ernährung, Infomaterial z.B. Broschüren Rezepte	Startseite: IN FORM (in-form.de)
Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	Diverse Broschüren / Hefte	„Kompass Ernährung“: BMEL - Publikationen - Kompass Ernährung „Gutes Essen“: BMEL - Publikationen - Gutes Essen - Magazin für Seniorinnen und Senioren
Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.	Ernährungsempfehlungen der DGE Medien z.B. Infolyer i.d.R. kostenpflichtig	Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE DGE
Themenfeld Stress / Entspannung		
Compass private Pflegeberatung	„Gesund bleiben bei der Pflege von Angehörigen“ Broschüre mit Tipps und Übungen für einen achtsamen Umgang mit sich selbst	https://www.pflegeberatung.de/fileadmin/Beratung_und_Planung/Infomaterial/Broschuere_gesund_bleiben_in_der_Pflege.pdf
Techniker Krankenkasse	Broschüren zum Thema „Stress“	https://www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/unternehmen/broschueren-und-mehr/broschuere-stress-2013462
AOK	„Stress im Griff“ Online-Programm der AOK Teilnahme auch für Versicherte anderer Krankenkassen möglich	https://www.stress-im-griff.de/?ecid=51671383781034627901414114016717132483
DAK-Gesundheit	„Gesichtsyoga: Stresspause für dein Gesicht“ Übungen, die u.a. entspannend wirken	https://www.dak.de/dak/gesundheit/koerper-seele/yoga/gesichtsyoga-stresspause-fuer-dein-gesicht_17858#/
AOK	„Atemtherapie – wie Sie mit einfachen Übungen das Atmen entspannen“ Verschiedene Atemübungen zur Entspannung	https://www.aok.de/pk/magazin/wohlbefinden/entspannung/atemtherapie-wie-sie-mit-einfachen-uebungen-das-atmen-entspannen/

Linkliste: Gesundheitsförderung

Stand 14.12.2023

Universität Hamburg	COGITO App: stellt Selbsthilfeübungen für eine Reihe psychischer Probleme bereit. Ziel der App ist die Steigerung des mentalen Wohlbefindens und die Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls sowie der Lebenszufriedenheit.	https://www.uni-hamburg.de/newsroom/forschung/2021/0831-app-cogito.html COGITO im Google Play Store (für Android-Geräte) COGITO im Apple App Store (für iOS-Geräte)
Techniker Krankenkasse	„In 2 Minuten entspannen mit der 5-Finger-Atmung“	Youtube-Video: 2:34 Minuten https://www.youtube.com/watch?v=QT8I4BoiL74
AOK	„Atemübungen: 4-7-8 Atmung für mehr Entspannung“	Youtube-Video: 1:56 Minuten https://www.youtube.com/watch?v=oQTirRQ3DQo
Waltraud Friedrich Systemische Beraterin / Coach	Videos zu verschiedenen Themen, unter anderem mit Atemübungen, z.B.: _ 04 Luft holen (Atemübungen) _ 08 Stimmung heben (Übung zum Lächeln / Embodiment) _ 10 Stress Managen (u.a. Atemübungen)	Youtube-Videos: 1:00 – 4:00 Minuten www.youtube.com/@waltraudfriedrich453/videos
AOK	„Geführte Meditation: Stress abbauen – Tiefenentspannung finden“	Youtube-Video: 19:20 Minuten https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=rz7pUGKD7Tc
BARMER	„Meditieren lernen: mit Kerzenschein für Anfänger“ Erklärung: Was ist Meditation? Was bewirkt Meditation Übung: Teemeditation (ab Minute 5:50) Übung: Kerzenmeditation (ab Minute 8:08)	Youtube-Video: 09:01 Minuten www.youtube.com/watch?app=desktop&v=uxZr06wGsRo&list=PLeNOecfkYRNvCmC_le_95UMv-YyhJh8Rq&index=2
AOK	„PMR für Anfänger – Deine Mitmachübung“	Youtube-Video: 11:41 Minuten www.youtube.com/watch?app=desktop&v=L4LO50m2_Eg
AOK	„Progressive Muskelentspannung im Sitzen – Anleitung zum Mitmachen“	Youtube-Video: 14:48 Minuten www.youtube.com/watch?app=desktop&v=1EWMEPg8ZQk
AOK	„Stressbewältigung – Achtsamkeitsübung: Bodyscan / angeleitete Körperreise“	Youtube-Video: 13:06 Minuten www.youtube.com/watch?app=desktop&v=RLCg4mkhIAg

Curriculum für die Weiterbildung „Case Management für pflegende Angehörige (CMpA)“

Stand: 13.10.2023 (nach Abschlussvalidierung)

Im Rahmen des PuRpA-Modellprojektes 2 wurde neben dem Konzeptrahmen für die Durchführung eines Case Managements für pflegende Angehörige auch ein Curriculum für die Schulung der Bestandsmitarbeiter*innen an den teilnehmenden Modellstandorten entwickelt. Dieses Curriculum wurde anhand der Erkenntnisse aus der Erprobungsphase und der wissenschaftlichen Begleitstudie überarbeitet, anschließend durch 2 Expert*innenkreise validiert und danach finalisiert.

Bei dem vorliegenden Curriculum handelt es sich um das Endergebnis, das als Basis für die Verstetigung eines Weiterbildungsangebotes „Case Management für pflegende Angehörige“ genutzt werden kann.

Zielgruppe

Die Weiterbildung richtet sich an Fachkräfte aus der Pflegeberatung (nach § 7a SGB V) und der sozialen Arbeit mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung, die beratend tätig sind und hier regelmäßig auch pflegende Angehörige beraten.

Für die Teilnahme an der Weiterbildung wird vorausgesetzt, dass in Fortbildungen bereits Kenntnisse und Fertigkeiten in einer wertschätzenden und konstruktiven Kommunikation und Gesprächsführung (im Beratungskontext) erworben wurden.

Ziele der Weiterbildung

In der berufsbegleitenden Weiterbildung zur Case Manager*in für pflegende Angehörige erwerben die Teilnehmenden Kenntnisse über die Zielgruppe „Pflegende Angehörige“, ihre Lebenswelten und Belastungen und wie sie mit Hilfe des Case Management-Verfahrens pflegende Angehörige individuell bei der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheits- und Entlastungszielen unterstützen und begleiten können. Sie erwerben dazu theoretische und praktische Kenntnisse des Case Management-Verfahrens und hilfreicher Beratungs- und Gesprächsführungsmethoden und sie erwerben notwendige Kenntnisse im Bereich Gesundheitsförderung.

Struktur der Weiterbildung

Die Weiterbildung umfasst insgesamt 166 Unterrichtseinheiten (UE) zu je 45 Minuten und setzt sich aus insgesamt 7 Modulen und einem Abschlusstag zusammen. Kooperationspartner für die Module 6 und 7 ist die Unfallkasse NRW.

Hinzu kommen 3 Termine (Fall-) Supervision (insgesamt 18 UE).

Ergänzend können kollegiale Fallberatungstermine von den Teilnehmenden selbst organisiert werden.

Die Module 1-3 sind die Basis-Module der Weiterbildung und vermitteln das nötige Wissen, um im Anschluss bereits Case Management für pflegende Angehörige anbieten zu können. Die weiteren Module vertiefen und ergänzen die bis dahin erworbenen theoretischen und praktischen Kenntnisse.

Lehr- und Lernmethoden:

Die Module sind seminaristisch angelegt, um einen hohen Lerneffekt mit Anregungen zur praktischen Umsetzung des Erlernten zu erzielen. Es wird mit Arbeits- und Lerngruppen gearbeitet, die es den Teilnehmenden ermöglicht, ihre Fragen, praktischen Erfahrungen und eigenen Problemstellungen in den Unterricht einzubringen.

Besonderer Wert wird auf Anschaulichkeit und Einprägsamkeit des zu vermittelnden Stoffes gelegt, daher wird mit viele Übungen und Praxisbeispielen gearbeitet. Folgende Methoden werden eingesetzt:

- Impulsreferate, Theoriearbeit
- Fallbeispiele in Kleingruppen und Plenumsdiskussion
- Training, Rollenspiel, Selbstreflexion
- Kollegiale Beratung an Fallbeispielen
- Supervision im Rahmen interkollegialer Austauschtreffen

KOMPAKTWOCHE (40 UE)

Modul 1 - Einführung in die Thematik (1 Tag - 8 UE)

- Ziele der Weiterbildung, allgemeine Informationen und gegenseitiges Kennenlernen der Teilnehmer*innen
- Zielgruppe „Pflegerische Angehörige“
 - Lebenswelten pflegender Angehöriger und Belastungen
 - Gesundheitliche Auswirkungen häuslicher Pflege
 - Beratungs-/Entlastungs- und Unterstützungsangebote (z.B. Unfallkasse NRW, Krankenkassen)
 - Gesetzliche Grundlagen
- Sinn und Zweck eines Case Managements für pflegende Angehörige (Überleitung zu Modul 2)
 - Begleitung auf dem Weg zur mehr Selbstsorge
 - Entwicklung einer gesunden Pflege-Life-Balance
 - Stärkung des Wohlbefindens und der (psychischen) Gesundheit

Modul 2 - Case Management für pflegende Angehörige (CMpA) (4 Tage - 32 UE)

In dem Modul wird das Handlungskonzept Case Management im Kontext pflegender Angehöriger behandelt. Es beinhaltet: eine Einführung in die Grundlagen des Handlungskonzeptes Care und Case Management und dessen geschichtlichen Ursprung, die Leitprinzipien inklusive der unterschiedlichen Funktionen, Kompetenzen und Rollen im Case Management, die Anwendungsbereiche von Case Management sowie das Phasenmodell auf Einzelfallebene mit den dazugehörigen Instrumenten.

- Care- und Case Management Grundlagen
 - Geschichte, Definition, Anwendungen
 - SGB's und Rechtskreise
 - Rolle, Funktionen und Kompetenzen von Case Manager*innen
 - Regelkreis, Prozessphasen, Fallbearbeitung
 - Vorstellung verschiedener Instrumente
 - Netzwerkarbeit
- Beratungsgrundlagen und Beratungshaltung
 - Beraterische Grundhaltung (Wertschätzung, Empathie, authentische Kommunikation, vorurteilsfreie Akzeptanz und respektvoller Umgang)
 - Anforderungen in der Beratung
 - Reflexion der eigenen Beratungshaltung
- Qualitätskriterien für eine gelingende CMpA-Beratung
- Durchführung Case Management für pflegende Angehörige (CMpA)
 - Die CMpA-Phasen
 - Standardinstrumente und ihre Anwendung
 - FARBE/FARBE-DEM-Fragebogen und Auswertung
 - Netzwerkkarte
 - Liste angenehmer Erlebnisse
 - Unterstützungs-/Entlastungsplan
 - Nachsorgende CMpA-Begleitung im Rahmen stationärer Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahmen
- CMpA in der Praxis – Fallbeispiele und Übungen
- Bildung kollegialer Fallberatungsgruppen für selbstorganisierte Fallberatungstermine

Die Module 1-2 (Kompaktwoche) und das Modul 3 bilden die Basis der Weiterbildung und sollten daher zeitnah aufeinander folgen. Wir empfehlen die Kompaktwoche und das Modul 3 in einem zeitlichen Abstand von ca. zwei Monaten zu planen.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG - KOMPAKT (24 UE)

Modul 3: Gesundheitsförderung im CMpA (3 Tage - 24 UE)

Case Manager*innen für pflegende Angehörige müssen in der Lage sein, Wissen über einen gesunden Lebensstil und die Stärkung von Selbstsorge zu vermitteln und pflegende Angehörige bei der Umsetzung niederschwelliger gesundheitsfördernder Maßnahmen anzuleiten. Dazu benötigen sie das notwendige Wissen und die Fertigkeiten.

- Bedeutung von Gesundheitsförderung im CMpA
- Gesundheitsressourcen erkennen und stärken
- Was gehört zu einem gesunden Lebensstil
 - Bewegung und gesunde Ernährung
 - Erholsamer Schlaf
 - Mentales Wohlbefinden
 - Sozialkontakte
- Umgang mit Stress und Stärkung der Selbstsorge
 - Stress und Stressauslöser / akuter vs. chronischer Stress
 - Den eigenen Stress erkennen, wahrnehmen
 - Chronischem Stress entgegenwirken
 - Achtsamer Umgang mit sich selbst
 - Niederschwellige Instrumente und Techniken für mehr Entspannung und Entlastung
- Praktische Umsetzung von Gesundheitsförderung im CMpA – Beispiele und Übungen
- Selbstsorge im Beratungskontext – eigene Psychohygiene

Im Anschluss an das Modul 3 können die Teilnehmenden in die CMpA-Beratung einsteigen, da sie die notwendigen Basiskenntnisse erworben und das CMpA-Verfahren eingeübt haben und die vorgesehenen Standard-Instrumente und Methoden anwenden können.

Termin 1 – (Fall-) Supervision (6 UE)

In zeitlichem Abstand von ca. 8 Wochen zu Modul 3 wird ein Supervisionstermin zur Reflexion und Besprechung der ersten Beratungsfälle geplant.

STÄRKUNG DER BERATUNGSKOMPETENZ - KOMPAKT (3 Tage - 24 UE)

Modul 4 – Lösungs- und ressourcenorientierte Begleitung im CMpA (1 Tag - 8 UE)

Oftmals stecken pflegende Angehörige, aber auch man selbst als Berater*in, in der Problembetrachtung fest und findet keine Lösung, keinen Weg hin zur Veränderung der Situation. Lösungsorientierte Methoden helfen dabei, Probleme aktiv anzugehen, sich erwünschte Zustände zu vergegenwärtigen und die eigenen Ressourcen für die Zielerreichung zu erkennen und zu nutzen.

- Lösungsorientiertes Denken und Handeln
- Zielsetzung und Ressourcenorientierung
- Lösungsorientierte Interventionen und Fragetechniken
- Anwendung der Lösungsorientierung - Fallbeispiele und Übungen

Modul 5 - Motivierende Gesprächsführung (2 Tage - 16 UE)

Unterstützungsprozesse im CMpA können nur gelingen, wenn pflegende Angehörige motiviert mitarbeiten. Häufig stehen dabei aber Ambivalenzen, Überforderungen und fehlendes Vertrauen in die eigenen Kräfte im Weg. Motivierende Gesprächsführung appelliert an die Selbsthilfekräfte und baut Widerstände ab und die pflegenden Angehörigen werden darin bestärkt, sich auf Veränderungen einzulassen und Unterstützungsangebote anzunehmen. Dabei steht stets der Respekt ihnen gegenüber und das Arbeiten auf Augenhöhe im Fokus.

- Grundhaltung und Prinzipien
- Motivation und Veränderungsprozesse
- Auseinandersetzung mit Ambivalenzen
- Förderung eines Ressourcen- und Stärkenbewusstseins
- Unterstützung von Lösungsschritten
- Anwendung der motivierenden Gesprächsführung im CMpA – Fallbeispiele und Übungen

Termin 2 – (Fall-) Supervision (6 UE)

In zeitlichem Abstand von ca. 8 Wochen zur Einheit „Stärkung der Beratungskompetenz – Kompakt“ wird ein zweiter Supervisionstermin zur Reflexion und Fallbesprechung geplant.

In Kooperation mit der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen werden die Module 6 und 7 im Rahmen der CMpA-Weiterbildung angeboten. Hier können bereits erworbene Kenntnisse gefestigt und neue Kenntnisse und Fertigkeiten erworben werden.

Modul 6 – UK NRW (3 Tage - 24 UE)

Beim Pflegen gesund bleiben – Grundseminar zum Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegender

Die Gesundheit der pflegenden Angehörigen soll durch präventive Maßnahmen in den Bereichen Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren geschützt werden. Das Grundseminar „Beim Pflegen gesund bleiben“ ist das erste von drei Seminaren der Unfallkasse NRW zum Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige.

Ein besonderes Augenmerk wird auf die Haltung der Beratenden gegenüber pflegenden Angehörigen und somit auf die Wertschätzung ihnen gegenüber gelegt. Weiterhin wird auf die Organisation der häuslichen Pflege mittels individueller Netzwerke und Tagespläne, die den Alltag strukturieren eingegangen. Dadurch erhalten pflegende Angehörige mehr Sicherheit und können Verantwortung abgeben.

Mit den Themen rund um Gesundheitsschutz und Selbstsorge, die mit fachlichen Modellen und Theorien zum tieferen Verständnis der Beratenden hinterlegt sind, wird die Grundlage für eine funktionierende häusliche Pflege gelegt.

Seminarinhalt

- Überblick über die gesetzliche Unfallversicherung und Handlungsfelder der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
- Die „Pflegeunfallversicherung“
- Wegweiser zur eigenen Mitte (Arbeitsorganisation, Entlastungs- und Hilfsangebote)
- Stressbewältigung (Schnupperkurs: Autogenes Training und andere Entspannungstechniken)
- Anwendung kleiner Hilfsmittel
- Kinästhetik für nicht erwerbsmäßig Pflegende
- Gefährdungen und Schutzmöglichkeiten in der häuslichen Pflege
- Mein individuelles Netzwerk

Dieses Seminar der Unfallkasse NRW ist für Berater*innen relevant, die in ihrem beruflichen Kontext zusätzlich in der Angehörigenarbeit/-beratung für pflegende Angehörige tätig sind.

Termin 3 – (Fall) Supervision (6 UE)

In zeitlichem Abstand von ca. 8 Wochen zum Modul 6 wird ein dritter Supervisionstermin zur Reflexion und Fallbesprechung geplant.

Die Unfallkasse bietet für die Teilnehmenden ihrer Seminare zusätzlich Reflexionstreffen an.

Modul 7 - UK NRW (6 Tage - 48 UE)**Familienmoderation / Konfliktmoderation im Rahmen von Pflegebedürftigkeit**

Die Pflegesituationen in häuslichen Settings sind vielschichtig. Sie bestehen nicht aus dem Pflegebedürftigen und dem pflegenden Angehörigen in einem „luftleeren Raum“, sondern vielfältige Faktoren und Personen nehmen Einfluss. Im Rahmen des Gesundheitsschutzes pflegender Angehöriger fanden bisher familiäre Konflikte, die in Pflegesituationen eine Rolle spielen, wenig Beachtung. Diese nehmen jedoch einen großen Einfluss auf eine adäquate Regelung des Versorgungssettings und somit auf die Belastung pflegender Angehöriger.

Konflikthafte Situationen können entstehen, wenn ein Familienangehöriger, zumeist Ehefrauen und (Schwieger-) Töchter, in die Situation hinein“rutscht“ und zur Hauptpflegeperson wird, ohne sich dafür bewusst entschieden zu haben und ohne, dass andere Möglichkeiten ausgelotet wurden. Auch wenn ein Angehöriger über die Maße belastet wird, anstatt die Verantwortlichkeiten auf mehrere Familienmitglieder zu verteilen, bietet das „Zündstoff“. Zudem können alte Konflikte aufbrechen, beispielsweise unter Geschwistern, wenn ein Elternteil pflegebedürftig wird.

Case Manager*innen für pflegende Angehörige können in verschiedenster Weise mit familiären Konflikten konfrontiert werden und erhalten in dieser Qualifizierungsmaßnahme mit Bezug zur häuslichen Pflege die Möglichkeit, Kompetenzen speziell zum Umgang mit solchen Konflikten zu erwerben.

Seminarinhalt:

Teil 1	
Tag 1 <ul style="list-style-type: none"> • Einführung und Organisatorisches • Wie funktionieren Familien? • Elemente eines Familiengesprächs • Systemische Instrumente • Die Rolle von Beratenden in der Familie 	Tag 2 <ul style="list-style-type: none"> • Beruflicher Werdegang und derzeitige berufliche Tätigkeit • Definition Abgrenzung • Herkunft - meine Familiengeschichte.... • Werte und Normvorstellungen • Der Umgang mit Krankheit in meiner Familie • Transaktionsanalyse
Teil 2	
Tag 1 <ul style="list-style-type: none"> • Gesprächserfahrungen Feldtagebücher • Phasen im Lebenszyklus der Familie • Typen familiärer Kommunikation • Merkmale dysfunktionaler Familien • Rollenspiele 	Tag 2 <ul style="list-style-type: none"> • Beratungs- und Moderationstechniken • Systemische Fragetechniken • Gesundheitsfördernde Potentiale • Rollenspiele
Teil 3	
Tag 1 <ul style="list-style-type: none"> • Zirkuläres Fragen • Berichte aus der praktischen Arbeit • Beratungs- und Moderationstechniken • Genogrammarbeit • Familienaufstellungen • Familienbrett • Rollenspiele 	Tag 2 <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfördernde Potentiale • Grenzen und Kompetenzen in der Beratertätigkeit • Rollenspiele • Zusammenfassung der drei Seminarblöcke • Evaluation/Abschluss

Abschluss und Reflexion der Weiterbildung (1 Tag – 6 UE)

In diesem letzten Teil der Weiterbildung zur Case Manager*in für pflegende Angehörige wird gemeinsam mit den Teilnehmenden nochmal ein Blick zurück auf den Verlauf und die Inhalte der Weiterbildung geworfen.

- Die Teilnehmenden reflektieren, was sie in der Weiterbildung gelernt haben und wie sie die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Praxis angewendet haben, was dabei besonders hilfreich war und was ihnen ggf. noch gefehlt hat.
- Die Reflexion wird durch die Besprechung von Fallbeispielen aus der CMpA-Praxis unterstützt.
- Evaluationsbögen zur Weiterbildung werden an die Teilnehmenden ausgegeben.
- Die Teilnehmenden erhalten ein Weiterbildungs-Zertifikat.

LERNZIELE

Innerhalb der Weiterbildung werden folgende Lernziele angestrebt:

Modul 1 – Einführung in die Thematik

Die Teilnehmenden...

- wissen wer zur Gruppe der pflegenden Angehörigen zählt und wie vielfältig ihre Lebenswelten sind,
- kennen die Belastungen pflegender Angehöriger und die Auswirkung auf ihre Gesundheit,
- kennen gesetzliche Grundlagen und Entlastungsansprüche/-möglichkeiten,
- wissen, was Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige beinhaltet,
- wissen, was die Zielsetzung eines Case Managements für pflegende Angehörige ist

Modul 2 - Case Management für pflegende Angehörige (CMpA)

Die Teilnehmenden...

- wissen, was das Handlungskonzept Care und Case Management beinhaltet,
- setzen sich mit der Beraterischen Grundhaltung im CMpA auseinander und reflektieren ihre eigene Beratungshaltung,
- kennen die Anforderungen einer CMpA-Beratung und Begleitung
- kennen die Qualitätskriterien für eine gelingende CMpA-Beratung und reflektieren ihre diesbezüglichen Kompetenzen,
- sind in der Lage eine CMpA-Beratung anhand der Phasen und mit den vorgesehenen Instrumenten zu planen und zielgruppengerecht durchzuführen

Modul 3 - Gesundheitsförderung im CMpA

Die Teilnehmenden...

- wissen was Gesundheitsförderung im Rahmen von CMpA bedeutet,
- kennen Ressourcen, die für den Erhalt von Gesundheit wichtig sind,
- Wissen was einen gesunden Lebensstil ausmacht und können dieses Wissen weitergeben,
- sind in der Lage, Gesundheitsziele (gemeinsam mit Klient*innen) zu entwickeln und zu formulieren,
- wissen wie Stress entsteht und kennen seine Auswirkungen,
- setzen sich mit dem eigenen Stresserleben auseinander,
- wissen wie man chronischem Stress entgegenwirken kann,
- erfahren was achtsamer Umgang mit sich selbst bedeutet und können Achtsamkeitsübungen anwenden,
- kennen niederschwellige Instrumente und Techniken zur Entspannung und Belastungsreduktion und können diese anwenden

Modul 4 - Lösungs- und ressourcenorientierte Begleitung im CMpA

Die Teilnehmenden...

- wissen was lösungsorientiertes Denken und Handeln bedeutet und beinhaltet,
- können pflegende Angehörige dabei unterstützen, ihre Ressourcen zu erkennen und Lösungen für sich zu entwickeln und entsprechende Ziele zu formulieren,
- kennen lösungsorientierte Interventionen und Fragetechniken und können diese anwenden.

Modul 5 - Motivierende Gesprächsführung

Die Teilnehmenden...

- wissen was motivierenden Gesprächsführung bedeutet und beinhaltet,
- können die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung in der CMpA-Beratung anwenden,
- kennen die grundlegenden Kommunikationstechniken der motivierenden Gesprächsführung und können diese gezielt im Gespräch anwenden.

Module der Unfallkasse NRW

Die unten aufgeführten Lernziele sind nur beispielhaft zu sehen. Je nach Kenntnisstand, Persönlichkeit, Erfahrungen etc. der Teilnehmenden werden sie in jedem Kurs teilnehmerorientiert individuell gesetzt.

Modul 6 - Beim Pflegen gesund bleiben

Die Teilnehmenden...

- kennen die Aufgaben der Unfallversicherungsträger und können nicht erwerbsmäßig tätige Pflegende über die Pflegeunfallversicherung informieren und deren Leistungen erläutern,
- kennen die besondere Lebenssituation von pflegenden Angehörigen und haben sich mit den individuellen Faktoren, die die Übernahme der Pflege beeinflussen können, auseinandergesetzt,
- reflektieren ihre eigene Haltung zu pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen,
- können Belastungen in der häuslichen Pflege erkennen und pflegende Angehörige über Maßnahmen zur Belastungsreduktion und zum Gesundheitsschutz beraten, wie z.B.
 - Anwendung von Pflegehilfsmitteln und gesundheitsgerechtes Pflegen (Kinästhetik)
 - Gesundheitsgerechte Organisation der häuslichen Pflege
 - Methoden zur Stressbewältigung und Stärkung der Selbstsorge

(Wahl-) Modul 7 - Familienmoderation/Konfliktmoderation im Rahmen von Pflegebedürftigkeit

Die Teilnehmenden...

- wissen wie Familien funktionieren und kennen die Merkmale dysfunktionaler Familien,
- können Konflikte in Familien erkennen und adäquat verbalisieren,
- kennen die Elemente eines Familiengesprächs und ihre Rolle als Berater*in in der Familie und haben ihre persönlichen Kompetenzen und Grenzen zur Konfliktbewältigung reflektiert,
- erlangen Kenntnisse bzgl. des systemischen Ansatzes und Denkens und lernen systemische Instrumente kennen und können sie im Rahmen einer Familienmoderation anwenden,
- können Grenzsituationen in der Konfliktmoderation erkennen und damit umgehen,
- können pflegende Angehörige zur Selbstreflexion über den eigenen Gesundheitsschutz anregen und entsprechende Moderationsziele mit ihnen erarbeiten.

Anlage II - PuRpA-2 Projektbericht

Codierung FBMPZXX001

Alter	
X	18 - 29
	30 - 59
	60 +

Leistungsdokumentation der Case Managerin/ des Case Managers																			
CM-Phase	Datum	CM Tätigkeit	Medium/Ort	Inhalt/Zielsetzung	Dokumentation	Instrument CM 1	Instrument CM 2	Instrument CM 3	Instrument CM 4	Instrument Stressbewältigung und Resilienzförderung 1	Instrument Stressbewältigung und Resilienzförderung 2	Instrument Stressbewältigung und Resilienzförderung 3	Instrument Stressbewältigung und Resilienzförderung 4	Weitervermittlung an (z.B. Kurberatung)	Benötigte Zeit CM Tätigkeit in Minuten	Hinfahrt in Kilometern (Hälfte bei vorherigen Termin)	Rückfahrt in Kilometern (Hälfte bei Folgetermin)	Sonstige Aufwendungen/ Kosten in EUR	Bemerkungen
Intake	24.05.2022	Terminvereinbarung	Telefonisch	Erstkontakt; Klärung Beratungsanlass; Information											10	0	0		
	24.05.2022	Dokumentation	Büro	Erfassung aller relevanten Daten	Kontaktdatenbank										10	0	0		
Assessment	31.05.2022	Erstgespräch	Büro	Kennenlernen, Situations Einschätzung Beziehungsaufbau, Bedürfnis- und Ressourcenklärung	Datenschutzerklärung	Netzwerkarte	FARBE			Liste angenehmer Erlebnisse					90	0	0		
	31.05.2022	Recherche	Büro	Weiterer Beziehungsaufbau, Bedürfnis- und Ressourcenklärung, Beratung und Unterstützung	Leistungsdokumentation	Netzwerkarte									20	0	0		
Assessment	07.06.2022	Beratung	Häuslichkeit	Ressourcenklärung, Beratung und Unterstützung	Leistungsdokumentation	FARBE	Netzwerkarte	PELZ		Liste angenehmer Erlebnisse					110	5	5		Verpflegung / 6 Euro
	07.06.2022	Dokumentation	Büro	Erfassung aller relevanten Daten	Leistungsdokumentation										15	0	0		
	08.06.2022	Recherche	Büro	Recherche zu Entlastungsmöglichkeiten											20	0	0		
Planung	15.06.2022	Beratung	Häuslichkeit	Zieldefinition, Partizipative Erstellung Unterstützungsplan	Leistungsdokumentation	Netzwerkarte	FARBE	Unterstützungsplan		Liste angenehmer Erlebnisse	Mood-Meter	Tagespläne		Selbsthilfegruppe	90	5	2,5		
	15.06.2022	Dokumentation	Büro	Erfassung aller relevanten Daten	Leistungsdokumentation	Unterstützungsplan									15	0	0		
	17.07.2022	Organisation	Büro	Einladung zur Familienmoderation		Netzwerkarte									15	0	0		Material/ 4 Euro
Planung	23.06.2022	Beratung	Häuslichkeit	Durchführung einer Familienmoderation und Anpassung des Unterstützungsplans	Leistungsdokumentation	Netzwerkarte	Unterstützungsplan			Liste angenehmer Erlebnisse	Mood-Meter				60	5	5		
Linking	30.06.2022	Beratung	Häuslichkeit	Umsetzung des Unterstützungsplans	Leistungsdokumentation	Unterstützungsplan	Netzwerkarte	FARBE		Liste angenehmer Erlebnisse					30	2,5	0		
	30.06.2022	Anleitung	Häuslichkeit	Einübung Entspannungstechniken und Methoden	Leistungsdokumentation	Unterstützungsplan				4711	Pos. Tagesrückblick	Mini-Urlaube		Sportkurs	40	0	5		
	30.06.2022	Dokumentation	Büro	Erfassung aller relevanten Daten	Leistungsdokumentation										15	0	0		
Monitoring	22.07.2022	Beratung	Videokonferenz	Abgleich Durchführung der Maßnahmen, Zielerreichung	Leistungsdokumentation	Unterstützungsplan	Netzwerkarte			Mood-Meter	Tagespläne	Strategien gegen Grübeln			45	0	0		
	22.07.2022	Organisation	Büro	Organisation weiterer Entlastungsmöglichkeiten	Leistungsdokumentation	Unterstützungsplan									20	0	0		
	22.07.2022	Dokumentation	Büro	Erfassung aller relevanten Daten	Leistungsdokumentation										15	0	0		
Evaluation	29.07.2022	Abschlussgespräch	Telefonisch	Abschließende Bewertung des Gesamtprozesses	Leistungsdokumentation	Unterstützungsplan	Netzwerkarte			Quart-A-Strategie					20	0	0		
	29.07.2022	Dokumentation	Büro	Abschließende Dokumentation aller relevanten Daten	Kontaktdatenbank										10	0	0		



Modellprojekt 2



Curriculum

für die Pilot-Weiterbildung

Case Management für pflegende Angehörige

Basis-Module 1 - 4 / 46 UE

Fresh-Up-Modul / 8 UE

Wahlmodul 1 - Familienmoderation / 48 UE

Wahlmodul 2 - Beim Pflegen gesund bleiben / 24 UE

in Kooperation mit der



Uhrzeit	Zuständigkeit	Themen	Materialien
10.00	Moderator*in (Projektleitung PuRpA 2)	<p>Begrüßung und Einstieg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Willkommen zur Schulung • Vorstellungsrunde des Projektteams • Ausblick auf das Verbundvorhaben & die Schulung • Heutige Agenda • Kurzvorstellung der Dozent*innen 	ppt
10.25	Teilnehmer*innen (TN)	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Teilnehmenden (Name, Arbeitsstandort, derzeitige Arbeitsfunktion, Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen) 	
11.00	Moderator*in TN	<ul style="list-style-type: none"> • Abfrage der Erwartungen der Teilnehmenden: 	Tool Padlet bei Online-Veranstaltung
11.20	PAUSE		
11.30	Moderator*in	<ul style="list-style-type: none"> • Moderation und „zurückholen“ aus der Pause • Überleitung zum Thema Pflegende Angehörige 	Video (Angehörigenfilm aus Familiencoach Pflege AOK) https://pflege.aok.de/menue/mediathek/
11.40	Dozentin Frau Otto	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung der Zielgruppe Pflegender Angehöriger (pA): Zahlen, Daten, Fakten • Anriss des Themas Pflegebedürftiger • Beachtung verschiedener Lebensalter von pA • Wünsche, Bedarfe von pA • Ausblick auf gesetzliche Grundlagen 	ppt
12.15	45 Min PAUSE		
13.00	Energizer nach der Pause		

Uhrzeit	Zuständigkeit	Themen	Materialien
13.10	Moderator*in	Beratungs-/Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pA (z.B. Regionalbüros, Alter, Pflege und Demenz; Kurberatung für pA; Tagespflege; SHG; Gesundheitskurse; etc.)	Interaktive Sammlung im Plenum
13.20		Gruppenarbeit Welche Netzwerkstrukturen/Akteure kennen Sie und mit welchen arbeiten Sie derzeit schon zusammen? <ul style="list-style-type: none"> • Unterscheidung in der Beratung von pA im ländlichen und urbanen Raum 	3 Kleingruppen ca. 15min Zeit in der Gruppe Ergebnisse festhalten (z.B. Flip-Chart) Kurzpräsentation im Anschluss
13.40		Vorstellung der Gruppenarbeiten – <ul style="list-style-type: none"> • Darstellung der derzeitigen Vernetzung der Berater*innen 	pro Kleingruppe ca. 3 Min
13.50		Zusammenfassung der Erkenntnisse	Verweis auf KDA Tabelle
14.00	PAUSE		
14.10	Dozentin Frau Hiob	Vorstellung stationärer Vorsorge Angebote für pA: Landhaus Fernblick in Winterberg und Gesundheitszentrum Altastenberg	ppt
14.30	Dozentin Frau Otto	Kurzvorstellung "Kurberatung für pflegende Angehörige"	ppt
14.40	Moderator*in	Vorstellung des Verbundvorhabens PuRpA sowie des Modellprojektes 2 "Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige" Kurzvorstellung weiterer Projekte mit Relevanz für pA, z.B. Regionale OWL/SWF Verdeutlichung der Schnittstellen zu einem CM für pflegende Angehörige und welche Rolle dabei Case Manager*innen spielen	ppt
15.00	PAUSE		

Uhrzeit	Zuständigkeit	Themen	Materialien
Themenblock: Gesundheitsprogramme für pA			
15.10	Moderator*in	BARMER: „ich pflege auch mich“ bzw. „Pause“	Youtube-Video: https://www.youtube.com/watch?v=jF7avls815o
15.20	Dozent Herr Dr. Hetzel	Vortrag über Gesundheitsprogramme für pA Vorstellung bestehender Angebote der Kostenträger	ppt
16.00	Dr. Hetzel, Moderator*in	Austausch mit den Teilnehmer*innen	
16.15	Moderator*in	„Einführungsfilm Familiencoach Pflege AOK“ Stoffsammlung von weiteren Angeboten der Kostenträger (digitale Angebote für pA, Verweis auf Angebote der DRV, UK NRW, etc.)	Video https://pflege.aok.de/einstieg/einfuehrungsfilm/
16.30	Moderator*in	Abschluss: <ul style="list-style-type: none"> • Reflexion des ersten Tages • Haben Sie noch Fragen? • Ausblick • Verabschiedung 	Mentimeter
17.00	Ende		

Tag 1: 09.00-17.00					
Zeit	Input/Thema	Ziel/ Kompetenzen	Inhalt: Was wird gemacht?	Methode (Material)	Wer macht es
09.00 -10.30	Grundlagen des Handlungskonzept Care & Case Management	Klärung der Wissensstände der Teilnehmer*innen (TN) zum CCM und Analogisierung dieser	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen des Handlungskonzeptes Care & Case Management - Teil 1 - Geschichte, Definition, Anwendungen • Übung: Murmelgruppen, Erkenntnisse und Herausforderungen 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 4 - 13	Frank Schuster Teilnehmer:innen
10.30-10.45			Pause		
10.45-11.30	Grundlagen des Handlungskonzept Care & Case Management	Klärung der Wissensstände der TN zum CCM und Analogisierung dieser	<ul style="list-style-type: none"> • SGB's und Rechtskreise – Grundlagen Teil 2 • Übung: Murmelgruppen, Erkenntnisse und Herausforderungen 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 15 - 22	Frank Schuster Teilnehmer:innen
11.30 -12.15			<ul style="list-style-type: none"> • Rolle, Funktionen und Kompetenzen von Case Manager:innen – Grundlagen Teil 3 	Input: PPT Interaktion via ZOOM Folien: 23 - 32	Frank Schuster Teilnehmer:innen
12.15-13.00			Mittagspause		
13.00 –13.45	Grundlagen des Handlungskonzept Care & Case Management	Klärung der Wissensstände der TN zum CCM und Analogisierung dieser	<ul style="list-style-type: none"> • Rolle, Funktionen und Kompetenzen von Case Manager:innen – Grundlagen Teil 3 • Übung: Murmelgruppen, Kompetenzen im Umgang mit der Zielgruppe pflegender Angehöriger 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 34 - 41	Frank Schuster Teilnehmer:innen
13.45- 14.30			<ul style="list-style-type: none"> • Regelkreis, Prozessphasen, Fallbearbeitung, Instrumentenkoffer – Teil 4 • Übung: Gruppenarbeit RUCKSACKBILD 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 42 - 48	Frank Schuster Teilnehmer:innen
14.30-14.45			Kaffeepause		
14.45-16.15	Grundlagen des Handlungskonzept Care & Case Management	Klärung der Wissensstände der Teilnehmer*innen zum CCM und Analogisierung dieser	<ul style="list-style-type: none"> • Regelkreis, Prozessphasen, Fallbearbeitung, Instrumentenkoffer – Teil 4 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 50 - 60	Frank Schuster Teilnehmer:innen
16.15 -17.00	Abschluss des Tages	Reflexion des Tages	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Satz Feedback 		Zu Zweit

Tag 2: 09.00-17.00					
Zeit	Input/Thema	Ziel/ Kompetenzen	Inhalt: Was wird gemacht?	Methode (Material)	Wer macht es
9.00-10.30	Case Management Beratung – ein Einstieg...	TN bekommen einen Einblick in das Konzept der Beratung von Angehörigen im Case Management	<ul style="list-style-type: none"> • Grundannahmen der Beratung • Haltung in der Beratung • Anforderungen in der Beratung • Ressourcenorientierung, Lösungsorientierung, Empowerment in der Angehörigenberatung 	Input: PPT Interaktion via ZOOM Folien: 62 - 77	Frank Schuster Teilnehmer:innen
10.30-10.45			Kaffeepause		
10.45- 12.15	Case Management Methodenkoffer – CM Phasen & Instrumente & Anwendung	TN lernen anhand von eigenen Fallbeispielen die Anwendung der PuRpA Instrumente systematisch auf der Grundlage des CM Regelkreises	<ul style="list-style-type: none"> • Die Phasen des Intake und Assessment werden vorgestellt. • Übung: Kriterien für den Einsatz von CM – Fallbezogen. • Übung: Rollenspiel, Assessment 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 79 - 85	Frank Schuster Teilnehmer:innen
12.15-13.00			Mittagspause		
13.00-14.30	Case Management Methodenkoffer – CM Phasen & Instrumente & Anwendung	TN lernen anhand von eigenen Fallbeispielen die Anwendung der PuRpA Instrumente systematisch auf der Grundlage des CM Regelkreises	<ul style="list-style-type: none"> • Die Phase der Serviceplanung wird vorgestellt. • Übung: Rollenspiel, Unterstützungsplanung 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 87 - 92	Frank Schuster Teilnehmer:innen
14.30-14.45			Kaffeepause		
14.45-16.15	Case Management Methodenkoffer – CM Phasen & Instrumente & Anwendung	TN lernen anhand von eigenen Fallbeispielen die Anwendung der PuRpA Instrumente systematisch auf der Grundlage des CM Regelkreises	<ul style="list-style-type: none"> • Die Phasen des Linkings, Monitorings und der Evaluation werden vorgestellt. • Übung: Linking 	Input: PPT Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 94 - 104	Frank Schuster Teilnehmer:innen
16.15-17.00	Seminarreflexion	mein persönliches Resümee der beiden Tage	Feedback	Interaktion	Frank Schuster Teilnehmer:innen

Leitfaden für die Trainingseinheit - Susanne Fischer, InVerte:

- Motivierende Gesprächsführung,
- Ansätze ressourcenorientiertes Coaching und Empowerment
- Konfliktmanagement/Umgang mit Krisensituationen



Zeit	Thema	Methode	Lernerfolg
9:30 – 11.00 Uhr	Einstieg	Vorstellungsrunde	Kennenlernen
	1. Motivierende Gesprächsführung (MI)		
	Motivierende Gesprächsführung Instrumente zur Umsetzung von MI Transfer auf die Anwendung im CM Aktives Zuhören Fragetechniken im Rahmen der MI	Erste Übung: MI PPT Vortrag: MI Diskussionsrunde/Klärung Fragen PPT Info: Aktives Zuhören Gr.: Aktives Zuhören üben Erfahrungsberichte Gr. im Plenum PPT Info: Fragetechniken MI Gr.: Fragetechniken üben Erfahrungsbericht Gr. im Plenum	Sensibilisierung der TN für die Thematik Kennenlernen MI Vertiefung der Thematik MI TN kennen Methoden des MI und die Einsatzmöglichkeiten im Rahmen des CM Aktives Zuhören anwenden können Fragetechniken MI anwenden können
11:00	Pause 15 Min.		
11.15 – 12.45 Uhr	MI - Weitere Methoden/ Kernkompetenzen	PPT Info: weitere Methoden zur Umsetzung MI Diskussionsrunde/Klärung Fragen	TN kennen weitere Methoden/Kernkompetenzen des MI und können diese im Rahmen des CM einsetzen
	2. Ressourcenorientiertes Coaching und Empowerment (RC)		

Zeit	Thema	Methode	Lernerfolg
11.15 – 12.45 Uhr	Ressourcenorientiertes Coaching nach dem Züricher Modell (ZRM) Empowerment im Coaching-Kontext	PPT Vortrag: RC Diskussionsrunde/Klärung Fragen PPT Info: Empowerment	Kennenlernen RC Vertiefung der Thematik RC TN können die Bedeutung von Empowerment im Kontext des CM erkennen
	Transfer des Modells ZRM, Möglichkeiten der Methode im CM	Gr.: RC Methoden auf den Anwendungsbereich des CM übertragen Erfahrungsbericht Gr. im Plenum	TN kennen Methoden des RC zur Anwendung im CM TN kennen Handlungsoptionen des RC zur Anwendung im Rahmen des CM
	3. Konfliktmanagement/Umgang mit Krisen		
	Konfliktformen Äußere Konflikte, Innere Konflikte Krisensituationen Konfliktmanagement im Rahmen des CM	PPT Vortrag: Konfliktformen Diskussionsrunde/Klärung Fragen Gr.: Lösungsorientiert handeln in Konflikt- und Krisensituationen, was heißt das für die CM? Erfahrungsbericht Gr. im Plenum	Kennenlernen Konfliktformen Vertiefung der Thematik Konfliktmanagement TN kennen Ansatzpunkte und Methoden zum Umgang mit Konflikten und Krisensituationen im Rahmen des CM
12:45	45 Min. Mittagspause		
13:30	15 Min. Refresher		
	4. Reflexion und Zusammenfassung		
13.45 - 14.30 Uhr	Zusammenfassung Methodenkoffer packen Eine Methode zur Anwendung für die Themen 1. – 3. : Ich-Botschaften	Diskussionsrunde und Sammlung der Themeninhalte und Methoden PPT Info: Ich-Botschaften Plenum: Ich-Botschaften üben	Reflexion/Verinnerlichung der Lerninhalte, Methodenkoffer füllen Ich-Botschaften anwenden können – Aufnahme in den Methodenkoffer
14.30 Uhr	Abschlussrunde Ende der Veranstaltung		
Abkürzungen: CM - Case Management/Case Managerin für pflegende Angehörige Gr. - Gruppenarbeit MI - Motivational Interviewing - Motivierende Gesprächsführung PA - Pflegende Angehörige RC - Ressourcenorientiertes Coaching TN - Teilnehmer*innen			

Leitfaden für die Trainingseinheit: Einblick in die Familienmoderation - Dozent: Martin Schieron, Dipl. Pflegewissenschaftler (FH)

90 Min-Einheit	Dauer	Thema/Inhalt	Medium/Methode
14:30	5 Min.	Begrüßung , Vorstellung, Thema	Plenumsgespräch
14:35	10 Min.	Einstieg - Fragen: <ul style="list-style-type: none"> • Wer von Ihnen hat schon Familiengespräche geführt / Familienmoderationen durchgeführt? • Herausforderungen? • Haben Sie dazu Weiterbildungen besucht? 	Plenumsgespräch Flipchart
14:45	10 Min.	Grundsätzliches zur Moderation <ul style="list-style-type: none"> • Einordnung in der Reihe der Interventionsformen • Grundsätze 	Vortrag - ppt Folien 3-7 Gespräch Handout „Interventionsformen“
14:55	25 Min.	Grundsätzliches zur (pflegenden) Familie <ul style="list-style-type: none"> • familientheoretische Aspekte, die für die pflegende Familie bedeutsam sind • Beispiele: Konstellationen von Pflege und ihre Besonderheiten 	Vortrag - ppt Folien 8-13 Gespräch
15:20	15 Min.	Pause	
15:35	10 Min.	Grundsätzliches zur Familienmoderation <ul style="list-style-type: none"> • Settings • Bedarfe 	Plenumsgespräch ppt - Folie 14
15:45	25 Min.	Aufgaben der klassischen Moderation und ihre Anwendung in der Familienmoderation <ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben • Anwendung auf die pflegende Familie 	Plenumsgespräch ppt - Folien 15-18 Handout „von Kanitz Moderationsaufgaben“
16:10	5 Min.	Abschluss	Plenumsgespräch ppt - Folien 19-21

TAG 1

Zeit	Thema / Inhalt / Leitfragen	Methoden / Arbeitsformen	Lernziele	Medien
09:00	Transparenzphase: Begrüßen, Kennenlernen, Klären von Erwartungen und Befürchtungen, Vorstellung der Agenda	Begrüßung und Kurzvorstellung durch Trainerin, Kennenlernrunde mittels Leitfragen. Klären von Erwartungen, Befürchtungen und Vorerfahrungen mittels Skulpturarbeit und Murrelgruppen, Vorstellung der Ziele und Agenda	Die Teilnehmer*innen (TN) lernen die Trainerin und sich untereinander kennen. Die TN äußern ihre Erwartungen und Befürchtungen hinsichtlich des Themas und bekommen so die Möglichkeit, das Training aktiv mitzugestalten. Die TN kennen den groben Ablauf des Trainings und erhalten eine erste Orientierung über die folgenden 2 Trainingstage	ppt.
10:00	Einstieg ins Thema: Psychoedukation: Stress - was ist das eigentlich?	Moderiertes Gespräch zu den 3 Halbsätzen / Leitfragen: "Ich gerate in Stress, wenn... Ich setze mich selbst unter Stress, indem... Wenn ich im Stress bin, dann..." sowie kurzer Impuls zur Stressampel, Reflexion auf Metaebene: Bedeutung und Einsatz der Stressampel bei pflegenden Angehörigen	Die TN lernen ein praxisnahes Modell (vereinfachtes transaktionales Stressmodell) zur Stressentstehung als Basis für das gesamte restliche Training kennen. Die TN wissen, dass Stress nicht nur aus den von außen auf sie einwirkenden Stressoren besteht, sondern dass eigene Einstellungen, Bewertungen und Motive maßgeblich am individuellen Stressgeschehen beteiligt sind. Sie entwickeln Ideen, wie Sie die Stressampel psychoedukativ im Umgang mit pflegenden Angehörigen einsetzen können	Ppt., Arbeitsblatt "Stressampel"
10:20	Psychoedukation: Macht Stress krank? Die körperliche Stressreaktion und ihre Folgen	Zuruffrage zur akuten biolog. Stressreaktion, dann kurzer Impuls: akute und chron. Stressreaktion, Stress und Leistung	Die TN wissen, dass Stress ein uraltes biolog. Programm ist, das für die Sicherung des Überlebens wichtig war und ist. Sie kennen die körperlichen Folgen einer Stressreaktion, können die Gesundheitsgefahren von akutem und chronischen Stress einschätzen und reflektieren ihre eigenen, individuellen Reaktionen auf Stress. Die TN können kognitive Auswirkungen von Stress besser einordnen und wissen, dass verschiedene Strategien für die pflegenden Angehörigen im Pflegealltag hilfreich sind, um die kognitive Leistungsfähigkeit bei akutem Stress zu verbessern.	ppt.
10:45	PAUSE			
11:00	Regeneratives Stressmanagement : Meine Kompetenzen zur Stressbewältigung	Anknüpfend an die Stressampel ressourcenorientierte Erarbeitung bereits vorhandener Stressbewältigungskompetenzen mittels Kleingruppenarbeit (Kartenabfrage am Metaplan) und anschließender Vorstellung der 3 Säulen der Stresskompetenz sowie Zuordnung der eigenen Kompetenzen zu diesen Säulen.	Die TN erleben, dass sie bereits über vielfältige Kompetenzen zur Stressbewältigung verfügen. Die TN kennen, aufbauend auf dem Modell der Stressampel, die 3 Säulen der Stresskompetenz und wissen, dass eine funktionale Stressbewältigung alle 3 Ebenen umfassen sollte. Des Weiteren reflektieren die TN, auf welcher Ebene ihre Kompetenzen bereits vorhanden und wo diese noch ausbaufähig sind. Reflexion auf Metaebene: Die TN reflektieren, dass die pflegenden Angehörigen ebenfalls über vielfältige Ressourcen und über bereits erfolgreiche Strategien zur Stressbewältigung verfügen. Sie wissen, wie Sie Ihr Klientel dabei unterstützen können, diese Ressourcen und Kompetenzen niedrigschwellig zu stärken und auszubauen.	ppt. Arbeitsblatt "Die 3 Säulen der Stresskompetenz "

Curriculum zum Modul Stressbewältigung & Resilienzförderung

Zeit	Thema / Inhalt / Leitfragen	Methoden / Arbeitsformen	Lernziele	Medien
11:45	Regeneratives Stressmanagement: Erholen - aber richtig! Angenehme Erlebnisse & Mini-Urlaube	Moderiertes Gruppengespräch zu den verschiedenen Erholungsbedürfnissen sowie Reflexion über Tätigkeiten, die angenehm sind und zur Erholung beitragen. Planung von mehreren Mini-Urlaube für die nächste Woche (in Einzelarbeit mit anschließender kurzer Murmelgruppe) unter Berücksichtigung eventuell auftretender Hindernisse.	Die TN wissen, dass für eine nachhaltige Erholung ein Ausgleich einseitiger Belastungen erforderlich ist. Sie reflektieren verschiedene Erholungsbedürfnis und können Erholungsverhalten kritisch hinterfragen. Mittels der "Liste angenehmer Erlebnisse" werden die TN befähigt, ihre Klient*innen darin zu unterstützen, möglicherweise in Vergessenheit geratene, angenehme und genussvolle Aktivitäten ganz konkret wieder aufleben zu lassen und kleine Erholungsinseln oder Mini-Urlaube in den Pflegealltag zu integrieren.	ppt. Arbeitsblatt "angenehme Erlebnisse"
12:15	Regeneratives Stressmanagement: "Stellschraube Körper" Erholung zwischendurch: Atemübung und kurze Übung zum Embodiment	Anknüpfend an die Psychoedukation zur körperlichen Stressreaktionen Mini-Input zum Thema "Stellschraube Körper" sowie zum Thema Embodiment. Praktische Durchführung einer Atemübung (Atemzählen und / oder Schlüpfatmung) sowie einer Embodiment-Übung (angeleitete Übung mit der gesamten Gruppe)	Die TN kennen die Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche und wissen, dass auch über den Körper eine Beruhigung bzw. Entspannung in akuten Stresssituationen induziert werden kann. Sie lernen einfache, jederzeit durchführbare Techniken für Akutsituationen kennen und können diese sicher an die pflegenden Angehörigen vermitteln.	ppt.
12:45	MITTAGSPAUSE			
13:45	Energizer	Die TN werden aktiviert und die Konzentration wird gefördert.		
13:50	Mentales Stressmanagement I: Durchführung einer Stressinduktionsübung; intensive Auseinandersetzung mit den eigenen inneren Antreibern (Transaktionsanalyse) - Selbsterfahrung	Einstieg in das Mentaltraining mittels Stressinduktionsübung (Lieblingslied oder Zitronenübung) zur Verdeutlichung, dass Gedanken Stress verursachen können. Vorstellung der 5 Antreiber nach Kahler. Bearbeitung und Auswertung des Fragebogens zu den inneren Antreibern. Reflexion in der Gruppe: Was haben unsere Antreiber mit Stress zu tun? Gruppenarbeit zum Thema "Antreiber hinterfragen" - Erarbeitung positiver und negativer Aspekte sowie möglicher entlastender Gedanken zu den jeweiligen Antreibern in Kleingruppen sowie Visualisierung des Erarbeiteten auf Whitboards. Vorstellung der erarbeiteten Inhalte und Diskussion im Plenum. Anschließend in Einzelarbeit Entwicklung eines förderlichen Gedankens/ Erlaubers.	Die Teilnehmer*innen erleben, dass bereits Gedanken Stress verursachen können und es nicht zwangsläufig eines tatsächlichen Stressors bedarf. Sie kennen das Konzept der Antreiber und reflektieren kritisch ihre eigenen Antreiber sowie deren Vor- und Nachteile. Die Teilnehmer entwickeln für sich persönlich einen individuellen Erlauber bzw. einen entlastenden Gedanken und können diesen gezielt im Alltag einsetzen.	ppt. Fragebogen zu den Antreibern

Zeit	Thema / Inhalt / Leitfragen	Methoden / Arbeitsformen	Lernziele	Medien
14:50	Mentales Stressmanagement I: Das Antreiber-Modell im Einsatz bei pflegenden Angehörigen - Einsatz in der Praxis	Reflexion des Einsatzes des Antreiber-Modells bei der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen. Bei welchen Zielgruppen bietet sich der Antreiberfragebogen besonders an? Was ist der Nutzen? Was gilt es zu beachten?	Die Teilnehmer*innen, wissen, wie sie den Fragebogen zu den Antreibern zielgruppenspezifisch einsetzen können. Sie wissen, wie sie das Modell anwenden können und mit den pflegenden Angehörigen kleine Schritte erarbeiten können, um die Antreiber im Pflegealltag besser kontrollieren zu können.	idem
15:15	Pause			
15:30	Mentales Stressmanagement II: Positive Gefühle im Alltag wieder stärker wahrnehmen	Bezugnehmend auf die mittlere Ebene der Stress-Ampel wird die Bedeutung positiver Emotionen und entlastender Gedanken für die Stressbewältigung hervorgehoben. Vorbereitung, Erklärung sowie Durchführung des positiven Tagesrückblicks in 2er-Gruppen. Anschließend Reflexion des Erlebten sowie Anwendungsmöglichkeiten auf Metaebene	Die Teilnehmenden wissen, dass sich das häufige Erleben angenehmer Emotionen positiv auf die eigene Stressbewältigung auswirkt. Sie lernen den negativity bias kennen und können den positiven Tagesrückblick sicher anleiten und bei den pflegenden Angehörigen etablieren	ppt.
16:00	Regeneratives Stressmanagement: Entspannung mittels Weitzmannentspannung bzw. Bodyscan	Anleitung einer Entspannungs-Einheit oder Achtsamkeitsübung	Die Teilnehmenden wissen, dass es verschiedene Entspannungsverfahren gibt und erleben, wie sich Entspannung anfühlt. Sie wissen, dass es unterschiedliche Präferenzen in Bezug auf Entspannungsverfahren gibt und erhalten Hinweise, wo und wie sie diese Entspannungsverfahren zukünftig eigenständig einsetzen können. (Verweis auf vielfältige Angebote der KK als Kurse oder Audio für zu Hause)	ppt.
16:20	Toolbox Tag 1: Rückblick, Ausblick, Feedback, Verabschiedung	Rückblick auf das Gelernte. Die im Laufe des Tages gesammelten Erkenntnisse und Tools werden in die Toolbox aufgenommen. Abgleich von Erwartungen und Befürchtungen sowie Klären offener Fragen (ggf. aus dem Fragenspeicher) Ausblick auf den morgigen Tag. Blitzlichtmittels moodmeter sowie "mein Wunsch für morgen"	Die Teilnehmenden bekommen die Gelegenheit, Rückfragen zu stellen und den Tag Revue passieren zu lassen. Sie werden angeregt, ihre positiven Erfahrungen zu teilen und Wünsche für morgen zu formulieren.	ppt. Arbeitsblatt "Toolbox"
17:00	Ende Tag 1			

TAG 2

Zeit	Thema / Inhalt / Leitfragen	Methoden / Arbeitsformen	Lernziele	Medien
09:00	Warm-up: Begrüßung , klären offener Fragen, Wiederholen des Gelernten, Agenda	Begrüßung, kurze Morgenrunde. Reste von gestern, Wiederholung des Gelernten mittels "Stressbewältigungsbrainstorming"	Die TN haben einen Rahmen, um anzukommen, klären offene Fragen und aktivieren das gestern Gelernte, um im weiteren Tagesverlauf daran anknüpfen zu können.	ppt.
09:30	Soziale Unterstützung als Schutzfaktor: Netzwerke aktivieren als säulenübergreifende Stresskompetenz	1.) Input zur Bedeutung sozialer Unterstützung zur Prävention psychischer & physischer Erkrankungen sowie als bedeutsamer Resilienzfaktor. Anschließende Netzwerkübung in 2er- oder 3er Gruppen. (Ausfüllen der Netzwerkkarte anhand verschiedener Leitfragen) Anschließend Reflexion der Erfahrungen. 2.) Netzwerke pflegender Angehöriger aktivieren: Gruppengespräch über niedrigschwellige und ressourcenaktivierende Möglichkeiten der Netzwerkaktivierung bei pflegenden Angehörigen (cave! Umgang mit erlebter Einsamkeit) Sammlung von Ideen und Fragetechniken für den Einsatz der Netzwerkkarte bei pflegenden Angehörigen	Die Teilnehmer*innen wissen, dass soziale Unterstützung als wesentlicher Schutzfaktor für Gesundheit gilt. Sie kennen die Relevanz sozialer Netzwerke und wissen, wie sich diese bei den pflegenden Angehörigen behutsam aktivieren lassen. Sie können die pflegenden Angehörigen anhand verschiedener Leitfragen beim Ausfüllen der Netzwerkkarte unterstützen und weitere potenzielle Bestandteile des Netzwerks (ehrenamtliche Helfer*innen, Besuchsdienste der Kirchen, Angehörigengruppen etc.) aktiv vorstellen und für diese Hilfsangebote sensibilisieren	ppt., Arbeitsblatt "Netzwerkkarte"
10:30	Kaffeepause			
10:45	Instrumentelle Stresskompetenz: Auf der Suche nach der Zeit	Anknüpfend an das Thema Netzwerke erfolgt das Thema Tagesplanung. 1.) Input zum Thema Tagespläne. Vorstellen verschiedener Leitfragen, die unterstützend eingesetzt werden können (Fragen nach den Ausnahmen, ressourcenaktivierende Fragen) 2.) Erstellen eines fiktiven Tagesplans anhand von Fallbeispielen in 4er bzw. 5er-Gruppen. Vorstellen der Tagespläne im Plenum sowie Reflexion. Bei Bedarf: Erläuterung Eisenhower-Prinzip sowie Tools zur Tagesplanung	Die Casemanager*innen kennen Möglichkeiten, die instrumentelle Stresskompetenz ihrer Klient*innen zielgruppengerecht zu fördern. Dies bedeutet, dass die Casemanager*innen wissen, wie sie pflegende Angehörige dabei unterstützen können, einen Tagesplan zu entwickeln, der neben der Pflege und den Tätigkeiten im Haushalt auch "Mini-Urlaube" zur Selbstfürsorge beinhaltet. Dabei wird auf das an Tag 1 Gelernte (Erholen, aber richtig! Mini-Urlaube sowie Liste angenehmer Erlebnisse) zurückgegriffen. Sie sind in der Lage im Dialog mittels Leitfragen Tagespläne mit den pflegenden Angehörigen zu erstellen und lösungsorientiert auf etwaige Hindernisse einzugehen.	ppt.
12:00	Mini-Pause			
12:10	Regenerative Stresskompetenz: Der innere Wohlfühlort	Kurzer Input zum inneren Wohlfühlort sowie Anleitung der Übung. Anschließende Reflexion	Die TN lernen eine weitere Entspannungsmethode kennen.	
12:30	Mittagspause			
13:30	Energizer			

Curriculum zum Modul Stressbewältigung & Resilienzförderung

Zeit	Thema / Inhalt / Leitfragen	Methoden / Arbeitsformen	Lernziele	Medien
13:35	Mentale Stresskompetenz III: Abschalten und Grübeln	Vorstellung des rosa Elefanten. Anschließend Mini-Input zum Thema Detachment / Abschalten. Gruppenarbeit (4-er Gruppen) zum Thema Strategien gegen Grübeln. Ggf. Ergänzung durch Trainerin: Grübelzeiten, Gedanken-Stop, Tresorübung. Reflexion auf Metaebene.	Die TN wissen, dass Denken an Stress Stress erzeugt und Grübeln langfristig gesundheitsschädliche Auswirkungen haben kann. Sie erarbeiten vielfältige Strategien und Rituale, die das Abschalten erleichtern und sich leicht in den Alltag integrieren lassen. Sie sind in der Lage, pflegende Angehörige über die Folgen von Grübeln zu informieren und unterstützende Angebote zu machen, die ihren Klient*innen helfen, Grübelunterbrechungen vorzunehmen.	ppt.
14:15	Resilienzkonzept: Stressbewältigung & Resilienz: Gemeinsamkeiten und Unterschiede - Resilienz was ist das? Vorstellung der 7 Säulen der Resilienz (inkl. Kauai-Studie)	Anknüpfend an das Thema Stressbewältigung erfolgt eine erste Einführung in das Resilienzkonzept. Die Teilnehmenden "brainstormen", ob der Resilienzbegriff eher durch das Bild des Wassers oder das des Leuchtturms bzw. Felsens verkörpert wird und diskutieren dies im Plenum. Anschließend erfolgt eine kurze Einführung in das Resilienzkonzept sowie die Vorstellung der 7 Säulen der Resilienz. Die TN überlegen in Kleingr., welche Säule der Resilienz bei ihnen schon ausgeprägt sind und welche noch ausbaufähig sind. Sie überlegen, wie sich die einzelnen Säulen individuell stärken lassen und entwickeln hierzu erste Schritt /Maßnahmen.	Die Teilnehmenden kennen das Resilienzkonzept und wissen, dass die psychische Widerstandskraft durch verschiedene Maßnahmen gestärkt werden kann. Eine der wichtigsten Maßnahmen für eine gute Resilienz ist eine erfolgreiche Stressbewältigung. Sie kennen die 7 Säulen der Resilienz und reflektieren, welche Säulen bei Ihnen stark ausgeprägt sind und überlegen, wie sie die noch ausbaufähigen Resilienzfaktoren stärken können.	ppt. Arbeitsblatt "7 Säulen der Resilienz"
15:15	Kaffeepause			
15:30	Notfallstrategien für akute Stresssituationen	Gemeinsame Erarbeitung einer Strategie für den Notfall am Whiteboard. Überlegung, wann und in welchen Situationen eine Notfallstrategie hilfreich sein kann. Wiederholung der erlernten Methoden und Techniken, wie z. B. Atemübung sowie Bezugnahme auf die erarbeiteten, kurzfristigen Stressbewältigungskompetenzen mittels moderiertem Gruppengespräch	Die TN kennen eine Notfallstrategie für den "akuten Stressnotfall", passen diese individuell an ihre Bedürfnisse an und können diese im Alltag anwenden. Darüber hinaus sind sie in der Lage, die QUART-A-Strategie mit pflegenden Angehörigen zu erarbeiten und zu visualisieren, so dass die Klient*innen darauf zurückgreifen können.	ppt. Arbeitsblatt "QUART-A-Strategie"
15:45	Abschluss: Seminarernte: Reflexion des Gelernten, Klären offener Fragen für die bevorstehende Erprobungsphase sowie Ausblick auf den "Fresh-up-Termin am 06.04.2022". Feedbackrunde und Evaluation	Zusammenfassung des Gelernten insb. in Bezug auf die 3 Säulen der Stresskompetenz sowie Vorstellung aller erlernten Tools. Feedbackrunde mittels Seminarernte und Verabschiedung	Die Teilnehmer*innen reflektieren ihre eigenen Kompetenzen zur Stressbewältigung und erstellen einen Plan, wie sie diese zukünftig in der Erprobungsphase anwenden können. Verabschiedung	ppt. Arbeitsblatt "Toolbox"
17:00	Ende Tag II			

Trainerleitfaden: Fresh-Up Case Manager:innen für pflegende Angehörige 05.04.2022 09.00 – 13.00, Frank Schuster

Tag 1: 09.00-13.00					
Zeit	Input/Thema	Ziel/ Kompetenzen	Inhalt: Was wird gemacht?	Methode (Material)	Wer macht es
09.00 -09.45	Offene Fragen zum Case Management für pflegende Angehörige	Klärung der offenen Fragen der Teilnehmer*innen zum CCM und Beantwortung dieser.	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen sammeln und beantworten • Möglichen Ablauf der zugehenden Beratung vorstellen • Verlaufs- und Leistungsdokumentation vorstellen • Methodenkoffer wiederholen 	Padlet Input Folien: 1 - 6	Frank Schuster Teilnehmer:innen
09.45-10.30	Case Management Methodenkoffer- CM Phasen & Instrumente & Anwendung	TN lernen anhand von eigenen Fallbeispielen die Anwendung der PuRpA Instrumente systematisch auf der Grundlage des CM Regelkreises.	<ul style="list-style-type: none"> • Das Intake wird vertieft • Übung: Gruppenarbeit Fallbeispiele • Umgang mit dem Farbe Fragebogen • Auswertung der Übung 	Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 7 - 10	Frank Schuster Teilnehmer:innen
10.30-10.45			KaffeePause		
10.45-11.30	Case Management Methodenkoffer – CM Phasen & Instrumente & Anwendung	TN lernen anhand von eigenen Fallbeispielen die Anwendung der PuRpA Instrumente systematisch auf der Grundlage des CM Regelkreises.	<ul style="list-style-type: none"> • Das Assessment wird vertieft • Übung: Rollenspiel, Assessment • Auswertung der Übung 	Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 12 - 16	Frank Schuster Teilnehmer:innen
11.30 -12.15	Case Management Methodenkoffer – CM Phasen & Instrumente & Anwendung	TN lernen anhand von eigenen Fallbeispielen die Anwendung der PuRpA Instrumente systematisch auf der Grundlage des CM Regelkreises.	<ul style="list-style-type: none"> • Die Serviceplanung wird vertieft. • Übung: Rollenspiel, Unterstützungsplanung 	Gruppenarbeit: Breakout Rooms Folien: 17 - 22	Frank Schuster Teilnehmer:innen
12.15-12.30			Kaffeepause		
12.30-13.00	Seminarreflexion	mein persönliches Resümee des Tages. Verabschiedung	Feedback	Interaktion	Frank Schuster Teilnehmer:innen

Curriculum zum Modul Stressbewältigung & Resilienzförderung im Modellprojekt PuRpA - Fresh-up-Termin am 06.04.2022

Zeit	Thema / Inhalt / Leitfragen	Methode / Arbeitsform	Lernziele	Medien
09:00	Transparenzphase: Begrüßen & Ankommen	Begrüßung durch Trainerin, Morgenrunde zum Anknüpfen an das vorherige Training sowie Klären von Erwartungen und offenen Fragen. Erfahrungsaustausch in Murmelgruppen, Vorstellung der Agenda	Die Teilnehmer*innen knüpfen an die vorherigen Trainingstage an und steigen langsam wieder in das Thema Stressbewältigung & Resilienzförderung ein. Die Teilnehmer*innen äußern ihre Erwartungen, Erfahrungen und offenen Fragen und bekommen die Möglichkeit, den Fresh-up-Termin aktiv mitzugestalten. Die Teilnehmer*innen kennen den groben Ablauf des Trainings und erhalten eine erste Orientierung.	ppt.
09:40	Wissens-"Fresh-up" aus dem 1. Training	Moderiertes Quiz zu den wichtigsten Aspekten der Trainingsinhalte aus den beiden vorherigen Trainingstagen	Die Teilnehmenden frischen ihr Wissen auf und aktivieren die bereits erlernten Inhalte, so dass wieder eine gemeinsame Arbeitsgrundlage entsteht. Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen und ggf. Erfahrungen mit bestimmten Lerninhalten zu teilen, zu reflektieren und zu diskutieren.	ppt. Quiz
10:10	Pause			
10:20	Fresh-up-Stressbewältigung: Welche Tools in welcher Phase der Beratung?	1.) Kurze Sammlung der bisher kennengelernten Tools als Zuruffrage. 2.) Kleingruppenarbeit (4 Personen, 30 Minuten mit anschließender Präsentation) zum Thema "Welche Tools passen in welche Beratungsphase? Welche Tools eignen sich zum Einstieg? Welche Tools sind als "Diagnose-Tool" geeignet? Was ist besonders niedrigschwellig? Welche Tools sind eher langfristig ausgelegt, brauchen Vertrauen?"	Die Teilnehmenden reflektieren die bereits erlernten Tools und wissen, in welcher Phase der Beratung sich diese bevorzugt einsetzen lassen. Die Teilnehmer*innen wissen, wie sie den Einstieg in das Thema Stressbewältigung mit den pflegenden Angehörigen gestalten und sie an das Thema herantühren können.	ppt.
11:20	PAUSE			
11:30	Fresh-up Stressbewältigung: Welche Tools für welche Zielgruppe?	Die Teilnehmenden diskutieren im Plenum, welche Tools sich besonders für welche Zielgruppe eignen.	Die Teilnehmenden reflektieren den Einsatz der bereits erlernten Tools hinsichtlich ihres Einsatzes bei den verschiedenen Zielgruppen pflegender Angehöriger	
11:45	Resilienz - sich selbst ein guter Freund / eine gute Freundin sein	Auffrischung der Tools zur Stärkung der Resilienz. Selbstfürsorge & Selbstmitgefühl als wichtiger Resilienzfaktor für pflegende Angehörige. Reflexion des eigenen Umgangs mit sich selbst sowie Austausch in Kleingruppen 25 Min.	Die Teilnehmenden wissen, dass Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl ein wichtiger Faktor zur Stressbewältigung (mentale Stressbewältigung) und zur Resilienzförderung ist. Sie reflektieren den Umgang mit anderen und mit sich selbst und überlegen, welche ersten Schritte sie unternehmen können, um nachsichtiger und freundlicher mit sich selbst umzugehen.	ppt. / ggf. Arbeitsblatt
12:15	Abschluss mittels Mentimeter & Entspannungsübung	Die Teilnehmenden geben ein kurzes Feedback zur Veranstaltung und werden mittels einer kurzen Entspannungsübung in die Erprobungsphase begleitet	Die Teilnehmenden geben Feedback und können zuversichtlich und gelassen der Erprobungsphase entgegensehen.	ppt.
12:30	Ende			

Wahlmodul 1 - Schulung "Case Management für pflegende Angehörige"

Familienmoderation/ Konfliktmoderation im Rahmen von Pflegebedürftigkeit

Die Pflegesituationen in häuslichen Settings sind vielschichtig. Sie bestehen nicht aus dem Pflegebedürftigen und dem pflegenden Angehörigen in einem „luftleeren Raum“, sondern vielfältige Faktoren und Personen nehmen Einfluss. In den letzten Jahrzehnten kamen etliche Forschungsbemühungen zu dem Schluss, dass pflegende Angehörige zahlreichen Belastungen ausgesetzt sind. Der Gesundheitsschutz pflegender Angehöriger wurde daraufhin in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund gerückt. Wenig Beachtung fanden allerdings bisher familiäre Konflikte, die in Pflegesituationen eine Rolle spielen. Diese nehmen jedoch einen großen Einfluss auf eine adäquate Regelung des Versorgungssettings und somit auf die Belastung pflegender Angehöriger. Beispielsweise „rutscht“ häufig ein Familienangehöriger, zumeist Ehefrauen und (Schwieger-) Töchter in die Situation hinein und wird zur Hauptpflegeperson, ohne sich dafür bewusst entschieden zu haben und ohne, dass andere Möglichkeiten ausgelotet wurden. Es wird ein Angehöriger über die Maßen belastet, anstatt die Verantwortlichkeiten auf mehrere Familienmitglieder zu verteilen. Zudem können alte Konflikte aufbrechen, beispielsweise unter Geschwistern wenn ein Elternteil pflegebedürftig wird.

Professionell Pflegende werden in verschiedenster Weise, vor allem auch in der Beratung und dem Entlassungsmanagement, mit familiären Konflikten konfrontiert. Bisher gab es jedoch keine Qualifizierungsmaßnahme, die Pflegende zur Lösung solcher Konflikte schulte. Auf der anderen Seite hatten dadurch bedingt pflegende Angehörige bisher nicht die Möglichkeit bei familiären Konflikten im Rahmen von Pflegebedürftigkeit adäquate Angebote in Anspruch zu nehmen, da es lediglich Angebote pflegeferner Anbieter gab, beispielsweise ProFamilia oder (Alters) Mediatoren. Mit diesem Seminar soll nun diese Lücke geschlossen werden.

Seminarinhalt Teil 1

Tag 1

- Überblick über die gesetzliche Unfallversicherung und Handlungsfelder der Unfallkasse NRW
- Die „Pflegeunfallversicherung“
- Wie funktionieren Familien?
- Elemente eines Familiengesprächs
- Systemische Instrumente
- Die Rolle von Beratenden in der Familie

Tag 2

- Beruflicher Werdegang und derzeitige berufliche Tätigkeit
- Definition und Konzeptualisierung des Seminars
- Definition Abgrenzung
- Herkunft - meine Familiengeschichte....
- Sigmund Freud Werte und Normvorstellungen
- Krankheit - der Umgang mit Krankheit in meiner Familie
- Transaktionsanalyse

Familienmoderation/ Konfliktmoderation im Rahmen von Pflegebedürftigkeit

Seminarinhalt Teil 2:

Tag 1

- Gesprächserfahrungen Feldtagebücher
- Phasen im Lebenszyklus der Familie
- Typen familiärer Kommunikation
- Merkmale dysfunktionaler Familien
- Rollenspiele

Tag 2

- Beratungs- und Moderationstechniken
- Gesundheitsfördernde Potentiale
- Rollenspiele

Was bedeutet zirkuläres Fragen?

Bildet Paare oder Gruppen und bearbeitet arbeitsteilig die folgenden Themengebiete:

1. Methode/Methodenkompetenz/Funktion und Ziele
2. Fragen nach Unterschieden
3. Fragen nach Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktionen
4. Fragen nach Problemen (Verschlimmerungsfragen)

Seminarinhalt Teil 3:

Tag 1

- Zirkuläres Fragen
- Berichte aus der praktischen Arbeit
- Beratungs- und Moderationstechniken
- Genogrammarbeit
- Familienaufstellungen
- Familienbrett
- Rollenspiele

Tag 2

- Gesundheitsfördernde Potentiale
- Grenzen und Kompetenzen in der Beratertätigkeit
- Rollenspiele
- Zusammenfassung der drei Seminarblöcke
- Evaluation/Abschluss

Wahlmodul 2 - Schulung "Case Management für pflegende Angehörige"

Beim Pflegen gesund bleiben – Grundseminar zum Gesundheitsschutz nicht erwerbsmäßig Pflegender

Die Pflege und Betreuung von hilfebedürftigen Menschen stellt hohe Anforderungen an pflegende Angehörige. Viele Menschen kommen plötzlich und ohne jegliche Vorbereitungen in die Situation, einen Angehörigen zu pflegen. Ehe man sich versieht, steht man voll und ganz in der Verantwortung. Dies kann zu starken körperlichen und psychischen Belastungen der pflegenden Angehörigen führen. Deshalb ist es wichtig, den Belastungen bei der Pflege und Betreuung eines Menschen entgegenzuwirken. Dazu brauchen pflegende Angehörige ein gutes Hilfsnetzwerk sowie eine gute Beratung, Organisation und Planung.

Das Grundseminar „Beim Pflegen gesund bleiben“ ist das erste von drei Seminaren der Unfallkasse NRW zum Gesundheitsschutz für pflegende Angehörige. Hierbei handelt es sich unter anderem um Seminare zur Verhaltensprävention und Verhältnisprävention. Mit diesen Seminaren kann über die Multiplikatoren der Unfallkasse NRW die größte Gruppe von pflegenden Angehörigen, deren Gesundheit durch die Pflege und Betreuung besonders gefährdet ist, erreicht werden. Ein besonderes Augenmerk wird daraufgelegt, das Zusammenleben des pflegenden Menschen mit seinen Angehörigen stressfreier und gefahrloser zu gestalten.

Seminarinhalt

Tag 1

- Begrüßung/Organisatorisches
- Überblick über die gesetzliche Unfallversicherung und Handlungsfelder der Unfallkasse NRW
- Pflegeunfallversicherung
- Mittagspause
- Wegweiser zur eigenen Mitte (Arbeitsorganisation, Entlastungs- und Hilfsangebote)
- Stressbewältigung (Schnupperkurs: Autogenes Training und andere Entspannungstechniken)

Tag 2

- Wegweiser zur eigenen Mitte (Arbeitsorganisation, Entlastungs- und Hilfsangebote)
- Anwendung von kleinen Hilfsmitteln
- Mittagspause
- Kinästhetik für nicht erwerbsmäßig Pflegende
- Progressive Muskelentspannung

Tag 3

- Anwendung kleiner Hilfsmittel
- Gefährdungen und Schutzmöglichkeiten in der häuslichen Pflege
- Kinästhetik für nicht erwerbsmäßig Pflegende
- Autogenes Training

Inhalte Wegweiser:

- Was Pflege zu Hause bedeutet
- Motive
- Rollenerwartung
- Grundvoraussetzungen
- Belastungen in der häuslichen Pflege
- Persönliche Wertekonstruktion, systemische und gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge
- Alterstheorien
- Familiäre Biografie
- Organisation der häuslichen Pflege und
- Wege zur Selbstpflege



BERICHT AUS LEHRE UND FORSCHUNG

Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte

Prof. Dr. PH Norbert Seidl
Prof. Dr. PH Christa Büker
Prof. Dr. phil. Änne-Dörte Latteck
Martina Brinker, M. Sc.
Nele Buschsieweke, M. Sc.
Alexandra Hirschmann, M. Sc.
Matthias Voß, M. A.

Dezember 2023

Berichte aus Lehre und Forschung

Nr. 55

Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – Bedeutung zielgruppengerechter und nutzer*innenorientierter Versorgungskonzepte

Herausgeber

Hochschule Bielefeld
Fachbereich Gesundheit
InBVG – Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung
im Gesundheitsbereich

Projektförderung



Copyright

Hochschule Bielefeld, Dezember 2023

Prof. Dr. PH Norbert Seidl
Prof. Dr. PH Christa Büker
Prof. Dr. phil. Anne-Dörte Latteck
Martina Brinker, M. Sc.
Nele Buschsieweke, M. Sc.
Alexandra Hirschmann, M. Sc.
Matthias Voß, M. A.

ISSN 1433-4461



ZUSAMMENFASSUNG

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland ist stark angestiegen. Pflegende Angehörige sind eine tragende Säule in der Pflege, doch ihre Belastungen sind enorm. Sie leiden unter gesundheitlichen Einschränkungen und psychischer Belastung und die Pflegesituation beeinträchtigt ihr Sozialleben, ihre Beziehung zu der pflegebedürftigen Person und ihre finanzielle Situation.

Das Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige – PuRpA“ wurde ins Leben gerufen, um wissenschaftliche und praxisorientierte Rahmenkonzepte für die stationäre Vorsorge- und Rehabilitation, Begleitangebote für pflegebedürftige Personen und sektorenübergreifendes Case Management für pflegende Angehörige zu entwickeln. Gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW von September 2020 bis Dezember 2023, wurde das Verbundvorhaben von der AW Kur und Erholungs GmbH sowie dem Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. getragen, während die Hochschule Bielefeld (HSBI) die wissenschaftliche Begleitung übernahm.

Die Ziele umfassten neben der Entwicklung auch die Erprobung dieser Konzepte in kooperierenden Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen in Nordrhein-Westfalen. Die Projekte sollten finalisierte und validierte Rahmenkonzepte hervorbringen, die deutschlandweit von Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation sowie Pflegeeinrichtungen genutzt werden können.

Der vorliegende Bericht skizziert das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung der drei Modellprojekte hinsichtlich der Konzeptentwicklung, die sich vor allem auf Scoping Reviews und Fokusgruppen stützte. Schwerpunktartig werden das Vorgehen und die Ergebnisse der Validierung der Rahmenkonzepte beschrieben.

Die wissenschaftliche Begleitung der drei Modellkonzepte orientierte sich am Modell des Medical Research Councils (MRC), welches zur wissenschaftlichen Begleitung von Entwicklungs- und Evaluationsprozessen komplexer Interventionen konzipiert wurde. Die wissenschaftliche Begleitung basierte auf einem Mixed-Methods-Design, d. h., die Konzepte wurden jeweils mit einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden validiert.

In der Projektlaufzeit konnte gezeigt werden, dass die pflegenden Angehörigen, die an der Erprobung teilgenommen haben, weitestgehend positive Erfahrungen mit den entwickelten Konzepten gemacht haben und dass die ambulanten und stationären Maßnahmen in vorhandene Strukturen integriert werden können.

Zusätzlich wurde auf Basis der Ergebnisse ein übergeordnetes Modell entwickelt, welches Konsequenzen für eine zielgruppenadäquate Gestaltung von Unterstützungsangeboten aufzeigt und so einen Rahmen für die zukünftige Entwicklung solcher Angebote bieten soll. Es beschreibt Nutzer*innenorientierung im Kontext pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen und beinhaltet eine grafische Darstellung des Modells.

Abschließend wurden anhand der Ergebnisse Implikationen für die nutzer*innenorientierte Versorgung pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Personen abgeleitet, die die Herausforderungen für Vorsorge- und Rehabilitations-, aber auch Pflegeeinrichtungen sowie lokale Standorte berücksichtigen. Gleichzeitig werden politische und gesellschaftliche Forderungen gestellt.

Im Verbundvorhaben wurde der erhebliche Unterstützungsbedarf der Zielgruppe pflegender Angehöriger bestätigt. Es bedarf daher dringend flächendeckender und nachhaltiger Maßnahmen, die darauf abzielen, die Gesundheit dieser Gruppe zu fördern und ihre Pflegefähigkeit zu stärken. Die durch die AW Kur und Erholungs GmbH und den Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. entwickelten Rahmenkonzepte, welche [hier](#) öffentlich zugänglich sind, sollen die Entwicklung solcher Angebote unterstützen.

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	3
Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	9
1. Einleitung	11
2. Hintergrund	14
2.1 Pflegende Angehörige	14
2.2 Pflegebedürftige	15
2.3 Belastungen pflegender Angehöriger	16
2.4 Literatur	17
3. Methodischer Überbau	19
3.1 Medical Research Council Guidance – MRC-Modell	20
3.2 Nutzer*innenorientierung	21
3.3 Konzeptentwicklung und Validierung I	22
3.4 Konzepterprobung und Validierung II	24
3.4.1 Fragebogenerhebungen	24
3.4.2 Leitfadengestützte Interviews	25
3.4.3 Ergänzende Schritte zur Validierung	27
3.5 Literatur	28
4. Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“	30
4.1 Projektbeschreibung	30
4.2 Zielsetzung und Fragestellung	30
4.3 Konzeptentwicklung	32
4.4 Konzeptvalidierung	43
4.4.1 Methodisches Vorgehen	43
4.4.2 Ergebnisse	48
4.4.2.1 Stichprobenbeschreibung	48
4.4.2.2 Zugang	52
4.4.2.3 Gestaltung des Aufenthaltes	59
4.4.2.4 Therapeutisches Angebot	64
4.4.2.5 Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen	79
4.4.2.6 Abschließende Bewertung	95
4.5 Diskussion	97
4.6 Fazit	102
4.7 Literatur	104

5. Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“	106
5.1 Projektbeschreibung	106
5.2 Zielsetzung und Fragestellung	107
5.3 Konzeptentwicklung	109
5.4 Konzeptvalidierung	118
5.4.1 Methodisches Vorgehen	118
5.4.2 Ergebnisse	122
5.4.2.1 Stichprobenbeschreibung	122
5.4.2.2 Zugang zu Begleitangeboten (Gelingensbedingungen)	125
5.4.2.3 Gelingensbedingungen für ein nutzer*innenorientiertes Begleitangebot	130
5.4.2.4 Gelingensbedingungen für nutzer*innenorientierte Tandem- bzw. Interaktionsangebote	142
5.4.2.5 Gelingensbedingungen der Kontextfaktoren	151
5.4.2.6 Subjektive Bewertung und Nutzen eines gemeinsamen Aufenthaltes	153
5.5 Diskussion	161
5.6 Fazit	167
5.7 Literatur	168
6. Modellprojekt: „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“	171
6.1 Projektbeschreibung	171
6.2 Zielsetzung und Fragestellung	173
6.3 Konzeptentwicklung	174
6.3.1 Scoping Review	174
6.3.2 Fokusgruppen	179
6.4 Validierung	180
6.4.1 Methodik	180
6.4.2 Ergebnisse	182
6.4.2.1 Stichprobenbeschreibung	183
6.4.2.2 Zugang	185
6.4.2.3 Organisation	185
6.4.2.4 Durchführung	186
6.4.2.5 Bewertung	193
6.4.2.6 Herausforderungen bei der Umsetzung (CMpA-Interviews)	200
6.4.2.7 Gelingensbedingungen	201
6.5 Diskussion	202
6.6 Fazit	207
6.7 Literatur	209
7. Konsequenzen für eine nutzer*innenorientierte Gestaltung von Unterstützungsangeboten	212
8. Implikationen	216
Anhang	218

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Suchstrategie: Modellprojekt Stationäre Vorsorge und Rehabilitation	33
Tab. 2: Bedarfe pflegender Angehöriger hinsichtlich stationärer Vorsorge und Rehabilitation	36
Tab. 3: Spektrum kooperierender Vorsorge- und Rehabilitationskliniken.....	43
Tab. 4: Interpretation des HPS-k-Summenwertes (DEGAM, 2014, S. 89).....	46
Tab. 5: Datenaufbereitung: Bereinigte Stichproben	47
Tab. 6: Stichprobenbeschreibung: Fragebogenerhebung zum Zeitpunkt t0	49
Tab. 7: Stichprobenbeschreibung: Qualitative Interviews nach der stationären Maßnahme	50
Tab. 8: Selbstwirksamkeit, Belastungen und Lebensqualität pflegender Angehöriger.....	80
Tab. 9: Suchbegriffe/Literaturrecherche Datenbank PubMed	110
Tab. 10: Zusammenfassung der Bedarfe und Gelingensbedingungen pflegebedürftiger Personen und pflegender Angehöriger hinsichtlich eines Begleitangebots mit Interventionen zur Verbesserung der Beziehung/Interaktion	114
Tab. 11: Soziodemografische Beschreibung der t0-Stichprobe	123
Tab. 12: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegende Angehörige	124
Tab. 13: Stichprobenbeschreibung der Interviewteilnehmer*innen/pflegebedürftige Personen....	125
Tab. 14: Ergebnisse des Assessments - Summenskalen zu den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Selbstversorgung	156
Tab. 15: Ergebnisse des SCQ (t0/t1)	157
Tab. 16: Ergebnisse des SF-12 (t0/t1)	160
Tab. 17: sekundäre Forschungsfragen der Interviews mit Case Manager*innen für pflegende Angehörige.....	173
Tab. 18: Beispiel Suchstrategie	174
Tab. 19: Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden (n = 3)	183
Tab. 20: F-SozU Vorher-nachher Analyse auf Einzelfallbasis (n = 10 von 11)	198
Tab. 21: Wohlbefinden zu t0 und t1 (n = 10 von 11)	199
Tab. 22: Gelingensbedingungen aus Nutzer*innenperspektive nach Kategorie.....	201

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart (Destatis, 2022).....	15
Abb. 2: Zeitlicher Ablauf: Wissenschaftliche Begleitung im Verbundvorhaben PuRpA.....	19
Abb. 3: Medical Research Council Guidance: Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (modifiziert nach Craig et al., 2008).....	21
Abb. 4: Schematischer Ablauf der Fragebogenerhebung.....	25
Abb. 5: Schritte der Fokussierten Interviewanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2020).....	26
Abb. 6: Flussdiagramm zur Studienauswahl nach Tricco et al., 2018.....	33
Abb. 7: Bewertungsskala der CSES-8.....	45
Abb. 8: Schaubild Kategorien von Gelingensbedingungen.....	48
Abb. 9: Wie wichtig war Ihnen das?: Informationen zu Unterbringungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person.....	56
Abb. 10: Gelingensbedingungen: Zugang zu stationärer Vorsorge und Rehabilitation.....	58
Abb. 11: Wie wichtig war Ihnen das?: Zeitgleiche Anwesenheit anderer pflegender Angehöriger und Möglichkeiten, miteinander ins Gespräch zu kommen.....	60
Abb. 12: Gelingensbedingungen: Gestaltung des Aufenthaltes.....	63
Abb. 13: Wie wichtig war Ihnen das?: Erlernen von Selbstfürsorge, Möglichkeit, über Ängste und Sorgen zu sprechen, und Einzelgespräche mit Psycholog*innen.....	65
Abb. 14: Wie wichtig war Ihnen das?: Sozialberatung mit spezifischen Themen und Erläuterungen zu Unterstützung im Alltag.....	67
Abb. 15: Wie wichtig war Ihnen das?: Beispiele aus dem Alltag pflegender Angehöriger und Wissensvermittlung mit praktischen Beispielen und Übungen.....	69
Abb. 16: Wie wichtig war Ihnen das?: Kompetenz/Wissen der Mitarbeitenden hinsichtlich der Situation pflegender Angehöriger.....	76
Abb. 17: Gelingensbedingungen: therapeutisches Angebot.....	78
Abb. 18: Wie wichtig war Ihnen das?: Vorbereitung auf die Zeit nach der Maßnahme.....	80
Abb. 19: CSES-8: Einschätzung der Zuversichtlichkeit.....	81
Abb. 20: HPS-k: Belastungen durch die häusliche Pflege.....	82
Abb. 21: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Vorsorge...	83
Abb. 22: SF-12: Gesundheitsbezogene Lebensqualität pflegender Angehöriger in der Rehabilitation.....	83
Abb. 23: Komponenten subjektiven Nutzens stationärer Angebote.....	85
Abb. 24: Subjektiver Nutzen: Wahrnehmung eigener Bedürfnisse.....	86
Abb. 25: Subjektiver Nutzen: Unternehmen von Dingen, die Freude bereiten.....	86
Abb. 26: Subjektiver Nutzen: Bewegung im Alltag.....	88
Abb. 27: Subjektiver Nutzen: Anwendung von Entspannungstechniken.....	90

Abb. 28: Subjektiver Nutzen: Gelassenheit im Umgang mit der pflegebedürftigen Person.....	90
Abb. 29: Subjektiver Nutzen: Pflegen sozialer Kontakte	91
Abb. 30: Subjektiver Nutzen: Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen.....	92
Abb. 31: Subjektiver Nutzen: Aktive Suche nach Lösungen.....	92
Abb. 32: Gelingensbedingungen: Nachhaltigkeit und subjektiver Nutzen.....	95
Abb. 33: Abschließende Bewertung: Zufriedenheit mit dem Aufenthalt	96
Abb. 34: Flussdiagramm nach Elm et al. 2019	111
Abb. 35: Vorbereitung auf die Reha/Vorsorge: Wichtigkeit	128
Abb. 36: Gelingensbedingungen: Zugang zu Begleitangeboten.....	129
Abb. 37: Gelingensbedingungen: Angebote des Begleitangebotes	132
Abb. 38: Gelingensbedingungen: Betreuung/Versorgung im Rahmen des Begleitangebotes	137
Abb. 39: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen des Begleitangebotes	140
Abb. 40: Gelingensbedingungen Begleitangebot	141
Abb. 41: Gründe gegen die Inanspruchnahme	142
Abb. 42: Gelingensbedingungen: Tandem-Angebote	146
Abb. 43: Gelingensbedingungen: Rahmenbedingungen der Tandem- bzw. Interaktionsangebote.....	147
Abb. 44: Gemeinsam genutzte Angebote	149
Abb. 45: Gelingensbedingungen: Verhältnis von Nähe und Distanz.....	149
Abb. 46: Gelingensbedingungen Tandem- bzw. Interaktionsangebote.....	150
Abb. 47: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren	153
Abb. 48: Bewertung Begleitangebot	153
Abb. 49: Selbstentwickelte Fragen nach Kaluza (2015)	158
Abb. 50: Gelingensbedingungen: Kontextfaktoren	161
Abb. 51: Übersicht zum Verlauf des Modellprojekts (eig. Darstellung).....	172
Abb. 52: Flussdiagramm zur Studienauswahl (eig. Abb. nach Tricco et al., 2018).....	175
Abb. 53: Themen des CMpA und wahrgenommene Veränderungen durch das CMpA	189
Abb. 54: t1-Freitextantworten – Was hat Ihnen besonders gut gefallen? (n = 11 von 11).....	195
Abb. 55: Wahrgenommene Wirkungstendenzen (n = 11 von 11).....	197
Abb. 56: Diagramm Alltagsübertragbarkeit t1 (n = 11 von 11)	198
Abb. 57: Übergeordnetes, mehrdimensionales Modell: Nutzer*innenorientierte Entlastung pflegender Angehöriger	213

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ASS	Assessment
AWO	Arbeiterwohlfahrt
CSES-8	Eight-Item Caregiver Self-Efficacy Scale
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DGP	Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.
DSG NRW	Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HPS-k	Häusliche Pflege-Skala
HSBI	Hochschule Bielefeld
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KSK	Körperliche Summenskala (SF-12)
KZP	Kurzzeitpflege
MAXQDA	Programm zur qualitativen Datenanalyse
Md.	Median
MDK	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MRC	Medical Research Council
MW	Mittelwert
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NRW	Nordrhein-Westfalen
PCC	Population, Concept, Context
PG	Pflegegrad
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews
PSK	Psychische Summenskala (SF-12)
PuRpA	Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
RKI	Robert Koch-Institut
SCQ	Sense of Competence
SD	Standardabweichung
SF-12	Short Form (Fragebogen zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität)

SGB	Sozialgesetzbuch
SIS	Strukturierte Informationssammlung
SPSS	Statistical Package für Social Sciences
SPSS-Prinzip	Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
t0/t1	Messzeitpunkt vor/nach der Maßnahme
TP	Tagespflege
TRAPD	Translation, Review, Adjudication, Pretest, Documentation
T-RENA	Trainingstherapeutische Rehabilitationsnachsorge
Z. n.	Zustand nach

1. EINLEITUNG

Die Zahl der pflegebedürftigen Personen in Deutschland ist in den letzten beiden Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023). Im Jahr 2021 waren nach dem Pflegeversicherungsgesetz fast 5,0 Millionen Menschen pflegebedürftig (Destatis, 2022). 84 % hiervon wurden durch Angehörige versorgt, mehr als 3,1 Millionen pflegebedürftige Personen sogar ohne die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes. Pflegenden Angehörige stellen demnach die tragende Säule der pflegerischen Versorgung dar und werden zuweilen auch als „Deutschlands größter Pflegedienst“ bezeichnet (Robert Koch-Institut [RKI], 2015). Die Hauptverantwortung in der Pflege tragen überwiegend enge Familienangehörige (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Vorrangig übernehmen die eigenen Kinder oder der/die (Ehe-)Partner*in die Betreuung und Pflege. Sie übernehmen Tätigkeiten aus unterschiedlichen Bereichen wie Körperpflege, Ernährung und Mobilität, Betreuung, Haushaltsführung oder Organisation zusätzlicher Hilfe und Pflege. Häufig ist die Pflegesituation mit einer hohen emotionalen Belastung verbunden (Bohnet-Joschko & Bidentko, 2022). Ein Großteil der pflegenden Angehörigen ist gesundheitlich eingeschränkt und physisch sowie psychisch belastet (Bom et al., 2019; Janson et al., 2022). Pflegenden Angehörige in Deutschland weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Personen, die nicht pflegen (Rothgang & Müller, 2018). Dies zeigte sich z. B. in Bezug auf psychische Leiden. Rothgang & Müller (2018) gehen davon aus, dass bei pflegenden Angehörigen, die die Hauptpflege übernehmen, ein erhöhtes Depressionsrisiko besteht. Die Gesundheit der Pflegenden hat allerdings einen entscheidenden Einfluss darauf, ob die häusliche Pflege aufrechterhalten und die pflegebedürftige Person auch zukünftig zu Hause versorgt werden kann (Wang et al., 2022).

Um die häuslichen Pflegearrangements langfristig zu erhalten, ist es daher eine gesundheitspolitische Notwendigkeit, die Belastungen von pflegenden Angehörigen durch das Vorhalten von passenden Entlastungsangeboten zu reduzieren und ihre Gesundheit und Pflegefähigkeit zu stärken. Mit dem Pflege neu ausrichtungsgesetz hat der Gesetzgeber 2012 hierfür Anknüpfungspunkte geschaffen und den pflegenden Angehörigen den Zugang zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen erleichtert. Um Belastungen entgegenzuwirken, sehen die §§ 23 und 40 aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB) seitdem vor, dass die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen berücksichtigt werden. D. h. pflegende Angehörige haben bei entsprechender Indikation einen gesetzlichen Anspruch auf stationäre Vorsorge und Rehabilitation, die diese besondere Situation der häuslichen Pflege mit einbezieht. Die Inanspruchnahme der Maßnahme setzt allerdings die parallele Versorgung der pflegebedürftigen Person voraus. Im Falle der stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen bei einer gemeinsamen Unterbringung in derselben Einrichtung nach §40 SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf die Finanzierung der Versorgung. Alternativ können die pflegebedürftigen Begleitpersonen gemäß § 42 SGB XI auch in einer Kurzzeitpflege in Ortsnähe der Vorsorge-/oder Rehabilitationsklinik oder am Heimatort untergebracht werden. Um die entsprechenden Leistungen gemäß der „doppelten Prozesskette“ zu organisieren, benötigen pflegende Angehörige häufig Unterstützung und Beratung. Geleistet werden kann diese Beratung in Form eines Case Managements, welches pflegende Angehörige vor und nach der Inanspruchnahme einer stationären Maßnahme begleitet und unterstützt. Im § 45 SGB XI sind zwar Leistungen für Pflegepersonen sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag definiert, bislang gibt es jedoch keine gesonderten rechtlichen Ansprüche für pflegende Angehörige im Bereich des Case Managements.

Die S3-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ formuliert die stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz als Empfehlung (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. [DEGAM], 2018). Der Schaffung von individualisierten Rehabilitationsangeboten, die an den sich verändernden demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen ausgerichtet sind, kommt in Zukunft besondere Bedeutung zu (Bengel & Mittag,

2020). Ein umfangreiches und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstelltes Gutachten zur Bestandsaufnahme der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige kommt zu dem Schluss, dass ein flächendeckendes Angebot für pflegende Angehörige in Deutschland bei Weitem nicht verfügbar ist (Hertle et al., 2014). Die bestehenden Angebote sollten daher an die Bedürfnisse pflegender Angehöriger angepasst werden, ein „eigener Reha-Zweig“ ist nicht erforderlich (Hertle et al., 2014, S. 74). Herausfordernd ist allerdings, dass einem großen Teil der Einrichtungen Erfahrungen und ein Konzept fehlen, um den besonderen Bedarfen pflegender Angehöriger gerecht zu werden – insbesondere in Bezug auf Begleitangebote und die Unterbringung der pflegebedürftigen Person (Sommer et al., 2021).

Vor diesem Hintergrund wurde das Verbundvorhaben „Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ (PuRpA) ins Leben gerufen. Das Verbundvorhaben besteht aus drei eigenständigen Modellprojekten und einem Querschnittsprojekt und wurde von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2023 gefördert. Projektträger sind die AW Kur und Erholungs GmbH und der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V., als Projektpartner hat die Hochschule Bielefeld (HSBI) die wissenschaftliche Begleitung übernommen.

Die Projekte hatten zum Ziel, praxis- und wissensbasierte Rahmenkonzepte

- für die stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegende Angehörige,
- für entsprechende Begleitangebote für die pflegebedürftigen Personen und
- für ein zugehendes, unterstützendes Case Management für pflegende Angehörige

zu entwickeln und in kooperierenden Vorsorge- und Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstandorten in Nordrhein-Westfalen zu erproben. Als Projektträger übernahmen die AW Kur und Erholungs GmbH und der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. die Konzeptentwicklungen. Am Ende der Projektlaufzeit stehen nun finalisierte und umfangreich validierte Rahmenkonzepte zur Verfügung, welche deutschlandweit von Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen und Beratungsstellen genutzt werden können.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung durch die Hochschule Bielefeld beschrieben – diese gliedern sich in die Bereiche der Konzeptentwicklung und -validierung. Da es das Hauptziel des Querschnittsprojekts war, die Rahmenkonzepte in der Erprobung zu validieren, entfällt hierauf der größere Anteil. Nach allgemeinen Ausführungen zur Zielgruppe der pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen und einer Einordnung der Belastungen durch die häusliche Pflege (Kapitel 2) wird in Kapitel 3 der methodische Überbau des Verbundvorhabens PuRpA für alle drei Modellprojekte beschrieben. Hierbei wird zum einen auf das „MRC“-Modell (Medical Research Council Guidance) eingegangen, welches für die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen konzipiert wurde (Craig et al., 2008), und zum anderen das Thema der Nutzer*innenorientierung theoretisch untermauert. Die Ausrichtung an den Nutzer*innen der Maßnahmen, den pflegenden Angehörigen, war im Verbundvorhaben zentral und bestimmte in allen drei Modellprojekten die inhaltliche Arbeit. Nach der theoretischen Einführung folgt die Beschreibung der gewählten quantitativen und qualitativen Methoden zur Konzeptentwicklung und -validierung. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden in den Kapiteln 4, 5 und 6 dargelegt – jeweils in Bezug auf das einzelne Modellprojekt. Im Sinne eines Querschnittsprojekts, welches die Ergebnisse der unterschiedlichen Modellprojekte zusammenführt, wird in Kapitel 7 ein übergeordnetes theoretisches Modell zur Nutzer*innenorientierung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige abgeleitet. Dieses soll zukünftigen Bestrebungen zum Aufbau von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige im ambulanten und stationären Bereich als Ausgangslage dienen.

Der vorliegende Bericht richtet sich an Verbände, Vereine und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Leistungsträger, Politik, Selbsthilfe, Wissenschaft, aber auch an alle anderen Interessierten.

Literatur

- Bohnet-Joschko, S. & Bidenko, K. (2022). Hochbelastete Gruppen pflegender Angehöriger – Ergebnisse einer Clusteranalyse. *Das Gesundheitswesen*, 84, 510-516. <https://doi.org/10.1055/a-1378-8897>
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019): The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Von TNS Infratest Sozialforschung, München. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_zur_Studie_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf
- Bengel, J. & Mittag, O. (2020). Grundlagen und Selbstverständnis. In R. Buschmann-Steinhage & T. Widera (Hrsg.), *Psychologie in der medizinischen Psychologie* (S. 15-30). Springer.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337:a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V., [DEGAM]. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen* (AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-006l_S3_Pflegende-Angehorige-von-Erwachsenen_2019-03.pdf
- Hertle, D., Lüken, F., Trümner, A., Tewes, C., Rohjans, M., & Veit, C. (2014). Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/ak_Gutachen_pflegerische_Angehoerige_final_1.1.zip
- Janson, P., Willeke, K., Zaibert, L., Budnick, A., Berghöfer, A., Kittel-Schneider, S., Heuschmann, P. U., Zapf, A., Wildner, M., Stupp, C., & Keil, T. (2022). Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 5864. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105864>
- Robert Koch-Institut, [RKI] (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt* 6(3), 1-12. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1>.
- Sommer, J., Braun, B. & Meyer, S. (2021). *Studie zur Untersuchung der Bedarfe von Müttern/Vätern und pflegenden Frauen und Männern (mit und ohne Kinder im Haushalt) in Vorsorge- und Reha-Maßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes*. Interval GmbH. https://interval-berlin.de/wp-content/uploads/2022/08/MGW_Abschlussbericht_Interval_BIAG.pdf
- Statistisches Bundesamt, [Destatis] (2022). *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse 2021*. (Artikelnummer: 5224001219005) [Excel Datei]. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt, [Destatis] (30.03.2023). *Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland. Tabellen. Zeitreihe: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#250648
- Wang, S., de Almeida, J. & Declercq, A. (2022). Factors associated with informal caregivers' ability to continue care: a subgroup analysis. *Age and Ageing*, 51, 1-9. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac275>

- Rothgang, H., & Müller, R. (2018). *Barmer Pflegereport 2018 - Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit*. <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport/pflegereport-2018-1058898>
- Schiffczyk, C., Romero, B., Jonas, C., Lahmeyer, C., Müller, F., & Riepe, M. 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>

6. MODELLPROJEKT: „KONZEPTENTWICKLUNG CASE MANAGEMENT FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“

6.1 Projektbeschreibung

Das Modellprojekt „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“ wurde von der AW Kur und Erholungs GmbH der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e. V. als Projektträger durchgeführt. Ziel des Modellprojektes war es, ein Rahmenkonzept für ein zugehendes, niederschwelliges und sektorenübergreifendes Beratungs- und Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige (Case Management für pflegende Angehörige – CMpA) mit präventiven und gesundheitsförderlichen Elementen zu entwickeln. Diese Case Management Intervention soll die verschiedenen Lebenslagen von pflegenden Angehörigen sowie ihre jeweiligen Bedarfe berücksichtigen. Im Fokus steht dabei, die Belastungen pflegender Angehöriger nachhaltig zu reduzieren, ihre Gesundheit zu stärken sowie ihr Wohlbefinden zu verbessern. Dazu sollten Mitarbeiter*innen (z.B. kommunale Pflegeberater*innen, Pflegeberater*innen der Pflegekassen, Quartiersmanager*innen, usw.) aus dem Bereich Pflege- und Sozialberatung zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige weiterqualifiziert werden. Ein entsprechendes Curriculum wurde ebenfalls im Rahmen des Modellprojektes entwickelt. Damit pflegende Angehörige mit stationärem Vor- oder Rehabilitationsbedarf im Vorfeld und im Anschluss an eine stationäre Maßnahme eine niederschwellige und zugehende Begleitung und Unterstützung erhalten können, wurde im Rahmenkonzept auch ein Vorsorge-/Nachsorgebaustein beschrieben. Das Rahmenkonzept ist auf der [Homepage des Projektträgers](#) verfügbar.

Case Management

Die Funktion von Case Manager*innen erstreckt sich über verschiedene Aspekte gemäß der Definition des Case Managements, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management [DGCC] festgelegt wurde. Case Management wird als Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation definiert, um bedarfsgerecht im Einzelfall die notwendige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu gewährleisten (DGCC, 2013).

Zu den Zielen des Case Managements zählt die optimale Gestaltung der Versorgung sowie die Erkennung des Zusammenhangs zwischen medizinischen und sozialen Problemen. Ein weiteres Ziel besteht darin, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu verhindern. Dies wird durch den Aufbau eines bedürfnisorientierten Unterstützungssystems erreicht, das aus der Einzelfallbetreuung Rückschlüsse auf fallübergreifende Netzwerke zieht, um die spätere Zusammenarbeit verschiedener Dienstleistungen zu verbessern.

Eine wichtige Grundlage für das Case Management ist eine komplexe Ausgangssituation oder Problemlage, die nicht durch die Inanspruchnahme einer einzigen Dienstleistung bewältigt werden kann. Die Tätigkeit umfasst Beratung, Begleitung sowie die Organisation, Koordination und Steuerung der Versorgungsabläufe, die individuell auf den einzelnen Fall zugeschnitten sind. Case Management findet in verschiedenen Sektoren statt, sowohl ambulant als auch stationär. Es kann entweder auf allgemeiner/systemischer Ebene (wie die Begleitung im Krankenhaus) oder auf individueller Ebene (bezogen auf die Problembewältigung einer einzelnen Person oder Familie) durchgeführt werden. Case Management zielt darauf ab, eine effektive Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsakteure durch gute Koordination und Organisation zu schaffen (Wendt, 2015; Monzer, 2018; DGCC, 2013).

Modellprojekt

Die Qualifizierung der Case Manager*innen für pflegende Angehörige erfolgte über eine Schulung. Für diese Schulung wurde zuvor ein modulares Schulungscurriculum entwickelt, mit dem dann 15 Mitarbeitende aus der (Pflege-)Beratung der Kreise/Kommunen, der Freien Wohlfahrtspflege und der Pflegekasse weiterqualifiziert werden konnten. Die Schulung war aufgeteilt in zwei je dreitägige Basisschulblöcke im März 2022 und zwei Fresh-up Termine im April 2022. Zusätzlich hat die Unfallkasse NRW die Module „Familienmoderation“ und „Beim Pflegen gesund bleiben“ angeboten.

Im Sommer 2022 starteten dann neun Case Manager*innen für pflegende Angehörige an sechs Modellstandorten in die Erprobungsphase, die bis in den Sommer 2023 lief. Abbildung 51 veranschaulicht diesen Verlauf und skizziert die Arbeitsschritte der wissenschaftlichen Begleitung im Bereich der Konzeptentwicklung und -validierung.



Abb. 51: Übersicht zum Verlauf des Modellprojekts (eig. Darstellung)

Das Konzept richtet sich nach den Lebensumständen der pflegenden Angehörigen und berücksichtigt ihre spezifischen Wünsche und Bedürfnisse. Das Ziel besteht darin, die Belastungen der Pflegenden langfristig zu verringern, ihre Gesundheit zu fördern und ihr Wohlbefinden zu steigern.

Die Anzahl der Termine sowie die Gesamtdauer des CMpA-Prozesses variieren in Abhängigkeit der individuellen Fälle. Ebenso sind die Tätigkeiten, die die Case Manager*innen für pflegende Angehörige durchführen vielfältig, weil sie sich nach den in der Unterstützungs- und Entlastungsplanung festgelegten Zielen richten. Die Hauptfunktion der Case Manager*innen für pflegende Angehörige wird aber im Social Support gesehen. Je nach Bedarf nehmen die Case Manager*innen für pflegende Angehörige aber auch die Gate-Keeper-, Broker- oder Advocacy-Funktion ein (Monzer, 2018 & DGCC, 2020). Näheres kann in der frei verfügbaren Veröffentlichung des Konzeptes der AW Kur und Erholungs GmbH nachgelesen werden.

Die Zielsetzung und Fragestellung der Validierung, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich der Hochschule Bielefeld durchgeführt wurde, werden im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

6.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es im Sinne des MRC-Modells die Konzeptentwicklung durch wissenschaftliche Erkenntnisse zu stützen und das anschließend entwickelte Konzept zu validieren. Die Datenerhebungen im Rahmen der Konzeptentwicklung dienten der Exploration des Handlungsfeldes, standen aber vor allem unter der Frage, was Expert*innen und Nutzer*innen von einem CMpA brauchen und erwarten. Um diese Frage zu beantworten, wurde zunächst mittels eines Scoping Reviews recherchiert, welche vergleichbaren Konzepte im internationalen Raum bereits zur Verfügung stehen und wie entsprechende Ergebnisse aussehen. Im nächsten Schritt wurde in Fokusgruppen mit Expert*innen und Nutzer*innen eruiert, wie ein CMpA-Konzept gestaltet werden sollte, und wie eine entsprechende Schulung gelingen kann, bzw. welche Kompetenzen Case Manager*innen für pflegende Angehörige benötigen, um das Konzept kompetent umsetzen zu können.

Im Zentrum der Validierung stand die folgende Forschungsfrage: Wie empfinden und beurteilen Nutzer*innen die Teilnahme am Konzept Case Management für pflegende Angehörige?

Ziel der Datenerhebungen war die **Validierung aus Nutzer*innenperspektive** zur Überarbeitung einer Pilotversion des Konzeptes „Case Management für pflegende Angehörige“. Hinsichtlich der Nutzer*innenperspektive wurde zusätzlich versucht die folgenden Fragen zu beantworten:

- Wie haben die pflegenden Angehörigen [pA] die Teilnahme am CMpA erlebt?
- Wie hat Ihnen die Teilnahme gefallen?
- Welche Auswirkungen haben sie durch die Teilnahme erlebt?
- Welche Hinweise ergeben sich bzgl. der Umsetzung des Konzeptes?
- Inwiefern konnten die Ziele (Stärkung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit) erreicht werden?
- Wie erfolgte der Zugang?

Die **Interviews mit den Case Manager*innen für pflegende Angehörige** verfolgten zwei unterschiedliche Ziele: Zum einen die Konzeptvalidierung aus Anbieter*innenperspektive, zum anderen die Schulungvalidierung aus Case Manager*innenperspektive zur Überarbeitung einer Pilotversion des Curriculums der Schulung zum/zur „Case Manager*in für pflegende Angehörige“. Daher lagen den Interviews die folgenden primären Fragestellungen zugrunde:

1. Wie ist es den Case Manager*innen bei der Durchführung des CMpA-Konzeptes ergangen und wie beurteilen Sie die Übertragbarkeit des Konzeptes in die Praxis?
2. Wie haben sich die Case Manager*innen durch die Schulung auf die Durchführung des Case Managements für pflegende Angehörige vorbereitet gefühlt?

Die sekundären Forschungsfragen dieser Datenerhebung sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 17: sekundäre Forschungsfragen der Interviews mit Case Manager*innen für pflegende Angehörige

Konzeptvalidierung	Schulungvalidierung
<ul style="list-style-type: none">- Wie wurde das Konzept umgesetzt?- Welche Gelingensbedingungen lassen sich aus den Erfahrungen der CMpA ableiten?- Wie ist die Akzeptanz der CMpA hinsichtlich des Konzeptes?- Welche Hinweise ergeben sich für die Konzeptüberarbeitung?	<ul style="list-style-type: none">- Wie ist die Akzeptanz der CMpA hinsichtlich der Schulung?- Welche Hinweise ergeben sich für die Schulungsüberarbeitung?

6.3 Konzeptentwicklung

Grundlage für die Entwicklung der Konzepte boten die Ergebnisse eines Scoping Reviews und mehrerer Fokusgruppen. Das Vorgehen und die Ergebnisse dieser Methoden werden in diesem Kapitel skizziert.

6.3.1 Scoping Review

Methodik

Die Ergebnisse der primären Fragestellung wurden bereits in Kapitel 5.1 dargelegt. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Literaturrecherche beschrieben.

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde ein Scoping Review in den Datenbanken PubMed, CINAHL und LIVIVO auf Deutsch und Englisch für den Zeitraum von 2010 bis 2021 durchgeführt. Zur geplanten Konzeptentwicklung war dieser Schritt daher unerlässlich, um den Verbundpartnern einen Überblick über den Forschungsstand zu den beschriebenen Forschungsfragen zu geben. In Anlehnung an Peters et al. und Munn et al. (2015 & 2020; 2018 & 2022) wurde, um das Vorgehen systematisch zu gestalten, zu Beginn der Recherche ein Protokoll angelegt, welches neben dem Titel, den Zielen und der Fragestellung, auch die Methodik in Form der Ein- und Ausschlusskriterien, den Studientypen und die Suchstrategie erhält. Es wurden darin außerdem die weiteren Schritte dokumentiert. Das Protokoll wurde mit der AW Kur und Erholungs GmbH abgestimmt, eine Veröffentlichung des Priori-Reviewprotokolls erfolgte nicht.

Der PCC (population, concept and context) guide wurde genutzt, um die Einschlusskriterien zu definieren (Peters et al., 2020). Die Population [P] umfasst pflegende Angehörige jeden Alters, Geschlechts und sozioökonomischen Status (SES), mit unterschiedlichen Rollen in der Pflege, aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, mit unterschiedlichen Pflegesituationen und gesundheitlichen Einschränkungen, die einen pflegebedürftigen Menschen aus dem familiären oder erweiterten Umfeld unentgeltlich (ausgenommen Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI) und längerfristig körperlich pflegen und/oder hauswirtschaftlich versorgen und/oder psychosozial betreuen (Lichte et al., 2018). Zum Konzept [C] zählen verschiedene Interventionselemente für pflegende Angehörige. Der Kontext [C] besteht aus allgemeinem bzw. systemischem zugehendem, präventivem Case Management für den pflegenden Angehörigen & zugehendem Case Management zur Unterstützung pflegender Angehöriger vor und nach einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme.

Ausgeschlossen werden Interventionen, die eine initiale Beratung darstellen, in denen Case Manager*innen nur einmalig beraten sowie Beratungen, die den Einschlussfaktoren widersprechen. Leitlinien, Fallserien, Abschlussberichte anderer Projekte, Kongressbeiträge, Websites, Blogs und Briefe werden ebenfalls nicht eingeschlossen.

Suchbegriffe für die beschriebenen PCC-Inhalte wurden mittels boolescher Operatoren miteinander verknüpft und in PubMed mit MeSH-Terms ergänzt. Dieses Vorgehen wird in der folgenden Tabelle exemplarisch zusammengefasst.

Tab. 18: Beispiel Suchstrategie

Komponente	Suchbegriff	Synonym	Englische Übersetzung
1	Pflegende/r Angehörige/r Informelle Pflege Laienpflege Angehörigenpflege	„Pflegende* Angehörige**“	caregiver*, „informal caregiver“, carer, „family carer“, „family caregiver, family caring
AND			
2	Case Management	Prozesssteuerung, -management,	„managed care“, „case management“

Datenanalyse

Die identifizierte Literatur wurde mithilfe des Literaturverwaltungsprogramms Endnote X9.2 ausgewählt. Eine Projektmitarbeiterin übernahm die erste Durchsicht basierend auf den Titeln oder Abstracts und nutzte dabei die Funktion zur Gruppierung in EndNote X9.2 (inklusive Entscheidung für Ein- oder Ausschluss mit entsprechender Begründung). Die Gruppe „Ausschluss“ wurde mit Begründungen versehen, um ein transparentes Auswahlverfahren zu gewährleisten. Die abschließende Auswahl der Publikationen, die in das Scoping Review aufgenommen wurden, erfolgte nach einer gemeinsamen Diskussion mit einer anderen Projektmitarbeiterin.

Ergebnisse

3141 Treffer wurden über die Suche in den beschriebenen drei Datenbanken erzielt. Zusätzlich wurden acht Artikel durch die Scoping Reviews der anderen beiden Modellprojekte des Verbundvorhabens berücksichtigt. Mithilfe der Software EndNote wurden 2616 Duplikate entfernt. Nach dem Screening der Titel und Abstracts der restlichen Artikel, wurden 38 Voll-Text-Artikel hinsichtlich ihrer Eignung unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. In diesem Schritt wurden 29 Artikel ausgeschlossen, sodass neun Studien ins Review integriert wurden. Abbildung 52 zeigt das erstellte Flussdiagramm, welches den Recherche- und Auswahlprozess veranschaulichen soll (Tricco et al., 2018).

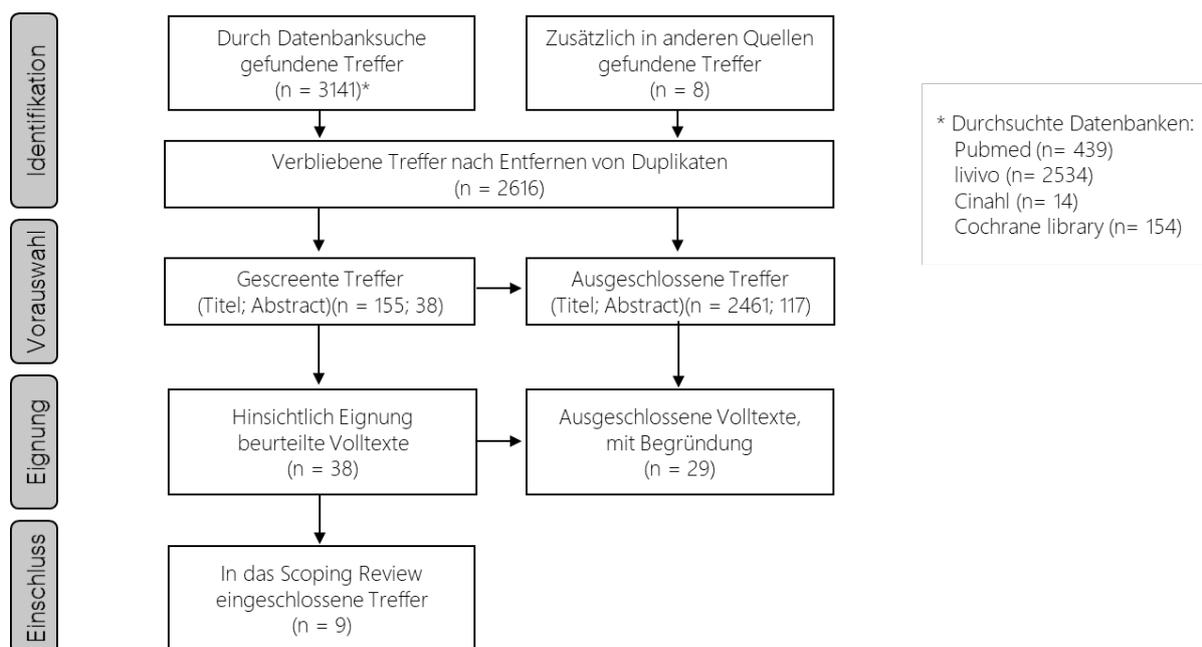


Abb. 52: Flussdiagramm zur Studienauswahl (eig. Abb. nach Tricco et al., 2018)

Die primäre Fragestellung, welche zugehenden, sektorenübergreifenden und präventiven Beratungs- und Unterstützungskonzepte/Case Management Konzepte für pflegende Angehörige bestehen, wird im Folgenden beantwortet.

Die eingeschlossenen Studien sind hinsichtlich Design und Methodik sowie Zielsetzungen und Fragestellungen heterogen. Zwei der eingeschlossenen Studien sind Reviews. Eins dieser Reviews hat mittels systematischer Methodik positive und negative Folgen klinischer Case Management-Programme für gebrechliche ältere Menschen oder Menschen mit Demenz auf deren pflegende Angehörige identifiziert (Corvol et al., 2017). Das zweite, in diesem Fall systematic mixed studies,

Review identifizierte die Bedarfe von Patient*innen und deren pflegenden Angehörigen sowie die Effekte von Case Management auf die Dyaden (Khanassov & Vedel, 2016). Bei den übrigen Studien handelt es sich um Interventionsstudien.

Corvol et al. (2017) identifizierten in ihrem systematischen Review 11 randomisierte klinische Studien und fünf quasi-experimentelle Studien. Neben einer Handsuche wurden die Datenbanken MEDLINE, EMBASE, ISI Web of Knowledge, dem Cochrane Central Register of Controlled Trials, PsycINFO, CSA Social Services Abstract und FRANCIS durchsucht. Die Bewertung der methodischen Qualität der randomisierten Studien erfolgte nach Cochrane Collaboration tools for assessing risk of bias in randomized trials anhand der Bewertungsmerkmale Interventionsbeschreibung, Interventionsintensität und dem Grad der Integration. Bei den identifizierten Konzepten handelt es sich um Case Management Konzepte für Pflegende von älteren gebrechlichen Personen, bei denen die pflegenden Angehörigen bzw. primären Bezugspersonen nicht immer einen familiären Zusammenhang haben. Die pflegenden Angehörigen sind im Alter von 44 bis 67 Jahren und überwiegend Frauen. Die pflegebedürftigen Angehörigen sind über 65 Jahre alt. (Corvol et al., 2017).

Khanassov und Vedel (2016) inkludierten insgesamt 54 Studien in ihrem systematischen Review. 46 der Studien beschreiben Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen, acht Studien betreffen Case Management-Konzepte. Die Studien haben ein quantitatives, qualitatives oder Mixed-Method-Design und wurden in den Datenbanken MEDLINE, PsycINFO und EMBASE und einer zusätzlichen Handsuche gefunden. Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien fand mittels Mixed Methods Appraisal Tool statt, das die interne und externe Validität, z. B. in Bezug auf die Repräsentativität der Stichprobe und Randomisierung, betrachtet. Eingeschlossen wurden die Studien ohne Rücksicht auf deren Qualität, allerdings wurde mittels Sensitivitätsanalyse der Einfluss von Studien geringerer Qualität auf die Ergebnisse bewertet. Das Review beinhaltet narrative Synthesen zur Entwicklung einer Taxonomie der Bedürfnisse und Auswirkungen von Case Management auf die Bedürfnisse. Zudem wurde eine narrative Synthese zur Definition der Schlüsselkomponenten von Case Management durchgeführt. Zielgruppentechnisch richten sich die Studien sowohl auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen als auch zu pflegebedürftigen Personen. Es wurde ein Demenz-Case-Management-Konzept in der Primärversorgung basierend auf einer engen Zusammenarbeit von Case Manager*innen und Hausärzt*innen identifiziert. Die Case Manager*innen waren Pflegefachpersonen mit Spezialisierung auf die Pflege älterer Menschen. Zu ihren Aufgaben gehören die Koordination von Behandlungsplänen und die Bereitstellung von Dienstleistungen. Während dieser Prozesse erfolgt regelmäßige Kommunikation mit den Hausärzten und -ärztinnen. Die Aufgabe der Hausärzt*innen ist es, Versorgungspläne zu entwickeln und anhand von Updates von den Case Manager*innen zu modifizieren sowie die medizinische Behandlung durchzuführen.

Jungbauer et al. (2017) konzipierte und evaluierte ein zugehendes und persönliches Unterstützungskonzept; Angehörigenlots*innen, die Angehörige von Schlaganfallpatient*innen während des Rehabilitationsprozesses unterstützen sollen. Das Konzept soll phasenübergreifend eine feste Ansprechperson bieten, die zugehend berät, sodass auch Hausbesuche möglich sind. Die Anzahl der Beratungen soll individuell an die Bedarfe der pflegenden Angehörigen angepasst werden, umfasse aber i. d. R. ca. vier bis sechs Beratungen, von der Aufnahme der Schlaganfallpatient*innen bis zu deren Entlassung ins häusliche Umfeld. Die Beraterin arbeitet als „Lotsin“. Ihre Fachkompetenzen umfassen rehabilitationsbezogene Kenntnisse und Kompetenzen in professioneller Beratung und Gesprächsführung. Zu ihren Aufgaben gehören neben den Hausbesuchen das individuelle Eingehen auf Informations- und Hilfebedarf, psychosoziale Beratung mit therapeutischen Elementen, Unterstützung bei der Entwicklung von Problemlösungen, Hilfe bei der Beantragung von Leistungen, Telefonberatung, Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und die Kooperation und Vernetzung mit bestehenden Unterstützungsangeboten sowie Öffentlichkeitsarbeit. Die Evaluation erfolgte via Mixed-Method pre-post-Design und umfasste neben einer Fragebogenerhebung zu unterschiedlichen Aspekten erlebter Belastungen und Bewältigungsversuchen auch Interviews. (ebd.).

Wittingham et al. (2017) führten eine phänomenologische Studie mit semistrukturierten Interviews zur Evaluation der Rolle einer Specialist Heart Failure Nurse (SHFN) durch. SHFNs sollen evidenzbasierte Versorgung, in Form von pharmakologischen und nicht pharmakologischen Interventionen, leisten, eingebettet in einen Case Management Ansatz. Fokussiert werden die Erfahrungen pflegender Angehöriger von Patient*innen mit Herzversagen mit der Unterstützung der SHFNs. Der Case Management Ansatz der Studie basiert ebenfalls auf einer zugehenden Ansprache. Interviewteilnehmende wurden durch purposive sampling rekrutiert. Diese Methode der Stichprobenziehung sucht nach Teilnehmenden, die detaillierte Einblicke in ihre Erfahrungen mit dem zu evaluierenden Thema bieten können.

Im Rahmen eines Pilot-RCTs, sollte in der dritten eingeschlossenen Interventionsstudie ein innovatives Health and Social Collaborative Case Management-Modell (HSC-CM-Modell) zur Optimierung der Unterstützung pflegender Angehöriger von geriatrischen Patient*innen entwickelt werden. Basis für den Ansatz bietet ein umfassendes Assessment, ein integratives Angebot mit multidisziplinärer Zusammenarbeit in Form von gruppenbasierten Trainingsworkshops. Die Durchführung der Workshops in Gruppen soll zusätzliche Unterstützung durch Peers bieten. Der Case Management-Prozess ist dabei für 16 Wochen angesetzt. Die Studie lief von Juni 2013 bis Juli 2014. Insgesamt haben 60 pflegende Angehörige am RCT teilgenommen. Die Rekrutierung erfolgte über das Gemeindezentrum in Hongkong. Die pflegenden Angehörigen waren durchschnittlich 61,3 Jahre alt und haben gebrechliche ältere Menschen gepflegt. Die Hälfte der Teilnehmenden erhielt Beratung via HSC-CM-Modell, während die anderen 30 pflegenden Angehörigen allgemeine Beratung durch Sozialarbeiter*innen erhielten. Evaluiert wurde die Intervention mittels schriftlicher Befragung, die Instrumente wie das Caregiver Burden Inventory und den SF-36 enthielt. Als zusätzliches Outcome wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) ermittelt (Yu, 2016).

Die Studie Problemlösen in der Pflegeberatung (PLiP-Studie) veröffentlichte ihr Studienprotokoll, in welchem die Cluster randomisierte pragmatische Studie beschrieben wurde. Während der Fokus der Studie auf der Schulung von Pflegeberater*innen der gesetzlichen Pflegeversicherung im Problemlösungsansatz und den anschließenden Einschluss dieses Ansatzes in die Pflegeberatung pflegender Angehöriger darstellte, wird zusätzlich beschrieben, dass der Umfang von Pflegeberatung auch Case Management umfassen sollte. 38 Standorte mit 58 Pflegeberater*innen (durch Berater*innen der Pflegekassen (Qualifikation nach Empfehlung des GKV-Spitzenverbands)) nahmen an der Studie teil. Die Kontrollgruppe (n = 50) bestand aus pflegenden Angehörigen, die ausschließlich die Routineberatung (§ 7a SGB XI) durch Pflegeberater*innen erhalten haben, während pflegende Angehörige der Interventionsgruppe (n = 50) zusätzlich Problemlösungsberatung für pflegende Angehörige von pflegebedürftigen Personen unterschiedlicher Diagnosen erhalten sollten. Die Evaluation erfolgte via Fragebogenerhebung und Telefoninterviews je nach Aufnahme in die Studie, nach drei Monaten und nach sechs Monaten. Outcomes, die zur Wirksamkeitsüberprüfung untersucht wurden, beinhalten u. a. Depressivität, körperliche Beschwerden und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen. Zusätzlich wurde mittels Barthel-Index überprüft, ob Unterschiede in der Funktionalität der pflegebedürftigen Personen durch die Intervention wahrnehmbar waren. Die Pflegeberater*innen wurden zusätzlich zu drei Zeitpunkten zur Wirksamkeit der Schulung befragt (Pfeiffer et al., 2017; Pfeiffer et al., 2018).

Ein weiteres RCT zog einen Vergleich der Wirksamkeit von zwei Beratungsinterventionen mit nachgewiesener Evidenz in New York City (Resources for Enhancing Caregiver Health-Offering Useful Treatment (REACH-OUT) und New York University Caregiver Intervention (NYUCI)). Die Zielgruppe bilden hispanische pflegende Angehörige von pflegebedürftigen Personen mit Demenz in Nord Manhattan (n = 221). Die Interventionsgruppe erhielt eine erweiterte Pflegeintervention (NYUCI) (n = 110), die Kontrollgruppe REACH-OUT. Die Intervention soll depressive Symptome sowie die Belastung pflegender Angehöriger reduzieren. Die schriftliche Befragung erfolgte zu Beginn der Interventionen sowie nach sechs Monaten. Gemeinsamkeiten der beiden Interventionen umfassen, dass beide auf dem Stress-Prozess-Modell (SPM) von Pearlin basieren und eine direkte Interaktion zwischen den durchführenden Fachpersonen und pflegenden Angehörigen vorsehen. Sie konzentrieren sich beide auf ähnliche Themen und Fähigkeiten, ermöglichen eine individuelle Anpassung

an den/die pflegende/n Angehörige/n und überweisen pflegende Angehörige an soziale Unterstützungsdienste. Bezüglich der Durchführung sehen beide Interventionen sechs geplante Besuche in sechs Monaten vor, haben jeweils eine ähnliche Dauer, bieten Ad-hoc-Kontakte und erfolgen durch Berater*innen mit dem Master in sozialer Arbeit. Die Interventionen unterscheiden sich v. a. in therapeutischen Techniken und der Art der Durchführung (Luchsinger et al., 2018, 2016).

In einer Mixed-Methods-Querschnittsstudie vergleichen Gridley et al. zwei Versorgungsmodelle; Versorgung durch Admiral Nurses und übliche Pflege. An der in England durchgeführten Beobachtungsstudie nahmen 32 lokale Behörden teil – je 16 lokale Behörden je Versorgungsmodell. Innerhalb der qualitativen Datenerhebung wurden 13 Interviews und sechs Fokusgruppen durchgeführt. An den Fokusgruppen nahmen insgesamt 35 pflegende Angehörige teil, 18 mit AN-Intervention und 17 ohne AN-Intervention. Zusätzlich nahmen 20 Fachkräfte teil. Neben der qualitativen Datenerhebung wurden eine Fragebogenerhebung und eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt. 346 Fragebögen wurden ausgewertet, von denen 46% der Teilnehmenden mittels AN-Ansatz versorgt wurden. Die Sekundärdatenanalyse wurde innerhalb des Dementia UK's AN Verwaltungsdatensatz durchgeführt. Outcomes, die bei der Evaluation betrachtet wurden, inkludieren die Lebensqualität sowie psychische und physische Gesundheit. Admiral Nursing ist ein Case Management-Konzept, welches sich auf die Unterstützung für pflegende Angehörige von pflegebedürftigen Personen mit Demenz spezialisiert. Die durchführenden AN sind Pflegefachpersonen für psychische Gesundheit mit einer Spezialisierung auf die Pflege von Menschen mit Demenz. Das Konzept beinhaltet die Beurteilung und Überwachung, Diskussion, Informationsbereitstellung und Beratung, Pflegekoordination, emotionale Unterstützung und Beratung sowie praktische Unterstützung (Gridley et al., 2019).

Weidner et al. (2017) stellten in ihrer Veröffentlichung einen entwickelten und erprobten multidimensionalen Ansatz innerhalb des Modellvorhabens „Entlastungsprogramm bei Demenz“ (EDe I und EDe II, 2006 bis 2011 im Landkreis Minden-Lübbecke, NRW) vor. EDe I sollte Entlastungen bei Menschen mit Pflegestufen I-III leisten (n = 300), während die Zielgruppe für EDe II Menschen mit Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind. Analysiert wurden die Dokumentationen zu Beratungsbesuchen und Protokolle der Fallkonferenzen, außerdem wurden Telefoninterviews mit pflegenden Angehörigen durchgeführt und die Case Manager*innen wurden schriftlich befragt. Die Konzepte sollen ein präventives, aufsuchendes und alltagsnahes Case Management darstellen, welches durch qualifizierte Pflegefachkräfte unter Beachtung individueller und sich verändernder Ressourcen, Bedarfe und Risiken in den betroffenen Familien durchgeführt wird. Weiterhin soll das Case Management programmatische Angebote von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen aus dem SGB XI und weiterer Angebote aus der jeweiligen Region zusammenstellen. Der Zugang erfolgt in EDe II über Haus- und Fachärzt*innen sowie Mitarbeiter*innen von Demenzfachberatungsstellen als erfolgreiche „Türöffner“ und in EDe I auch über ambulante Pflegedienste und die Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

Die existierenden Forschungsarbeiten zeigen, dass punktuell bereits zugehende, sektorenübergreifende und präventive Beratungs- und Unterstützungskonzepte für pflegende Angehörige existieren. Diese Konzepte variieren in ihrer Zielgruppenorientierung, den angewendeten Methoden und den unterstützten Bedürfnissen. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit eines regionalen, zielgruppenspezifischen, sektorenübergreifenden Angebotes für pflegende Angehörige, das die spezifischen Bedürfnisse der Pflegenden und ihrer individuellen Situationen berücksichtigt. Für die Entwicklung des Konzeptes Case Management für pflegende Angehörige konnten wesentliche Faktoren identifiziert werden. Die Ergebnisse betonen die Notwendigkeit, das Konzept nutzer*innenorientiert und individuell auf die vielfältigen Bedürfnisse pflegender Angehöriger auszurichten. Dabei ist es wichtig, Flexibilität zu wahren, um die teilweise eingeschränkten organisatorischen Möglichkeiten der Pflegenden zu berücksichtigen. Ein sektorenübergreifender Ansatz ist entscheidend sowie nicht nur psychosoziale Unterstützung, sondern auch Gesundheitsförderung anzubieten. Die Einbindung der Zielgruppe bereits im Entwicklungsprozess ist von großer Bedeutung. Ziel sollte demnach eine nachhaltige Entlastung für pflegende Angehörige sein.

6.3.2 Fokusgruppen

Insgesamt wurden in der Phase der Konzeptentwicklung drei Fokusgruppensitzungen durchgeführt. Eine Fokusgruppe mit Nutzer*innen und jeweils eine Fokusgruppe mit Expert*innen zur Konzeptentwicklung und zur Entwicklung des Curriculums.

Expert*innenfokusgruppe zur Curriculums-Entwicklung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Expert*innen für eine nachhaltige Implementierung des Curriculums und der Weiterqualifizierung verschiedene Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen als relevant beschreiben. Für eine anerkannte Zertifizierung wird beispielsweise der Grad der Professionalität hervorgehoben. Ein weiterer als relevant herausgestellter Aspekt war die frühzeitige Netzwerkarbeit, insbesondere der frühzeitige Einbezug von Kostenträgern. Es wurde empfohlen, realistisch und transparent darzustellen, welche Stakeholder von einem CMpA profitieren und wie der Mehrwert definiert sein könnte. Herausfordernd wird die Implementierung des Curriculums und der Schulung in gesetzliche Strukturen sowie die Entwicklung eines gesetzlichen Anspruches von pflegenden Angehörigen für ein CMpA gesehen. Gleichzeitig seien diese beiden Punkte langfristige Ziele. Hinsichtlich des Mehrwertes argumentierten die Expert*innen zusätzlich, dass dieser auch für die Case Manager*innen für pflegende Angehörige selbst dargestellt werden sollte.

Expert*innen- und Nutzer*innenfokusgruppe zur Konzeptentwicklung

Neben Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, die auf pflegebedürftige Personen abzielen, nehmen pflegende Angehörige auch Angebote in Anspruch, die auf sie selbst ausgerichtet sind, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen. Dies zeigt sich auch in den angesprochenen Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen nach einem Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen und nach Entlastungsangeboten. Darüber hinaus wünschen sich pflegende Angehörige persönliche Ansprechpartner*innen, rechtliche Unterstützung, mehr Verständnis und Anerkennung für die eigene Situation und flexiblere Rahmenbedingungen für ihre Berufstätigkeit. Barrieren für die Inanspruchnahme werden von den Fokusgruppenteilnehmenden aus Erfahrungen mit anderen Unterstützungsangeboten vor allem in den folgenden Bereichen gesehen: hohe Kosten, hoher Aufwand, keine zielgruppenspezifische Ausrichtung, abweichendes Rollenverständnis oder Kommunikationsprobleme mit den jeweiligen Anbietenden der Unterstützungs-/Entlastungsangeboten.

Die vielfältigen Bedürfnisse und Wünsche, wie Informationen und Beratung über Unterstützungsleistungen und Finanzierung – als auch die pflegenden Angehörigen selbst (z. B. die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, Gesundheitsförderung und Prävention), zeigen das breite Themenspektrum auf, das ein CMpA inhaltlich komplex macht. Dies bestätigt sich darin, dass pflegende Angehörige nicht nur Informationen und Beratung benötigen, sondern auch psychoemotionale sowie praktische Unterstützung bei Koordination und Organisation von Angeboten für sich und ihre zu pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus ist es unerlässlich, bei der Entlastung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen auch die Bedürfnisse und Situation der pflegebedürftigen Personen zu berücksichtigen. Pflegende Angehörige empfinden Entlastung nur dann, wenn sie sicher sind, dass die pflegebedürftige Person gut versorgt ist. Laut den Expert*innen kann CMpA daher nur gelingen, wenn das Familiensystem bzw. die Pflege-Dyade zwischen pflegebedürftiger Person und pflegender Angehöriger berücksichtigt wird und wenn die Lebenswelten, Bedarfe und Bedürfnisse der Dyade einbezogen werden.

Zur konkreten Konzeptplanung wird empfohlen, sich am Case Management Regelkreis zu orientieren. Um eine nachhaltige Entwicklung der Maßnahme zu gewährleisten, wird die Stärkung der Kompetenzen und Handlungsfähigkeit der pflegenden Angehörigen als entscheidend erachtet.

Um den Zugang erfolgreich zu gestalten, wird empfohlen, auf eine zugehende Kontaktaufnahme zu setzen, eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben und gut ausgedehnte Netzwerke für die

Case Manager*innen für pflegende Angehörige zu etablieren. Die Qualifikation der Case Manager*innen für pflegende Angehörige erfordert neben fachlichen Kompetenzen auch ein Verständnis für lokale Angebote, flexible Arbeitsorganisation und eine transparente Arbeitsweise. Der Aufbau einer Vertrauensbasis und die damit verbundenen persönlichen Eigenschaften wie Zuverlässigkeit sind entscheidend für den Beratungs- und Unterstützungsprozess.

In den Fokusgruppen wurde besonders hervorgehoben, was pflegende Angehörige vom CMpA bezüglich **Vor- und Nachsorge** benötigen. Sie wünschen sich z. B., vor eine Maßnahme ausreichend informiert zu werden und Unterstützung bei der Koordination und Organisation einer gleichzeitigen Betreuung der zu pflegenden Angehörigen zu erhalten. Diese Organisation sollte partizipativ gestaltet werden und die Betreuung zielgruppenspezifisch, qualitativ hochwertig und auf einer Vertrauensbeziehung beruhend sein. Nach einer Maßnahme benötigen pflegende Angehörige Unterstützung bei der Umsetzung bzw. Übertragung gelernter Inhalte und festgelegter Ziele im persönlichen Alltag. Die Expert*innen empfehlen, dass sowohl die Vor- als auch Nachsorge jeweils frühzeitig erfolgen sollte, z. B. um bei der Vorsorge bereits bei der Entscheidungsfindung, z. B. bzgl. der Auswahl der Einrichtung, unterstützen zu können. So könne hinsichtlich der Auswahl des passenden Rehabilitationsangebotes beraten werden. Ebenfalls könnten mit den pflegenden Angehörigen bereits im Vorfeld die Erwartungen zur Maßnahme thematisiert werden. Die Nachsorge sollte bestenfalls bereits während des Aufenthaltes der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen beginnen.

Für eine langfristige Aufrechterhaltung des Angebots empfehlen die Expert*innen, dass Kostenträger frühzeitig und kontinuierlich in Informationsaustauschrunden eingebunden werden, um sie aktiv in die Entwicklung des Konzepts einzubeziehen. Es sei außerdem ratsam, das Konzept durch nachvollziehbare wissenschaftliche Begleitung zu unterstützen und die Beteiligung der Politik zu gewährleisten. Eine mögliche gesetzliche Verankerung wurde über § 37 Abs. 3 SGB XI, die Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI oder im Rahmen von Pflegestützpunkten gemäß § 7c SGB XI gesehen.

6.4 Validierung

In diesem Kapitel wird die Methodik der Datenerhebung während der Validierungsphase präsentiert. Es folgt eine Analyse der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen sowie eine Zusammenfassung der identifizierten Gelingensbedingungen für das Konzept.

6.4.1 Methodik

Studiendesign und -ablauf

Grundlage für die Validierung war der Mixed-Methods-Ansatz, bei dem quantitative und qualitative Datenerhebungen und -auswertungen kombiniert werden (Lincoln, 2005). Die pflegenden Angehörigen wurden zu zwei Zeitpunkten schriftlich befragt: zu Beginn des CMpA (t0) und einige Wochen nach Abschluss der Maßnahme (t1). Im Anschluss an die Maßnahme wurden sie gebeten, an einem telefonischen Interview teilzunehmen. Die Case Manager*innen für pflegende Angehörige wurden ebenfalls um freiwillige telefonische Interviews gebeten, um ihre Erfahrungen mit der Erprobung des Konzepts zu erfragen und zu ermitteln, wie die Schulung sie auf die Umsetzung vorbereitet hat. Die Fragebögen und die Interview-Leitfäden sind im Anhang (Anhang 15-17) zu finden.

Quantitative Erhebung

Die schriftliche Befragung erfolgte anonym, aber mit persönlicher Kennzeichnung, um eine verbundene Stichprobe zu ermöglichen. Es wurde kein Erinnerungsschreiben für diejenigen, die nicht geantwortet haben, versandt. Die Fragebögen und Einladungen zur Teilnahme an Interviews wurden

persönlich von den Case Managern*innen für pflegende Angehörige verteilt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden dann von den pflegenden Angehörigen an die Hochschule mittels eines frankierten Rückumschlags zurückgesandt.

Die Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten. Es wurde keine Analyse der Nicht-Teilnahme (Non-Responder-Analyse) durchgeführt, daher liegen keine Informationen über die Gründe für das Nicht-Teilnehmen vor.

Messmethoden

Um Informationen über mögliche Wirkungstendenzen zu erhalten, wurden anhand des dem Konzept zugrunde liegenden Wirkmodells Erhebungsinstrumente zu den folgenden Inhalten recherchiert und im Fragebogen genutzt:

- soziale Unterstützung
- Wohlbefinden
- Belastungen durch die häusliche Pflege

Mit dem **K-14 F-SozU**, einer Kurzversion des Fragebogens zur sozialen Unterstützung, wurde die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung der pflegenden Angehörigen erhoben (Fydrich, 2007). Das Instrument ist in deutschsprachigen Ländern weit verbreitet und akzeptiert und wird seit den 1980er Jahren besonders in Forschungskontexten der klinischen Psychologie oder Verhaltensmedizin eingesetzt. Die Autor*innen des Fragebogens betrachten soziale Unterstützung als die wahrgenommene oder erwartete Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk. Dieser kognitive Ansatz konzentriert sich darauf, wie der Empfänger*innen die soziale Unterstützung bewertet. Studien haben gezeigt, dass diese Perspektive in klinischen und epidemiologischen Kontexten eine höhere Bedeutung hat als formale oder strukturelle Netzwerkmerkmale.

Der K-14 F-SozU umfasst 14 Aussagen zur wahrgenommenen oder erwarteten sozialen Unterstützung, die auf einer fünfstufigen Likertskala bewertet werden, von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft genau zu). Diese Aussagen beziehen sich auf generalisierte Erfahrungen statt auf konkrete Situationen. Der K-14 F-SozU weist überzeugende Qualitätskriterien auf, darunter hohe Konsistenz des Instruments und zufriedenstellende Selektivität sowie eine gute Retest-Reliabilität (Kliem et al., 2015).

Um Erkenntnisse über das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen zu Beginn und nach Beendigung der Maßnahme zu gewinnen, wurde der **WHO-5-Well-Being Index** angewandt (Psychiatric Research Unit – WHO Collaborating Centre in Mental Health, 1998). Er zählt zu den am häufigsten verwendeten Fragebögen zur Bewertung des subjektiven psychologischen Wohlbefindens. Seit seiner Erstveröffentlichung im Jahr 1998 wurde der WHO-5 in mehr als 30 Sprachen übersetzt und weltweit in Forschungsstudien eingesetzt. Der WHO-5 ist ein kurzer Fragebogen mit fünf einfachen und nicht-invasiven Fragen, die das subjektive Wohlbefinden der Befragten erfassen. Die Skala weist eine angemessene Gültigkeit sowohl als Screening-Instrument für Wohlbefinden als auch als Ergebnismessung in klinischen Studien auf und wurde erfolgreich in einer Vielzahl von Forschungsbereichen angewendet (Topp et al., 2015).

Zur Erfassung der Belastungen durch die häusliche Pflege wurde die Häusliche Pflege-Skala (**HPS-k**) gewählt. Sie besteht aus zehn Items, deren Summenwert ein globales Maß für die wahrgenommene Belastung durch die häusliche Pflege darstellt. Entwickelt wurde das Instrument, um anhand dieses Summenwertes abschätzen zu können, wie dringend eine Entlastung notwendig ist.

Die Skala ist vielseitig einsetzbar und geeignet für sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittstudien, um zeitliche Veränderungen zu erfassen (Gräbel et al., 2014). Die zehn Items der Skala erfassen verschiedene Aspekte, darunter psychische und physische Erschöpfung sowie die sozioökonomische Situation von pflegenden Angehörigen.

Die pflegenden Angehörigen werden aufgefordert, ihre aktuelle Situation anhand einer vierstufigen ordinalskalierten Likert-Skala zu bewerten: „stimmt genau“ (3), „stimmt überwiegend“ (2), „stimmt ein wenig“ (1), „stimmt nicht“ (0). Durch die Addition der Werte der zehn Items ergibt sich ein Gesamtwert im Bereich von 0 bis 30. Ein höherer Summenwert deutet auf eine größere Belastung hin. Die Interpretation des Summenwerts erfolgt durch die Kategorien „niedrige“, „mittlere“ und „hohe pflegerische Belastung“.

Qualitative Erhebung

Ziel der Nutzer*inneninterviews war es herauszufinden, wie die pflegenden Angehörigen ihre Teilnahme am CMpA wahrgenommen haben. Konkret wurden die Validierungsschwerpunkte Akzeptanz und Praktikabilität fokussiert. Zusätzlich wurden Fragen zur Umsetzung konzipiert. Inhaltliche Schwerpunkte waren zum einen die Organisation des Angebotes, aber auch die inhaltliche Gestaltung der Termine. Im Bereich der Akzeptanz wurde die durch die pflegenden Angehörigen wahrgenommene subjektive Nutzen bzw. die wahrgenommene Wirkung thematisiert. Die pflegenden Angehörigen wurden z. B. aufgefordert zu reflektieren, ob sie etwas Neues gelernt haben, was sie in ihren Alltag übertragen konnten. Durch die Interviews sollten zusätzlich Konsequenzen für die Überarbeitung der Pilotversion des Konzeptes identifiziert werden, indem beispielsweise auf die Motivation zur Teilnahme eingegangen wurde.

Schwerpunkte der Interviews, die mit den Case Manager*innen für pflegende Angehörige geführt wurden, waren die Umsetzung sowie Akzeptanz hinsichtlich des Konzeptes. Fokussiert wurde zudem, wie sich die Case Manager*innen für pflegende Angehörige durch die Teilnahme an der Schulung auf die Durchführung vorbereitet gefühlt haben. Die Datenerhebungsergebnisse der Validierung des Konzeptes und der Validierung der Schulung wurden separat von einander ausgewertet.

Vor Durchführung der Interviews wurden alle Teilnehmenden telefonisch über den Zweck sowie datenschutzrechtliche Hinweise informiert. Anschließend wurde ihnen postalisch eine Einverständniserklärung zugesandt, die unterschrieben zur Interviewdurchführung zurückerhalten wurde. Zu Beginn der Interviews wurden, ohne Audioaufnahme, erneut das Vorgehen sowie das Ziel der Interviews erläutert und wurde die Möglichkeit gegeben, auf Fragen einzugehen.

6.4.2 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Datenerhebung zur Validierung des Konzeptes CMpA vorgestellt. Insgesamt wurden leitfadengestützte telefonische Interviews mit drei pflegenden Angehörigen und acht Case Manager*innen für pflegende Angehörige geführt. Die Rückmeldequote der Fragebogenerhebung betrug 77% (t0) und 65% (t1) bis zum Stichtag im Oktober 2023, mit insgesamt 17 Teilnehmenden bei t0 und 11 bei t1.

Zuerst erfolgt eine Beschreibung der Stichproben, gefolgt von den Erkenntnissen der Datenerhebungen bezüglich der notwendigen Faktoren oder Aspekte für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des CMpA-Konzeptes. Darüber hinaus werden die Wahrnehmung und Bewertung des Angebots durch die Teilnehmer*innen dargelegt. Abschließend werden die Herausforderungen bei der Umsetzung skizziert, die sich aus den Interviews mit den CMpA ergeben haben.

6.4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 19 fasst die soziodemografischen Daten der drei pflegenden Angehörigen, die an Interviews teilgenommen haben, die im Folgenden kurz vorgestellt werden, zusammen.

Tab. 19: Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden (n = 3)

Soziodemografische Daten	Zusammenfassung
Alter	53 – 68 J.
Geschlecht	w: n = 2 m: n = 1
Familienstand	verheiratet: n = 1 ledig: n = 2
Kinder (Alter der Kinder)	keine: n = 2 Kinder: n = 1 (3 Kinder; 38 – 42 J.)
Berufliche Tätigkeit (Arbeitszeit pro Woche)	Erwerbstätig: n = 1 (16h/W); nicht erwerbstätig: n = 1 keine Angabe: n = 1
Dauer der pflegenden Tätigkeit	2 – 9 J.
durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag	Vollzeitpflege: n = 1 mehrere Std/d: n = 2
Gesundheitszustand/Erkrankung	Depression: n = 1 Arthrose: n = 1 Long Covid: n = 1 Krebs: n = 1
Verhältnis zum Pflegebedürftigen	Ehepartner: n = 1 Kind: n = 2
Wohnsituation/gemeinsamer/getrennter Haushalt	gemeinsamer Haushalt: n = 2 getrennter Haushalt: n = 1
Dauer des CMpA in Wochen	4 Monate: n = 1 6 Monate: n = 1 mehrere Monate: n = 1
Anzahl CMpA-Termine	4, 5, 7

Es folgen Kurzbeschreibungen der drei Fälle, PA1, PA2 und PA3.

Die erste pflegende Angehörige (PA1) ist 60 Jahre alt und versorgt mit ihrem Vater ihre pflegebedürftige Mutter. Ihre Mutter ist aufgrund von demenziellen Entwicklungen pflegebedürftig. Ihr Vater ist 87 Jahre alt, mit geringem eigenen Pflegebedarf. Durch einen Jobverlust in den letzten Monaten und der zusätzlichen Belastung durch die Pflegesituation ihrer Mutter fühlt sie sich belastet.

PA2 ist pflegende Angehörige ihrer mit Demenz erkrankten Mutter. Kurz vor dem CMpA verschlechterte sich die demenzielle Symptomatik durch die Narkose einer OP im Dezember 2022. Sie arbeitet in Teilzeit als Trainerin für Erwachsenenbildung. Seit 2019 lebt sie mit ihrer Mutter in einem Haus.

PA3 pflegt seine Ehefrau, die aufgrund eines Schlaganfalles pflegebedürftig ist. Er ist berentet und hat im September 2022, einige Zeit vor seiner Teilnahme am CMpA, an einer Rehabilitationsmaßnahme wegen eines Long Covid Syndrom teilgenommen.

Soziodemografische Daten (t0)

Im Median sind die pflegebedürftigen Angehörigen 74 Jahre alt. Die jüngste pflegebedürftige Person ist dabei fünf Jahre alt, die älteste 87 Jahre alt. Die pflegenden Angehörigen selbst sind durchschnittlich etwas jünger – durchschnittlich 60,24 Jahre alt (Md: 60). Der/die jüngste pflegende Angehörige war zum Zeitpunkt t0 37 Jahre alt, der/die älteste 81. Die meisten pflegenden Angehörige,

die am CMpA teilgenommen haben, sind weiblich (13 von 17), dies trifft auch für die meisten der pflegebedürftigen Angehörigen zu (10 von 17). Alle 17 Teilnehmenden gaben an, entweder verheiratet zu sein oder in einer Partnerschaft zu leben. Lediglich drei der befragten Personen gaben an, außer der Betreuung ihrer Angehörigen keine zusätzlichen Verpflichtungen zu haben. Einige der Befragten nannten mehr als eine weitere Verantwortung. Am häufigsten genannt wurde Berufstätigkeit (n = 9). Die pflegenden Angehörigen, die angegeben haben berufstätig zu sein, arbeiten zwischen 16 und 42 Stunden bzw. durchschnittlich ca. 30 Stunden in der Woche.

Neun der pflegenden Angehörigen geben an (Ehe-)Partner*innen zu pflegen, sechs der Teilnehmenden pflegen ihre (Schwieger-)Eltern. Zwei der Teilnehmenden pflegen ihre Kinder. 14 der pflegenden Angehörigen leben mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen in einem Haushalt.

Durchschnittlich übernehmen die pflegenden Angehörigen die Pflege seit etwa sechs Jahren. Die Spanne der Pflegeübernahme reicht von einem bis hin zu 20 Jahren.

Fast alle der 17 pflegebedürftigen Personen haben bereits einen Pflegegrad, bei einer Person wurde dieser beantragt. Zwei Personen haben Pflegegrad 5, acht Personen den Pflegegrad 4, fünf haben Pflegegrad 3, und eine Person Pflegegrad 2. Acht der Teilnehmenden haben mehrere Ursachen für die Pflegebedürftigkeit angegeben. Häufigste Nennungen waren Demenz, Schlaganfall, Herz- und Atemwegserkrankungen. Beide der zu pflegenden Kinder sind durch Entwicklungsverzögerungen pflegebedürftig.

Die meisten der 17 befragten pflegenden Angehörigen (n = 15) erhalten weitere Unterstützung zu der Pflegeübernahme. Am häufigsten angegeben wurden Familie und Bekannte (n = 12) und ambulante Pflegedienste (n = 7 bzw. 8).

Zum Zeitpunkt t0 zeigten die Ergebnisse der Auswertung der HPS-k, dass drei der pflegenden Angehörigen eine sehr geringe bis geringe Belastung verspüren, vier eine mittlere und elf eine starke bis sehr starke Belastung. Zu diesem Erhebungszeitpunkt war das durchschnittliche Wohlbefinden anhand der Angaben, die die pflegenden Angehörigen bei der WHO-5 tätigten, bei 23,51 %. Die Spannweite war zwar sehr groß (R = 60), der Median jedoch deckungsgleich mit dem Mittelwert (MD = 24). Ebenfalls getestet wurde die subjektive Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen hinsichtlich ihrer sozialen Unterstützung.

Das durchschnittliche Skalenweltergebnis der t0-F-SozU-Befragung beträgt 3,44, wobei das Minimum zu t0 bei 1,50 liegt. Die Bewertung erfolgte auf einer fünfstufigen Likertskala, die von „trifft nicht zu“ (1) bis „trifft genau zu“ (5) reicht und positive Aussagen über soziale Unterstützung umfasst. Höhere Werte deuten auf eine intensivere wahrgenommene soziale Unterstützung hin, wobei 5 den Höchstwert und 1 den niedrigsten Wert repräsentiert. Die Spannweite ist mit 3,36 (t0) relativ hoch. Der Prozentrang soll eine Möglichkeit bieten, die Ergebnisse mit einer repräsentativen Stichprobe zu vergleichen. Die Ergebnisse dieser Vergleichsstichprobe wurden von Fydrich et al. (2007) veröffentlicht. Der Prozentrang (PR = 13) zu t0 zeigt, dass lediglich 13 % dieser repräsentativen Gesamtstichprobe eine geringere wahrgenommene soziale Unterstützung aufweisen als die teilnehmenden pflegenden Angehörigen.

Faktoren/Aspekte für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des Konzeptes (Wie sieht ein Konzept aus Nutzer*innenperspektive aus und wie wird es bewertet?)

Im nachfolgenden Unterkapitel wird anhand der Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews und der Fragebogenerhebungen aufgegriffen, welche Faktoren für eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des Konzeptes relevant sind und wie die Umsetzung in der Erprobungsphase durch die pflegenden Angehörigen wahrgenommen wurde. Der Aufbau der Unterkapitel orientiert sich am Codesystem der Interviewauswertung.

6.4.2.2 Zugang

Die Interviewteilnehmenden führen aus, durch die Internetseite des Modellstandortes, einen Zeitungsbericht und/oder einen Radiobeitrag von der Möglichkeit des CMpAs erfahren zu haben. Ähnlich spiegeln dies auch die Ergebnisse der Fragebogenerhebung wider. Genannt wurden als Informationsquellen für das Angebot neben Zeitungsartikeln, direkte Ansprache durch Mitarbeitende der Modellstandorte, das Intranet einer oder mehrerer Standorte, aber auch Freunde oder Bekannte.

Im t0-Fragebogen wurden die pflegenden Angehörigen gefragt, ob sie die Leistungen des CMpA als Unterstützung für den Pflegealltag in Anspruch nehmen als Unterstützung nach einer stationären Vorsorge oder Rehabilitationsmaßnahme. Alle 17 Teilnehmenden gaben bei diesem Item an, die Leistungen als Unterstützung für ihren Pflegealltag in Anspruch genommen zu haben. Im Freitext zu den Gründen der Inanspruchnahme wurde von einer Person auch genannt, sich „Entlastung im Alltag für eine RehaMaßnahme, Gesprächspartner mit ähnlichen Problemen neben der Selbsthilfe“ gewünscht zu haben. Die Motivation wurde durch die Interviewteilnehmenden unterschiedlich beschrieben. Eine Teilnehmende erläuterte, weniger für ihre eigene Unterstützung als eher zur Unterstützung aller pflegenden Angehörigen am CMpA teilzunehmen, explizit, um Teil der Pilotstudie zu sein. Die beiden anderen Teilnehmenden gaben neben der grundsätzlichen Belastungssituation eine Zuspitzung der Pflegesituation und Neugier als Motivationsfaktoren an.

„Das war im Dezember, ich meine Dezember oder Januar 2022, 2023, da kam meine Mutter ganz frisch aus der Klinik. Also sie hatte eine OP mit einer langfristigen Rekonvaleszenz, mit Aufenthalt von zehn Tagen in der Intensivstation. Und ich war wirklich absolut überfordert mit der ganzen Situation, weil durch die Narkose die Demenz noch mal verstärkt worden ist. Die konnte sich / Also von heute auf morgen war das wirklich ein Switch von normal, mit leichten Gedächtnisproblemen, hin zu ganz extrem. Ich finde den Weg nicht mehr in mein Bett zurück. Und dann eben nachts umherirren und so weiter. Also, ich war so verzweifelt. [...]“ (PA2, Pos. 3)

Den Anmeldeprozess empfanden die Interviewteilnehmenden als unkompliziert.

Um möglichst viele Nutzer*innen von Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren, sollten unterschiedliche Informationswege genutzt werden. Es zeigt sich, dass sowohl traditionelle Medien (wie Zeitungsberichte und Radiobeiträge) als auch persönliche Empfehlungen und das Intranet der Modellstandorte effektive Kanäle sind, um potenzielle Nutzer*innen über das CMpA zu informieren. Darüber hinaus wird deutlich, dass alle Befragten die CMpA-Dienste als Unterstützung im Pflegealltag nutzen, wobei die Motivation für die Inanspruchnahme von persönlichen Entlastungsbedürfnissen bis hin zur Neugier auf neue Möglichkeiten reicht. Die Benutzerfreundlichkeit des Anmeldeprozesses unterstützt ebenfalls eine positive Aufnahme und Nutzung des Angebots.

6.4.2.3 Organisation

In den Interviews wurde die Organisation des CMpA von den Nutzer*innen positiv bewertet, wobei insbesondere die flexiblen Optionen für die Wahl des Terminortes geschätzt wurden. Eine Nutzerin betonte, dass die Möglichkeit, online teilzunehmen, entscheidend dafür war, das Angebot überhaupt in Anspruch zu nehmen.

„[...] Also was ich sehr positiv fand, ist, dass es eben auch online geschehen konnte, dass ich nicht irgendwo hinfahren musste. [...]“ (PA2, Pos. 7)

B: Ja, ein Termin hatte in Präsenz stattgefunden. Sie hätte, glaube ich, gerne mehr Termine in Präsenz gehabt. Das war aber eher von meiner Seite, dass ich das verneint habe, weil für mich immer ein Besuch auch extrem aufwändig ist mit (lacht) alles herrichten und aufräumen. (lacht) Und alles schön machen sozusagen.“ (lacht) (PA2, Pos. 11)

Die Ergebnisse aus beiden Erhebungen deuten darauf hin, dass die CMpA-Termine mehrheitlich persönlich stattfanden, entweder im Zuhause der Pflegenden oder in den Beratungsbüros. Im Durchschnitt fanden pro Teilnehmer*in sechs Sitzungen statt, wovon fünf vor Ort waren. Die meisten Nutzer*innen (10 von 11) bewerteten die Dauer der Termine als angemessen; lediglich eine Person hätte sich mehr Zeit gewünscht. Diese Einschätzung spiegelte sich auch in der Frage nach der Anzahl der Termine wider. Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass nicht nur die einstündige Dauer der Sitzungen als passend betrachtet wurde, sondern dass insbesondere die flexible Zeitgestaltung der Termine positiv hervorgehoben wurde.

Ein Betreuungsbedarf für die pflegebedürftige Person ergab sich bei den Interviewteilnehmenden nicht, zwei der elf t1-Befragungsteilnehmenden mussten jedoch für alle Termine Betreuungsoptionen organisieren, konnten dies aber gut bewältigen.

Bezüglich der Dauer des CMpAs deuten die Ergebnisse aus den Fragebögen auf einen Zeitraum von sechs bis 40 Wochen hin, mit einem Median von 16 Wochen. Aus den Interviews ging hervor, dass die Teilnehmenden die Dauer meist nicht genau angeben konnten; zusammenfassend wurde jedoch berichtet, dass das CMpA mehrere Monate in Anspruch nahm.

Eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des CMpA erfordert vor allem Flexibilität in der organisatorischen Termingestaltung. Die positive Bewertung der Teilnehmenden unterstreicht die Wichtigkeit dieser Aspekte, da sowohl die Wahl des Terminortes als auch die Möglichkeit, Beratungen online durchzuführen, entscheidend für die Akzeptanz des Angebots waren. Darüber hinaus wird die Bedeutung der Anpassung an individuelle Bedürfnisse hervorgehoben, was sich in der Wertschätzung für die flexible Zeitgestaltung und in der Bewältigung der Betreuungsbedarfe während der Termine zeigt.

6.4.2.4 Durchführung

In diesem Unterkapitel werden die Subkategorien der Durchführung des CMpA beschrieben. Dies beinhaltet die behandelten Themen innerhalb der Termine, die Qualitätskriterien des Konzeptes, die vorhergesehenen und genutzten Instrumente und Materialien, den Vor- und Nachsorgebaustein und weitere durch die CMpAs durchgeführte Maßnahmen.

Themen

Diese Kategorie befasste sich damit, welche Inhalte die CMpA mit den pA thematisierten.

Grundsätzlich ging es beim CMpA von PA1 sowohl um ihre eigene Situation als auch um die ihrer Eltern. Die pA beschrieb, dass das Thema aufgenommen wurde, da die Dynamik einer pflegebedürftigen Mutter und eines selbst pflegenden, aber bereits 87 Jahr alten Vaters zu komplexen Belastungssituationen für sie führen kann (PA1: 28 - 29). Die CMpA von PA1 gab ihr vor allem auch Feedback zum **Umgang mit ihrer demenzerkrankten Mutter**, besonders in herausfordernden Situationen (PA1, Pos. 11 - 12). Weiterhin beschreibt PA1, dass die soziale Situation ihres Vaters, der die Pflege mitübernimmt, thematisiert wurde. Konkret wurden ihm Hinweise gegeben, wie er seine sozialen Beziehungen aufrechterhalten kann.

„Ja, das-. Also ja. Es ist schon darauf eingegangen worden. Also auch bei meinem Vater, von wegen berufs- beziehungsweise nicht berufsbereit, mein Vater. Aber soziale Kontakte und wie man das Pflegen könnte oder wie man eventuell auf andere zugehen kann.“ (PA1, Pos. 43)

Für PA1 persönlich erschien das Thema der **Pflege sozialer Kontakte** weniger bedeutsam, da sie ihre soziale Situation als unproblematisch einschätzte.

„[...] Weil ich sage mal so, ja, natürlich wird darüber gesprochen, soziale Kontakte pflegen und was kann man tun und gehen Sie dahin. Und es liegt natürlich dann immer noch an der Person selber, zu sagen, nein, will ich nicht, mache ich nicht oder kann ich nicht oder was auch immer. Ich habe meine sozialen Kontakte. Also darum geht es nicht. Bei meinem Vater ist das total was anderes. Aber er ist auch 87. Vorsichtig, ganz, auch wenn es böse ist, dem seine sozialen Kontakte sind inzwischen alle tot.“ (PA1, Pos. 47)

Im CMpA von PA2 wurden nicht nur die **grundlegenden Bedürfnisse** im Kontext der Pflegesituation besprochen (PA2, Pos. 17), sondern es wurde erörtert, wie PA2 empfinden könnte, falls ihre pflegebedürftige Mutter **in einer Langzeiteinrichtung versorgt** werden würde.

„Sie hat mich auch immer wieder so ein bisschen in die Richtung geschubst. Wie ist es, wenn ich meine Mutter ins Heim geben könnte, ne? Mal diesen Gedankengang zu gehen. Auch immer in die Richtung ein bisschen geschubst, dass sie sagt, was ist eigentlich mit mir und meinen Bedürfnissen? Ja und das hat sehr gutgetan.“ (PA2, Pos. 15)

Zusätzlich wurde über das **Verantwortungsgefühl** gesprochen, welches PA2 damit verbindet als Kriegsenkelin für das Wohlbefinden der Eltern bzw. Kriegskinder zu sein (PA2, Pos. 21).

PA2 reflektierte, dass sie zu Beginn des CMpA noch nicht für **Entlastungsmöglichkeiten im Alltag** offen war. Priorität hatten für sie **entlastende Gespräche** mit der CMpA. Sie konnte die anfänglichen Ansätze, sich auf positive Freizeitgestaltung zu konzentrieren, nicht annehmen, da sie noch stark in der Pflegesituation gefangen war. Überdies blieb für sie die Frage offen, wo die Grenze zwischen Case Management und therapeutischer Intervention verlief.

„Wo ich mir gedacht habe, schön, das könntest du jetzt alles haben und das hast du nicht [in Bezug auf die Inhalte der Liste angenehmer Erlebnisse]. Und dein Leben ist eigentlich seit fünf Jahren total scheiße. (lacht) (unv.). Das habe ich dann auch ganz schnell zur Seite gelegt. Und habe dann gedacht, nein, sie wollte, glaube ich, da auch darüber sprechen. Also, sie hat am Anfang so ein paar Ansätze gehabt, so noch das Motto, was können Sie denn alles tun, um, damit Sie sich gut fühlen in Ihrer Freizeit? Das habe ich gar nicht so angenommen. Das konnte ich gar nicht in der Situation annehmen, weil ich einfach noch so sehr in dieser Situation gefangen war. Ich habe mein Leben eigentlich dafür aufgegeben, dass ich meine Mutter pflege. Und so sehr noch in dieser Selbstmitleidensphase, ne? So nach dem Motto, mir geht es richtig schlecht und jetzt

brauche ich erst mal jemanden, wo ich mich erst mal drei Stunden ausheulen kann. Da kann man noch gar nicht anfangen und kann sagen, wo orientiere ich mich hin? Gehe ich jetzt in eine Theatergruppe? Oder singe ich gerne? Oder bastle ich hier (unv.) Bilder, ne? (lacht) So. Also, das kann man noch nicht machen, ne, an der Stelle. Ich weiß ja nicht, was die Case Manager für eine Ausbildung haben oder woher die kommen. Aber das ist halt so dieses Spannungsfeld, wo ich sage, wo hört das Case Management auf? Und wo fängt Therapie an, ne?“ (PA2, Pos. 41)

Zusätzlich beschrieb PA2, inwiefern **soziale Unterstützung** besprochen wurde und dass keine Bedürfnisse zu dieser Thematik offenblieben.

„Sie hat abgefragt, ob ich Freunde habe, die mich unterstützen und das war es. Ja, genau. Doch sie hat auch mal geguckt, sie hat also mir Hilfestellung gegeben, hat gesagt: „Fragen Sie mal hier nach / Die können sie pflegerisch unterstützen oder dort.“ [...] (...) Ich wüsste jetzt nicht, wo sie mir da hätte helfen können. [...] Also das war gut, dass sie das gemacht hat. Ich hatte da jemanden mir gegenüber sitzen, der mit mir noch mal die Möglichkeiten meines Umfelds durchgegangen ist zu sagen, wo kann ich Unterstützung haben? Und wo haben wir noch Töpfe, die wir angreifen können? Also, sie hat natürlich auch über die Pflegetöpfe gesprochen und was kann man da alles mitmachen, ne?“ (PA2, Pos. 50-53)

Primär wurde im CMpA von PA3 thematisiert, wie **Entlastung** erreicht werden kann.

„Das ist jetzt schwierig. Also, es ging weitgehend darum, für mich irgendwo Räume oder Entlastungsmöglichkeiten oder Ablenkungsmöglichkeiten zu finden. Das waren so die Hauptthemen. Natürlich habe ich auch über meine Situation hier gesprochen. Aber in der Hauptsache ging es darum, für mich irgendwelche Angebote zu finden oder Anregungen zu geben, wie ich mich von der Situation entlasten kann.“ (PA3, Pos. 29)

Daneben ging es auch um die allgemeine Pflegesituation, das soziale Umfeld und die vorhergegangene **Rehabilitationsmaßnahme** (PA3, Pos. 43 - 45), allerdings konnte PA3 nicht resümieren, inwiefern das Thema inhaltlich behandelt wurde (PA3, Pos. 69).

In der Fragebogenerhebung wurden die teilnehmenden pA gefragt, wobei ihnen das CMpA geholfen hat. Die Ergebnisse geben ebenfalls Hinweise auf die Themen, die in den Terminen behandelt wurden.

Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen...

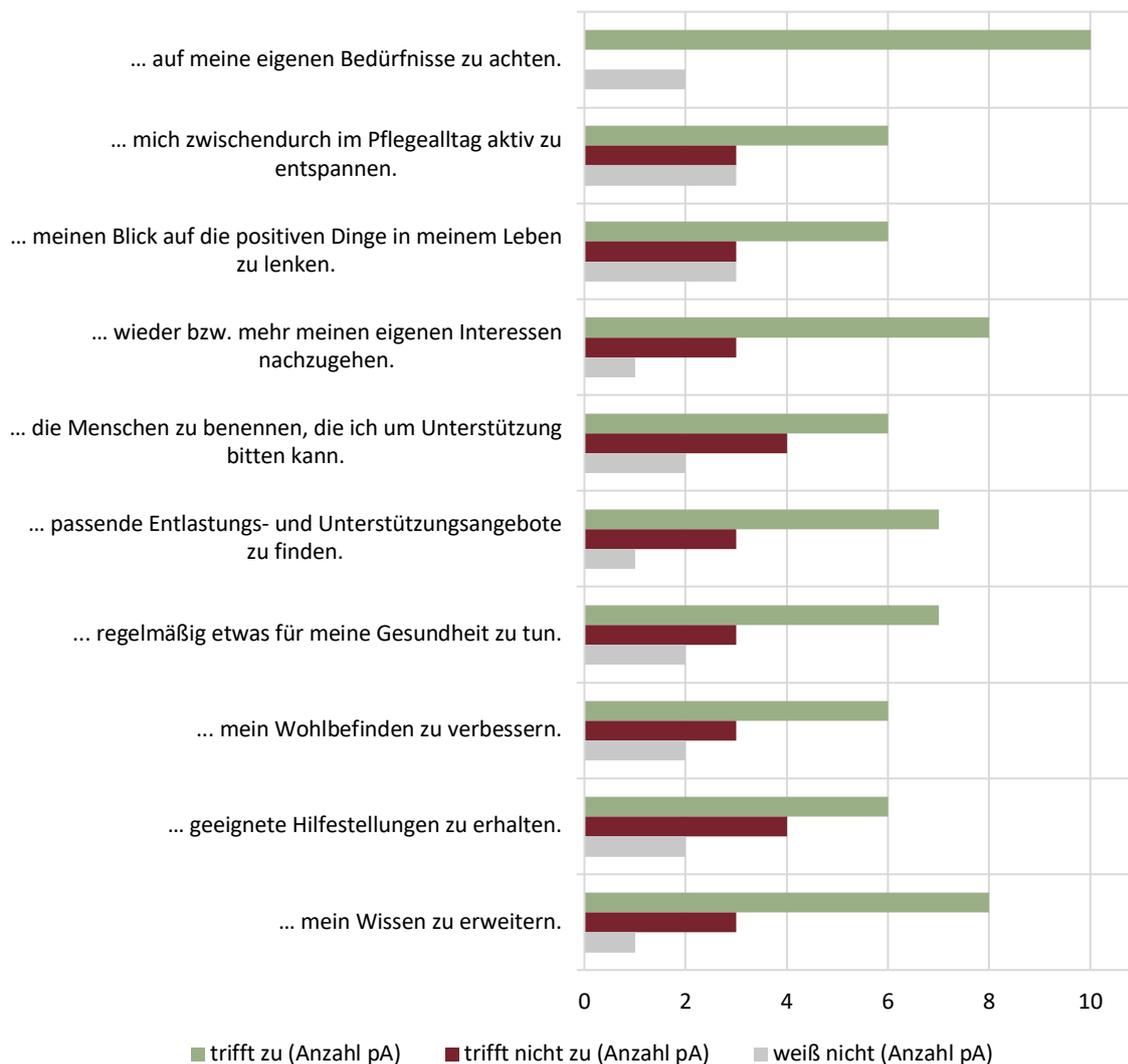


Abb. 53: Themen des CMpA und wahrgenommene Veränderungen durch das CMpA (n = 11 von 11)

Die Ergebnisse aus Abbildung 53 zeigen, dass die Mehrheit der positiven Rückmeldungen (10 von 11) darauf hinweist, dass das CMpA die pflegenden Angehörigen darin unterstützt hat, auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Acht der elf Befragten gaben außerdem an, dass das CMpA ihnen geholfen hat, wieder oder verstärkt ihren eigenen Interessen nachzugehen und ihr Wissen zu erweitern. Die Fragen, die die meisten negativen Antworten erhielten (4 von 11), beziehen sich darauf, ob das CMpA dazu beigetragen habe, dass die pA Personen benennen können, die um Unterstützung gebeten werden könnten und ob geeignete Hilfestellungen erhalten wurden. Unabhängig von der Bewertung der Wirkungstendenzen, implizieren die Angaben der pflegenden Angehörigen, dass die Themen soziale Unterstützung und Selbstfürsorge und Gesundheitsförderung sowie weitere Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige in den CMpA-Terminen besprochen wurden.

Da das CMpA komplexe Belastungen adressiert, sind die thematisierten Felder vielfältig. Es zeigt sich, dass die Schwerpunktsetzung je nach Fall unterschiedlich sein kann und die Themen, die mit den pA besprochen werden, auf den individuellen Bedürfnissen basieren sollten.

Qualitätskriterien

Qualitätskriterien des Konzepts umfassen die Lebensweltorientierung. Die CMpA hat die Lebensumstände von PA1 und ihres Vaters berücksichtigt. Jedoch bleibt unklar, ob die berufliche Situation und der Jobverlust von PA2 im Interview angesprochen wurden. Die Formulierung „ich bin ziemlich sicher, dass sie das wusste“ lässt darauf schließen, dass das Thema möglicherweise nicht offen erörtert wurde.

„Ja, das-. Also ja. Es ist schon darauf eingegangen worden. Also auch bei meinem Vater, [...] Die Tatsache ist, dass ich kein berufliches Umfeld hatte, als das Case Management zu tragen kam. Und die persönliche Situation, also meine persönliche jetzt, von dem zu pflegenden Status mal abgesehen, gar nicht so gut war. Weil ich hatte einen Jobverlust vorher und das war jetzt nicht so toll. [...] Also ich bin ziemlich sicher, dass sie das wusste. Aber ich bin jetzt nicht sicher, ob es von Anfang an so war. Ich denke eigentlich schon, weil, ich sage mal so, aufgrund dessen, wie man sich da zeitlich engagiert hat, wenn man ständig vor Ort war, zu Anfang. Also das ist wirklich zu Anfang nur so gewesen. Gab es eigentlich gar keine andere Möglichkeit. Also dass ich noch einen Job ausgeführt hätte zwischenzeitlich, das war unmöglich. Und das ist auch, also aus meiner Sicht, nicht wirklich mit einem Vollzeitjob und einer dementen zu pflegenden Angehörigen, das geht gar nicht.“ (PA1: 40-45)

PA2 berichtete ebenfalls davon, dass die CMpA auf ihre persönliche Situation eingegangen ist. Zum Zeitpunkt des CMpA-Prozesses hatte PA2 die Krebs-Verdachtsdiagnose erhalten, möglicherweise an Krebs erkrankt zu sein. Die CMpA habe sich sehr empathisch gezeigt und einfühlsam auf diese Information reagiert. Sie erkundigte sich regelmäßig nach dem Wohlbefinden von TIMP202 und fragte, ob diese Unterstützung benötige. Die Case Managerin unterstützte sie emotional, ging aber nicht über ihre Aufgaben hinaus.

„Ja, genau. Sie ist auch auf meine persönliche Situation eingegangen. Ich hatte während des Case-Management-Projektes hatte ich die Diagnose, dass ich eventuell Krebs habe. (lacht) Da ist sie natürlich dann auch sehr / Das war sehr empathisch, wie sie darauf reagiert hat. Da ist sie dann auch gut drauf eingegangen. Und hat halt auch immer hinterfragt. Hat gefragt, wie es mir geht? Und ob ich da Hilfe habe? Und so weiter. Aber sie ist jetzt nicht gekommen, hat für mich eingekauft oder so. (lachen)“ (PA2, Pos. 50-53)

Die Lebenswelt der pA erfordert teilweise, eine flexible organisatorische Gestaltung der CMpA-Termine. PA2 beschrieb im Interview, dass ihre Möglichkeiten und Wünsche hinsichtlich der Terminorte und Anzahl der Termine berücksichtigt wurden (PA2, Pos. 7 & PA2, Pos. 11).

Auch PA3 beschrieb die Berücksichtigung der Lebenswelt durch den/die CMpA.

„Also die Frau [Nachname 1] hat sich da ganz auf mich eingelassen und mich in verschiedenen Sachen auch bestärkt. Also, dass ich zum / Ah ja, das Beispiel meinem Hobby Fotografieren wieder mehr nachzugehen. Das habe ich also jetzt auch wahr gemacht, da bin ich wieder mehr dran.“ (PA3, Pos. 36-37)

„Und hatten Sie auch den Eindruck, dass Ihre Lebensumstände von Ihnen und auch von Ihrer Frau mit berücksichtigt wurden?“

Ja, auf jeden Fall. Also das hat die Frau [Nachname 1] auf jeden Fall gemacht.“
(PA3: 40-41)

Im t1-Fragebogen gab eine Person bei der Frage, ob der/die CMpA die persönlichen Lebensumstände berücksichtigt hat, die Antwort „weiß nicht“. Hingegen bestätigten zehn der elf pflegenden Angehörigen diese Aussage. Ein ähnliches Muster zeigt sich bei den folgenden Punkten: Der Case Manager war gut vertraut mit den Problemen und Herausforderungen pflegender Angehöriger; er hat meine bisherigen Erfahrungen/Kompetenzen berücksichtigt; er hat mein soziales Umfeld berücksichtigt. Alle elf pflegenden Angehörigen schätzten diese Aspekte als wichtig ein.

Die Ergebnisse zeigen, dass nutzer*innenorientierte Rehabilitations- und Vorsorge-Konzepte die Lebenswelt der Teilnehmenden berücksichtigen sollten. Die individuelle Situation, einschließlich persönlicher und beruflicher Umstände sowie gesundheitlicher Herausforderungen, sollte in die Planung und Unterstützung integriert werden.

Weitere Maßnahmen

Im Rahmen der Interviews wurden weitere Maßnahmen durch die Teilnehmenden beschrieben, die über die Tätigkeiten der CMpA in den Terminen, die im Fragebogen abgefragt wurden, hinausgingen.

Der/die CMpA von PA2 hat begonnen eine Selbsthilfegruppe für Kriegsenkel zu gründen, nachdem das Thema in einem der Termine besprochen wurde (PA2, Pos. 21).

Zwar stellte der/die CMpA von PA2 Adressen und Kontaktdaten für entsprechende Akteure im Netzwerk zur Verfügung, die eigentliche Ansprache und Kontaktaufnahme wurde jedoch nicht weiter unterstützt. Inwiefern dies im Sinne von Empowerment sinnvoll war oder zu Widerständen bei der Inanspruchnahme von Entlastungsmöglichkeiten führte, wird im Interview nicht deutlich.

„Nein. Sie hat mir aber halt Adressen und Ansprechpartner geschickt. Aber die Initiative, dass ich sie da anspreche, das musste von mir aus gehen, ja.“ (PA2, Pos. 68-71)

PA2 beschrieb, dass ein Einsetzen der CMpA als Advocate nicht notwendig gewesen ist, sie aber glaube, dass die CMpA sich bei Bedarf entsprechend eingesetzt hätte.

„Ich glaube, es gab keine Situation dafür, dass ich irgendwas hätte durchboxen müssen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass ich es gemacht hätte, wenn es gewesen wäre. (unv.) hätte könnte, wöllte.“ (PA2, Pos. 72-73)

Über die Thematisierung der bereits beschriebenen Inhalte hinaus, hat die CMpA im Fall von PA3 z. B. barrierefreie Unternehmensmöglichkeiten für Paare recherchiert und vermittelt.

„Was sie aber auch gemacht hat, war zum Beispiel Material zu beschaffen, wo man barrierefrei zum Beispiel in [Ort 1] hin kann. Da gibt es so Leitfäden, die ich bis dahin nicht kannte, die also zum Beispiel sagen, welches Museum barrierefrei ist. Nur als Beispiel. Das hat sie mir besorgt und das war wirklich gut, ja“.
(PA3, Pos. 47)

Die für eine erfolgreiche Umsetzung notwendigen Tätigkeiten einer CMpA können je nach Bedürfnissen variieren. In einzelnen Fällen wurde beispielsweise eine Selbsthilfegruppe gegründet oder recherchiert, welche Unternehmensmöglichkeiten es für die Dyaden als Paar gibt. Auch hier zeigt sich wieder die Relevanz der Nutzer*innenorientierung bei der inhaltlichen Gestaltung des CMpA.

Instrumente und Materialien

Initial konnte PA1 sich an keine Materialien oder Instrumente erinnern. Mit kleinen Erinnerungshilfen schilderte sie anschließend, dass z. B. die Netzwerkkarte sowohl mit ihr als auch mit ihrem Vater durchgeführt wurde. Weiter sagte sie, dass sie teilweise Fragebögen für ihren Vater ausgefüllt hat (PA1, 53-55).

Für PA1 persönlich erwiesen sich die Instrumente als wenig zielführend.

„Also für mich bringt das nicht wirklich etwas.“ (PA1, Pos. 52)

PA2 konnte sich nicht explizit an alle genutzten Instrumente erinnern. Wie bereits beschrieben, war sie für die entlastenden Möglichkeiten, die die Liste angenehmer Erlebnisse aufzeigen sollte, zu diesem Zeitpunkt noch nicht offen (PA2, Pos. 37 & 41).

PA3 konnte sich nur an das Ausfüllen von Fragebögen erinnern, inwiefern sich tiefergehend mit den Instrumenten beschäftigt wurde oder welche Instrumente angewendet wurden, bleibt unklar (PA3: 46-47).

Von den elf Teilnehmenden gaben acht an, die Netzwerkkarte verwendet zu haben, während zwei aussagten, es nicht zu wissen, und eine Person antwortete, dass sie nicht genutzt wurde. Interessanterweise haben alle elf Teilnehmenden jedoch ihre Einschätzung zur Nützlichkeit des Instruments abgegeben. Sechs von ihnen fanden es hilfreich, zwei gaben an, es teilweise hilfreich gefunden zu haben, und weitere zwei Personen erklärten, es als nicht hilfreich empfunden zu haben.

Bezüglich des FARBE-Fragebogens haben sechs Teilnehmende angegeben, ihn genutzt zu haben, während vier unsicher waren oder es nicht mehr wussten. Auch hier wurden mehr Einschätzungen zur Nützlichkeit abgegeben, als Personen angaben, den Fragebogen verwendet zu haben. Dies könnte möglicherweise auf das Fehlen der Option „weiß nicht“ oder „trifft nicht zu“ hinsichtlich der Hilfestellung des Materials zurückzuführen sein.

Für die Liste angenehmer Erlebnisse gaben 9neun Teilnehmende an, sie genutzt zu haben, während zwei Personen angaben, sie nicht zu wissen. Von denen, die sie benutzt haben, empfanden eine Person sie als teilweise hilfreich und eine andere als nicht hilfreich, während die übrigen sieben Teilnehmenden sie als hilfreich wahrnahmen.

Sechs von sechths Teilnehmenden erinnerten sich an die Nutzung der Unterstützungsplanung. Diese acht bewerteten sie als für sich selbst hilfreich, während zwei Personen angaben, sie nicht genutzt zu haben.

Die Ergebnisse implizieren, dass für ein nutzer*innenorientiertes Konzept wichtig ist, die Instrumente und Materialien individuell auszuwählen, da nicht alle Instrumente von allen pflegenden Angehörigen als gleich hilfreich eingeschätzt werden. Zusätzlich könnten die Ergebnisse darauf schließen lassen, dass die Instrumente den Teilnehmenden weniger im Gedächtnis blieben als andere thematisierte Inhalte.

Vor- und Nachsorge

Die CMpA von PA2 hat Vorsorge- und Rehabilitationsmöglichkeiten thematisiert und an entsprechende Beratungsstellen vermittelt. PA2 konnte sich gut vorstellen, eine Rehabilitationsmaßnahme mit Begleitangebot zu nutzen, musste jedoch für das Jahr 2023 darauf verzichten, da die finanziellen Möglichkeiten bereits ausgeschöpft waren.

„Ja, wir haben darüber gesprochen. Sie hat mir Broschüren mitgebracht und auch Stellen genannt, bei denen man anrufen und sich beraten lassen kann. Das habe ich auch gemacht, aber für dieses Jahr vorerst aufgeschoben. Allerdings könnte ich mir vorstellen, im nächsten Jahr gemeinsam mit meiner Mutter eine Rehabilitationsmaßnahme zu planen.“ (PA2, Pos. 63)

TIMP 203 gab an, dass die CMpA mit ihm über die im letzten Jahr durchgeführte stationäre Rehabilitationsmaßnahme gesprochen hat. Er konnte sich nicht mehr genau an die behandelten Themen erinnern. Die Rehabilitationsmaßnahme wurde aufgrund eines Post-Covid-Syndroms durchgeführt, wobei er keinen direkten Zusammenhang mit seiner Rolle als pflegender Angehöriger sah (PA3, Pos. 63-69).

In Bezug auf die Gründe für die Inanspruchnahme gaben 17 von 17 Befragten an, dass sie die Leistungen des Case Managers als Unterstützung für ihren Pflegealltag nutzen. Hingegen gab keiner der Befragten an, den Case Manager als Unterstützung nach einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme zu nutzen. Bei den Gründen zur Inanspruchnahme wurde von einem/einer pA allerdings angeführt, sich „[Entlastung] im Alltag für eine RehaMaßnahme“ zu wünschen.

Um pflegenden Angehörigen im Bereich der Vor- und Nachsorge effektiv zu unterstützen, scheint eine stärkere Verknüpfung der beiden Sektoren, ambulant und stationär, besonders im Bereich des Zugangs, sinnvoll. Die Teilnahme bzw. Organisation einer stationären Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahme für pflegende Angehörige über das CMpA kann bzgl. der oft notwendigen Begleitangebote problematisch sein, wenn die finanziellen Möglichkeiten für Pflege- und Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung bereits ausgeschöpft sind. Eine verstärkte Informations- und Beratungsarbeit zu diesen Einrichtungen mit begleitenden Betreuungsangeboten für die pflegebedürftigen Personen ist notwendig, da viele pA darüber nicht ausreichend informiert sind.

6.4.2.5 Bewertung

Anregungen und Wünsche

PA1 äußerte den Bedarf nach verstärkter praktischer Unterstützung bei der Navigation durch die organisatorischen und bürokratischen Abläufe im Gesundheitswesen sowie im Umgang mit den verschiedenen Akteuren in diesem Bereich.

„[...] Also was ich immer noch als wirklich wichtig empfinde, ist, dass man vielleicht durch das Case Management auch die bürokratischen Hürden leichter nehmen kann. Dass man da irgendwas an die Hand bekommt, um da, wie soll

ich das sagen? Vielleicht eine gezielte Station ansprechen kann. Also wenn man jetzt zum Beispiel sagt, verdammt noch mal, wie kann ich mich Pflegegrad technisch, irgendwie, wie kann man den Pflegegrad erhöhen oder wie kann man Widerspruch einlegen. Oder dass man da gezielt einen Hinweis bekommt, Mensch kümmer dich doch mal krankenkassenmäßig oder vielleicht gibt es irgendwelche sozialen Einrichtungen wie zum Beispiel [soziale Einrichtung] oder so, die da unterstützend zur Seite-. Auch, wenn man da Mitglied werden muss. Dann. Aber vielleicht gibt es ja auch Sachen von Angehörigen, ich sage mal irgendwelche Selbsthilfegruppen. Wo man sich mal schlau machen kann oder vielleicht auch seine Erfahrungen mit einbringen kann. Und da irgendwelche Adressen zu bekommen, das fände ich eigentlich ganz schön. Ob man das nachher macht oder nicht, ist natürlich demjenigen immer selbst überlassen.“
(PA1: 68-69)

Ein(e) Nutzer*in merkte an, dass die Gespräche mit dem/der CMpA teilweise hätten flüssiger verlaufen können. Die beschriebene zögerliche Reaktion der CMpA in manchen Situationen könnte darauf zurückzuführen sein, dass die CMpA mehr Routine und Übung in der Umsetzung benötigen. Diese Beobachtung war ein wiederkehrendes Thema in den Interviews mit den durchführenden CMpA.

„[...] Ich habe manchmal so den Eindruck gehabt, dass sie irgendwo auch ihre Grenzen hatte. Also man hatte mit ihr gesprochen und dann kam von der anderen Seite sehr lange eine Pause. Und man hat so den Eindruck gehabt, sie sammelt sich und jetzt überlegt sie, was sie drauf antworten kann. Also, es kam nicht irgendwie wie so in einem Beratungsgespräch, dass man sofort dann in einen Dialog eintritt. Sondern es kamen häufig so Pausen, wo ich gemerkt habe, sie überlegt jetzt gerade, was sie mir anbieten kann. So hatte ich das Gefühl (unv.).“ (PA2: Pos. 21)

Die gleiche Person äußerte den Wunsch nach umfassenderen Informationen über das Konzept bzw. Projekt zu Beginn des Prozesses. Ferner hob PA2 hervor, dass hinsichtlich des ursprünglich als Abschlusstermin vorgesehenen Termins eine klarere Kommunikation seitens der/des CMpA erforderlich gewesen wäre. Gleichzeitig betonte sie, dass der/die CMpA bereit war, einen zusätzlichen Termin zu vereinbaren. PA2 beschrieb, an vielen Stellen emotional überlastet gewesen zu sein und sich eine aktivere Unterstützung durch das CMpA gewünscht zu haben, insbesondere im Hinblick auf die Vermittlung von psychotherapeutischen Hilfsangeboten. Dies wäre besonders angebracht gewesen, da aus den Gesprächen mit dem CMpA hervorging, dass auch die Beratenden an ihre Grenzen gestoßen sind. Der/die Nutzer*in hätte sich mehr Initiativen und Unterstützung bei der Suche nach Schulungen für Pflegenden gewünscht. Eine Vermittlung zu solchen Bildungsangeboten fand nicht statt, und nachdem ein Kurs zeitlich nicht umsetzbar war, wurde das Thema von der CMpA nicht weiter verfolgt. PA2 regte zudem an, dass das CMpA das Thema Vorsorgeuntersuchungen mit pflegenden Angehörigen proaktiv angehen sollte, da diese erfahrungsgemäß oft vernachlässigt werden.

PA3 unterstrich die Bedeutung langfristiger und flächendeckender Unterstützung für pflegende Angehörige. Er kritisierte die häufige Kurzlebigkeit von Projekten aufgrund finanzieller Engpässe und bezeichnete diese Situation als unbefriedigend für pflegende Angehörige (PA3, Pos. 53). Das CMpA-Konzept empfand er als potenziell hilfreich für viele Personen in seiner Situation und fordert daher eine nachhaltige Umsetzung (PA3, 54-61). Hinsichtlich Selbsthilfegruppen betonte er die Wichtigkeit, merkte aber auch an, dass viele pA keine zeitlichen Ressourcen für die Organisation

haben und regt daher an, dass die Case Manager*innen für pflegende Angehörige die Bildung solcher Strukturen unterstützen könnte (PA3, Pos: 71).

Im t1-Fragebogen wurde erfragt, was sich die Teilnehmenden anders oder zusätzlich wünschten. Die Freitextantworten von fünf pA zeigen, dass vermehrt spezifische Hilfestellungen für die Betreuung von Demenzkranken benötigt werden, aktivere bzw. praktischere Unterstützung und längere Gesprächszeiten. Während eine Person die Unveränderlichkeit der Krankheitssituation der pflegebedürftigen Person angibt und keine Änderungspotenziale im Konzept sieht, sind andere unschlüssig in Bezug auf Verbesserungswünsche.

Die gesammelten Anregungen und Änderungswünsche legen nahe, dass eine nutzer*innenorientierte Gestaltung des Konzeptes eine stärkere Betonung auf praktische Unterstützung setzen sollte. Es besteht der Wunsch nach einer vereinfachten Navigation durch bürokratische Prozesse und einer transparenteren Kommunikation. Speziell unterstreichen die Nutzer*innen die Notwendigkeit für flüssigere Beratungsgespräche im Sinne einer schnelleren, intuitiveren Reaktionsfähigkeit der Case Manager*innen für pflegende Angehörige. Eine emotional überlastete Nutzer*in fordert zudem stärkere Unterstützung bei der Vermittlung von notwendigen Unterstützungsangeboten. Schließlich zeigt sich, dass während einige Nutzer*innen die bestehenden Angebote als sehr positiv ausreichend betrachten, punktuell noch spezifischere und tiefer greifende Hilfestellung benötigt wird, um die Pflegeübernahme adäquat zu unterstützen.

Positive Erfahrungen und Zufriedenheit

Die Interviewteilnehmenden äußerten sich positiv über ihre Teilnahme am CMpA. TIMP202 betonte, wie hilfreich die Teilnahme für sie war: „Das war einer der besten Momente meines Lebens [...]. Hat mir sehr geholfen.“ (TIMP202, Pos. 105–109) TIMP203 hob hervor, dass es wertvoll war, eine Person zu haben, die sich speziell um die Belange der Pflegenden kümmerte: „In erster Linie war ich froh, dass sich mal jemand kümmert [...]“. Er erwähnte auch, dass das CMpA zwar die Pflegesituation nicht ändern kann, aber dennoch wertvolle Anregungen zur Entlastung bot: „Aber ich habe verschiedene Anregungen dadurch bekommen, die ich auch teilweise schon wahrgenommen habe [...]“. (TIMP203, Pos. 30–31) Weiterhin wurde die individuelle Unterstützung durch das CMpA geschätzt: „Die Frau [Nachname 1] hat sich da ganz auf mich eingelassen [...]“. (TIMP203, Pos. 36–37) Die Fragebogenerhebung zeigte, dass zehn der elf Befragten zufrieden mit dem CMpA waren, eine Person war eher zufrieden. Die folgende Abbildung zeigt die Freitextangaben zur Frage, was den pA am CMpA besonders gut gefallen hat.

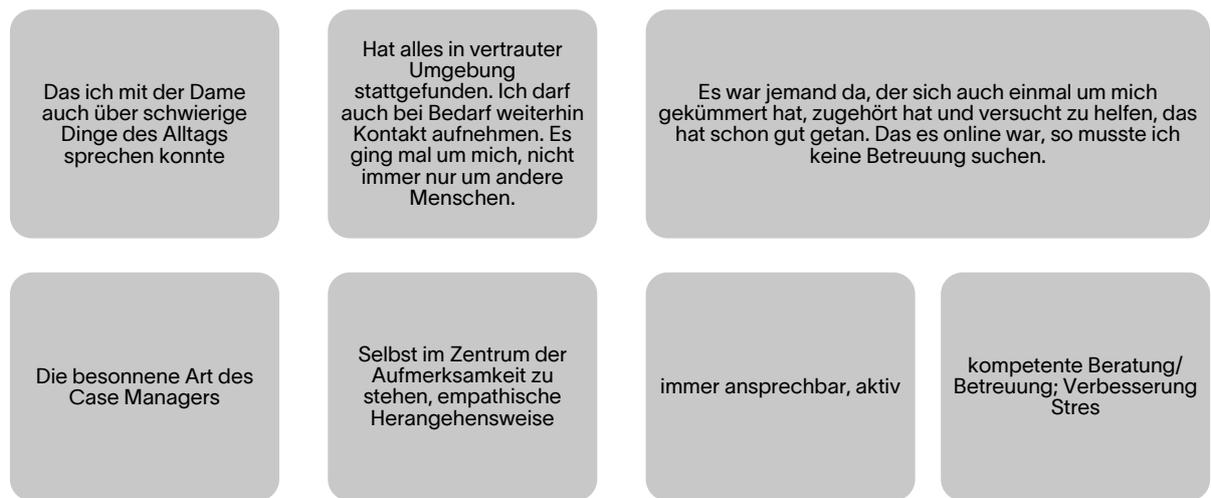


Abb. 54: t1-Freitextantworten – Was hat Ihnen besonders gut gefallen? (n = 11 von 11)

Überwiegend haben die Teilnehmenden positive Erfahrungen mit dem CMpA gemacht. Die Zufriedenheit, die aus den Interviews hervorgeht, spiegelt sich in der Fragebogenerhebung wider.

Wahrgenommene Änderungen im Alltag

In den Interviews beschrieben die pA diverse Änderungen, die die Teilnahme am CMpA in ihrem Alltag hervorbrachten.

PA1 sah die größte Veränderung in ihrem Alltag in der Reduktion ihrer Pflegerolle durch das Hinzuziehen eines Pflegedienstes.

„Ja, Ja, ja, ja. Weil ich habe das tatsächlich heruntergeschraubt. Also ich habe meine tägliche persönliche Anwesenheit, ich war wirklich jeden Tag da, ich habe das komplette heruntergeschraubt. Inzwischen ist es aber auch so, dass ich eben ein Pflegedienst mit engagiert habe. Auch wenn es mal beim ersten Pflegedienst nicht funktioniert hat. Dann hat man sich um einen zweiten bemüht. Das ist alles okay. Aber diese-. Ich habe das für mich also komplett heruntergeschraubt. Weil ich kann nicht mehr tun. Wenn die das nicht wollen, dann ist das deren Entscheidung.“ (PA1, Pos. 62-63)

Die Entscheidung, sich teilweise aus der Pflege ihrer Mutter zurückzuziehen führte dazu, dass PA1 mehr Zeit für sich selbst hatte. Sie beschrieb positive Auswirkungen auf ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden.

PA2 nahm durch das CMpA für den Alltag mit, mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten und sich selbst mit in den Fokus zu nehmen, indem sie sich z. B. regelmäßiger mit ihrem sozialen Umfeld trifft.

B: Dass ich da stärker drauf schaue, dass ich mich mehr mit Freunden treffe. Das hat sich verändert. Dass ich mal jetzt gucke, was gibt es da noch für Interessen, die ich vor der ganzen Thematik mit meiner Mutter hatte? Da habe ich ja ein erfülltes Leben geführt, ne? (lacht) [...] Und ich habe mich in den drei Jahren natürlich immer mehr auf sie konzentriert, weil sie war ja nun auch plötzlich meine Pflegenden Angehörige. Und ich habe dann wirklich den Fokus auf sie gelegt. Aber es war ja nichts anderes drum rum. Und da komme ich jetzt / Und das war jetzt das Schöne mit dieser Aktion da mit dem Case Management, dass ich da ein Stück weit jetzt wieder herausgeholt worden bin, aus der Situation nicht dieses Fokussierens auf meinen Angehörigen. (PA2, Pos. 98-99)

Im Alltag von PA3 hat sich verändert, dass Anregungen wahrgenommen wurden, um sich zu entlasten. Zusätzlich hat das CMpA PA3 geholfen, die eigene Situation anders zu reflektieren und dementsprechend alternative Lösungswege auszuprobieren.

Im t1-Fragebogen wurden verschiedene Items abgefragt, die sich damit beschäftigten, welche subjektiven Veränderungen die Teilnehmenden durch das CMpA wahrgenommen haben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 55 einsehbar.

Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen...

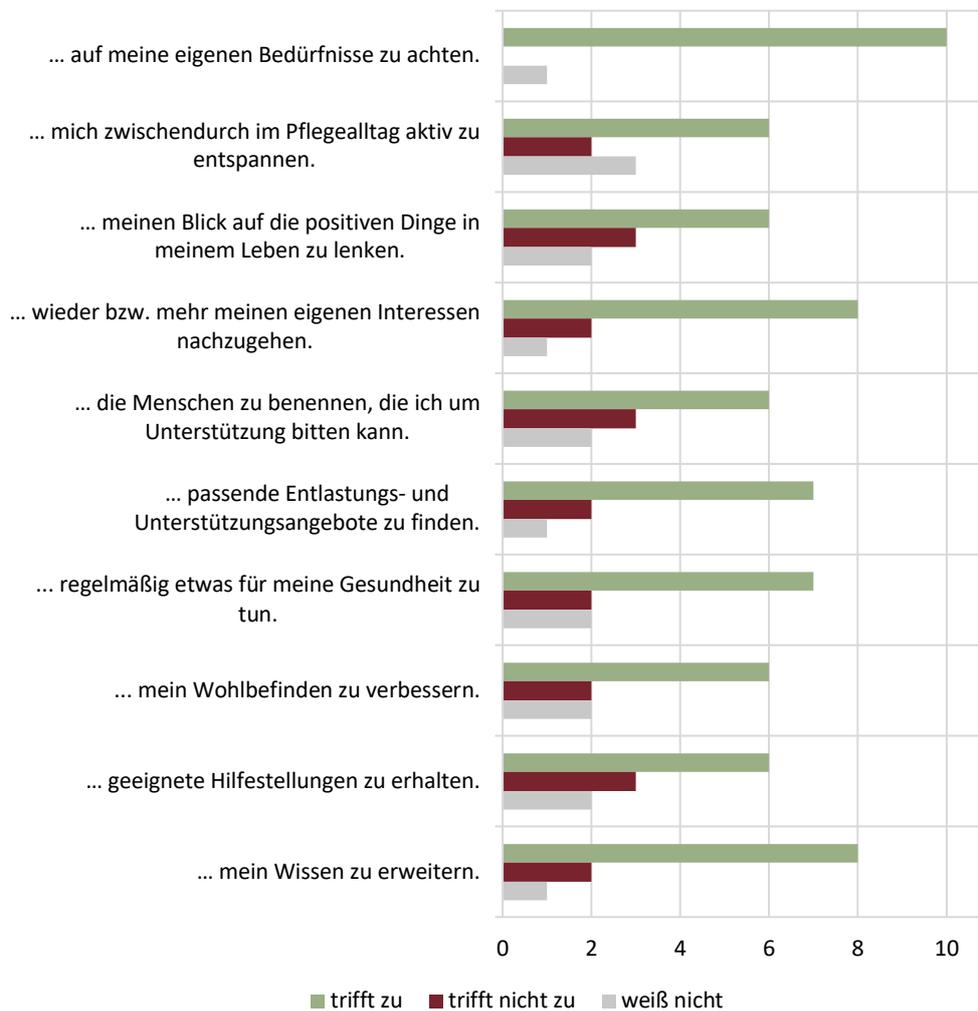


Abb. 55: Wahrgenommene Wirkungstendenzen (n = 11 von 11)

Positiv hervorgehoben werden kann, dass bis auf eine Person, die „weiß nicht“ angab, alle Teilnehmenden empfanden, dass das CMpA ihnen half, mehr auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Die meisten negativen Angaben (n = 3) wurden bei den folgenden Items gegeben: „Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen... meinen Blick auf die positiven Dinge in meinem Leben zu lenken.“; „...die Menschen zu benennen, die ich um Unterstützung bitten kann.“ und „... geeignete Hilfestellung zu erhalten.“

Im Kontext des Items, das beschreibt, ob das CMpA half, Menschen zu benennen, die um Unterstützung gebeten werden könnten, werden nachfolgend in Tabelle 20 die Ergebnisse der t1-Befragung des F-SozU vorgestellt.

Tab. 20: F-SozU Vorher-nachher Analyse auf Einzelfallbasis (n = 10 von 11)

Identifikation	MW t0	PR t0 ¹⁰	MW t1	PR t1	Numerische Differenz MW	Interpretation
pA1	1,57	<1	2,43	3	0,86	verbessert
pA3	3,79	37	4,57	81	0,79	verbessert
pA5	4,86	91	4,93	93	0,07	verbessert
pA6	1,50	<1	1,71	<1	0,21	verbessert
pA7	2,36	3	2,71	6	0,36	verbessert
pA9	2,79	6	3,36	18	0,57	verbessert
pA10	2,86	7	4,29	69	1,43	verbessert
pA11	3,57	27	2,86	7	-0,71	verschlechtert
pA12	1,57	<1	2,14	2	0,57	verbessert
pA14	4,57	81	4,21	65	-0,36	verschlechtert

Das durchschnittliche Skalenwert-Ergebnis der F-SozU-Befragung steigt leicht um +0,28 in der t1-Befragung. Das Minimum (1,71) ist zum Zeitpunkt t1 durchschnittlich zwar etwas erhöht, aber weiterhin niedrig. Die Spannweiten sind mit 3,21 auch bei der t1-Befragung recht hoch. Trotz einer etwas geringeren Range beim Zeitpunkt t1 im Vergleich zu t0 bleibt die Varianz hoch. Der fallbasierte Vergleich zeigt eine geringe Steigerung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung bei acht von zehn pA nach dem CMpA.

Wie Abbildung 56 zeigt, gaben vier pA im t1-Fragebogen an, die Inhalte des CMpAs für ihren Alltag übertragbar gefunden zu haben, und fünf pA empfanden sie als eher übertragbar, zwei Personen aber als eher nicht übertragbar.

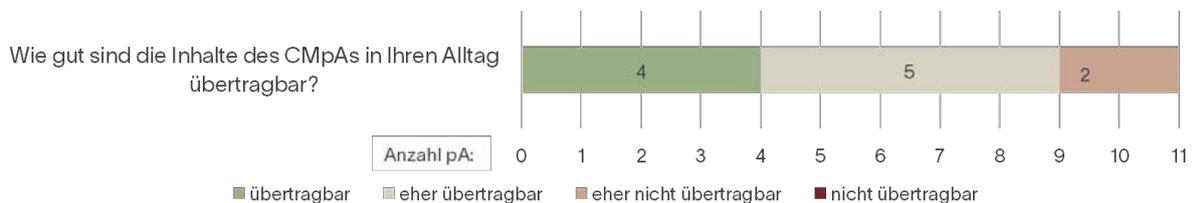


Abb. 56: Diagramm Alltagsübertragbarkeit t1 (n = 11 von 11)

Die Interviews zeigen, dass die Teilnahme am CMpA verschiedene Veränderungen im Alltag der Teilnehmenden bewirkt hat. Die Fragebogenergebnisse zeigen, dass viele Teilnehmer*innen die Möglichkeit zur aktiven Entspannung während der Pflegezeit nutzten. Es gab jedoch eine gewisse Ambivalenz bei der Beurteilung, ob die Inhalte des CMpA als für ihren Alltag übertragbar empfunden wurden.

Wahrgenommene Änderungen im Wohlbefinden

Die Interviewten berichteten, positive Änderungen im Wohlbefinden durch das CMpA empfunden zu haben. PA1 bemerkte diese Veränderung besonders im Bereich der Schlafgesundheit.

¹⁰ Die in der Tabelle angegebenen PR der Einzelfälle beziehen sich auf die Gesamtstichprobe (nicht altersangepasst) (Fydrich, Sommer & Brähler, Fragebogen zur Sozialen Unterstützung – Manual, 2007)

„Ja, natürlich. Natürlich. Also das ist besseres Schlafen, ruhigeres Schlafen. Weil man wird ja, wie soll ich das sagen? In das kalte Wasser geworfen. Das ist ja, man rechnet ja oder denkt auch nicht darüber nach, jemals in so eine Situation zu kommen. Also ich zumindest nicht. Ich weiß nicht, ob andere Menschen darüber nachdenken, aber ich habe nicht darüber nachgedacht, meine Eltern irgendwann pflegen zu müssen. Und da wird man also komplett in das kalte Wasser geworfen. Und da ist ebenso ein Case Management die Unterstützung, die da ist. Das ist wirklich, also aus meiner Sicht, ich finde, dass das wichtig ist.“
(PA1, Pos. 66-67)

PA2 bezeichnete die Veränderung als „Erleichterung“ und erklärte, dass ihr die Termine gutgetan hätten und sie nun verstärkt auf ihre eigenen Bedürfnisse achte (PA2, Pos. 98-99).

Kurzfristig konnte das CMpA das Wohlbefinden von PA3 positiv beeinflussen, für nachhaltige Erfolge ist seiner Meinung nach eine längerfristige Begleitung notwendig.

„Na ja, kurzfristig schon, und deswegen bin ich auch der Meinung, dass solche Projekte langfristiger durchgezogen werden müssten, weil irgendwann summiert sich das alles wieder.“ (PA3, Pos. 58-59)

Zum Zeitpunkt t0 liegt das prozentuale Wohlbefinden aller Teilnehmenden durchschnittlich bei nur 23,51 %, verdoppelt sich durchschnittlich zum Zeitpunkt t1 jedoch fast. Die Ergebnisse waren zu beiden Erhebungszeitpunkten recht gestreut ($R_{t0} = 60$; $R_{t1} = 74$). Nach der Maßnahme hat sich durchschnittlich sowohl das Minimum als auch das Maximum erhöht. Bei neun von zehn fallbasierten Vorher-nachher-Vergleichen zeigte sich eine Verbesserung um mindestens vier, maximal 52 Prozentpunkte im Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen. Nur bei einer pflegenden Angehörigen wurde eine geringe Verschlechterung (-4 PP) festgestellt. Diese Quote gibt Hinweise darauf, dass das CMpA möglicherweise dazu beitragen hat, das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen zu verbessern. Da jedoch psychisches Wohlbefinden von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird und die vorliegende Stichprobengröße begrenzt ist, ist es nicht möglich, eine endgültige Schlussfolgerung in dieser Hinsicht zu ziehen.

Tab. 21: Wohlbefinden zu t0 und t1 (n = 10 von 11)

Identifikation	WHO 5 Wohlbefinden in % (t0)	WHO 5 Wohlbefinden in % (t1)	Numerische Differenz	Interpretation
pA1	0	16	16	verbessert
pA3	24	68	44	verbessert
pA5	32	68	36	verbessert
pA6	24	28	4	verbessert
pA7	12	8	-4	verschl.
pA9	32	84	52	verbessert
pA10	16	60	44	verbessert
pA11	20	36	16	verbessert
pA12	4	52	48	verbessert
pA14	60	72	12	verbessert

Weiterempfehlung/erneute Teilnahme

PA1 würde erneut am CMpA teilnehmen, nicht nur für sich selbst, sondern auch, um zur Unterstützung anderer pflegender Angehöriger beizutragen. Sie hat das CMpA bereits in ihrem Bekanntenkreis empfohlen, betonend, dass die empathische Art der CMpA besonders lobenswert ist (PA1: 70-73, 74-77).

PA2 empfahl die Teilnahme am CMpA anderen pflegenden Angehörigen und würde sich definitiv wieder dafür entscheiden (PA2, Pos. 104-111).

PA3 würde rückblickend das CMpA erneut in Anspruch nehmen und es anderen pflegenden Angehörigen weiterempfehlen (PA3, Pos. 74-77).

Alle elf Teilnehmenden der t1-Befragung gaben an, dass sie das CMpA weiterempfehlen würden.

6.4.2.6 Herausforderungen bei der Umsetzung (CMpA-Interviews)

Aus den 8 Interviews mit den Case Manager*innen für pflegende Angehörige wurden Herausforderungen bei der Umsetzung aus Anbieterperspektive identifiziert. Die daraus resultierenden Gelingensbedingungen wurden für die Konzeptüberarbeitung an die AW Kur und Erholungs GmbH kommuniziert. Im Anhang ist eine Tabelle mit den Gelingensbedingungen aus Anbieterperspektive einsehbar. An dieser Stelle wird erneut darauf hingewiesen, dass der Begriff Gelingensbedingungen weit interpretiert wurde, basierend auf den Erfahrungen der einzelnen Case Manager*innen für pflegende Angehörige. Es handelt sich also um Hinweise, nicht um alleinige Erfolgsgaranten und diese repräsentieren nicht zwangsläufig die Ansichten aller CMpAs.

Die Konzeptumsetzung war vor allem initial herausfordernd, da anfänglich ein Mangel an Routine und Übung bestand. Diese Schwierigkeit wurde verstärkt durch die Vielfalt der Materialien und Instrumente sowie die Notwendigkeit, gemeinsame Ziele mit den pflegenden Angehörigen festzulegen. Die Komplexität der Probleme und die Abgrenzung von anderen Gesundheitsrollen erwiesen sich ebenfalls als hinderlich. Der Start der Erprobung gestaltete sich außerdem mühsam, wegen anfänglicher Unkenntnis der pflegenden Angehörigen über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme des Angebotes und einer entsprechend geringen Anzahl an Teilnehmenden.

Es gab zudem Herausforderungen aufgrund unzureichender Ressourcen und suboptimaler Rahmenbedingungen. Die CMpA berichteten von verschiedenen Faktoren, die den Aufwand erhöhten, darunter die Dokumentation, die Vorbereitung und Durchführung der Termine. Der Zugang der pflegenden Angehörigen zur CMpA erfolgte auf unterschiedlichen Wegen, wie persönliche Kommunikation, Anzeigen oder Empfehlungen durch andere Akteur*innen.

Die CMpA konnten größtenteils die Qualitätskriterien in ihre Unterstützung der pflegenden Angehörigen integrieren, obwohl Schulungsbedarf oder Erfahrungslücken in bestimmten Bereichen festgestellt wurden. Die Anwendung verschiedener Instrumente, einschließlich optionaler, wurde von den CMpA genutzt.

Der Ablauf und die Phasen des Konzepts wurden individuell an die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen angepasst. Die zeitlichen Vorgaben wurden unterschiedlich wahrgenommen, und es gab Schwierigkeiten, die zeitlichen Abstände zwischen den Terminen einzuhalten. Einige CMpA begleiteten die pflegenden Angehörigen auch in der Vor- und Nachsorge. Die Vor- und Nachsorgebegleitung umfasste praktische Hinweise, Unterstützung bei Antragsstellungen und die gemeinsame Erarbeitung der Integration des Gelernten im Alltag. Es besteht Bedarf, das Thema in der Schulung bzw. im Konzept mehr zu thematisieren, da Wissensdefizite durch die CMpA erlebt wurden.

Trotz überwiegender positiver Bewertungen der CMpA gab es auch Anpassungsbedarfe am Konzept, die zur Konzeptüberarbeitung an die AW Kur und Erholungs GmbH kommuniziert wurden. Die Auswirkungen wurden als entlastend und bewusstseinsfördernd beschrieben, da Veränderungen

im Bewältigungsverhalten der pflegenden Angehörigen und positive Ergebnisse durch den Einsatz der Instrumente festgestellt wurden. Einige CMpA möchten das Konzept weiterhin anbieten, während andere aufgrund von Mangel an Erfahrung und Ressourcen Bedenken äußerten.

6.4.2.7 Gelingensbedingungen

Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Gelingensbedingungen aus Nutzer*innenperspektive, werden in Tabelle 22 dargestellt.

Tab. 22: Gelingensbedingungen aus Nutzer*innenperspektive nach Kategorie

Zugang	Um möglichst viele Nutzer*innen von Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren, sollten möglichst viele, digitale und analoge, Informationswege genutzt werden.
	Der Anmeldeprozess sollte möglichst niedrigschwellig und benutzerfreundliche gestaltet werden.
Organisation	Eine nutzer*innenorientierte Umsetzung des CMpA erfordert vor allem Flexibilität in der organisatorischen Termingestaltung, der Termindauer und den Terminorten.
	Grundsätzlich sollte sich die Organisation nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der pA richten.
	Bei Bedarf sollten die pA in der Organisation von Betreuungsmöglichkeiten für die pflegebedürftigen Personen unterstützt werden.
Durchführung - Themen	Relevante Themen für pA können sehr vielfältig sein und sollten möglichst auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden.
Durchführung - Qualitätskriterien	Die Lebenswelt der Teilnehmenden sollte mit ihrer individuellen Situation, einschließlich persönlicher und beruflicher Umstände sowie gesundheitlicher Herausforderungen sowohl in der Planung als auch in der Umsetzung berücksichtigt und integriert werden.
Durchführung - Materialien und Instrumente	Die Auswahl an Instrumenten und Materialien sollte stets individuell erfolgen und sich nach den Bedarfen und Interessen der pA orientieren.
Durchführung - Vor- und Nachsorge	Um pA erfolgreich im Bereich der Vor- und Nachsorge unterstützen zu können, sollte ein Zugang über stationäre Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erfolgen. Eine Teilnahme aus dem CMpA heraus zu ermöglichen, kann z. B. wegen fehlender finanzieller Ressourcen der pA schwierig sein. Es bedarf einer verstärkten Informations- und Beratungsarbeit bezüglich stationärer Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, insbesondere mit Begleitungs- und Betreuungsangeboten der pflegebedürftigen Personen, da viele pflegende Angehörige nicht über diese Möglichkeiten informiert sind. Es bedarf einer stärkeren Verknüpfung der beiden Sektoren.
Bewertung/ Durchführung	CMpAs sollten pflegenden Angehörigen praktische Unterstützung in der Navigation im deutschen Gesundheitswesen bieten, indem beispielsweise bürokratische Prozesse operational unterstützt und an notwendige Akteur*innen vermittelt werden. Eine reine Information über verschiedene Akteur*innen oder Möglichkeiten ist häufig nicht ausreichend.
	CMpAs sollten routiniert in der Durchführung sein, um flüssig auf die vielfältigen, teils emotionalen Situationen im CMpA reagieren zu können.

Für eine effektive Umsetzung des Case Managements für pflegende Angehörige sind flexible organisatorische Maßnahmen sowie eine individuell abgestimmte Herangehensweise von großer Bedeutung. Die Nutzung verschiedener Informationswege, sowohl digital als auch analog, ist entscheidend, um möglichst viele Nutzer*innen zu erreichen. Ein niedrigschwelliger Anmeldeprozess sowie eine nutzer*innenorientierte Gestaltung der Termine sind unerlässlich. Zudem bedarf es einer engen Verknüpfung zwischen CMpA und stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, um eine effektive Vor- und Nachsorge zu gewährleisten. Eine praxisnahe Unterstützung im deutschen Gesundheitswesen sowie die Fähigkeit, flexibel auf vielfältige und oft emotionale Situationen zu reagieren, sind für erfolgreiches Case Management unerlässlich.

6.5 Diskussion

Das Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war gemäß dem MRC-Modell, die Konzeptentwicklung mithilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse zu unterstützen und das darauffolgende Konzept zu validieren. Die Datenerhebungen während der Konzeptentwicklung hatten vor allem den Zweck, das Handlungsfeld zu erkunden und speziell die Bedürfnisse und Erwartungen von Expert*innen und Nutzer*innen bezüglich eines CMpA zu ermitteln. Durch die Datenerhebungen in der Validierungsphase sollte vor allem eruiert werden, wie die **Nutzer*innen, aber auch die Case Manager*innen für pflegende Angehörige, die Umsetzung des Konzeptes wahrgenommen und bewertet haben** und was notwendige **Faktoren oder Aspekte für eine Nutzer*innenorientierte Umsetzung des Konzeptes** sind.

Dafür wurden in der Phase der Konzeptentwicklung Fokusgruppeninterviews mit Nutzer*innen und Expert*innen sowie ein Scoping Review durchgeführt. Zur Validierung nach der Erprobungsphase wurden telefonische Einzelinterviews mit den Nutzer*innen und Case Manager*innen geführt. Zusätzlich wurden die Nutzer*innen zu Beginn und einige Wochen nach Abschluss der Maßnahme schriftlich befragt.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert und zukünftige Forschungsbedarfe abgeleitet. Durch die vorliegende Arbeit werden wissenschaftliche Erkenntnisse zu sektorenübergreifenden präventiven Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige präsentiert. Dieses Gebiet wurde bisher nur begrenzt erforscht, wodurch dieser Beitrag einen wichtigen Einblick liefert. Die Arbeit konnte neue Erkenntnisse gewinnen, insbesondere im Hinblick auf die Ausrichtung solcher Konzepte für pflegende Angehörige aus der Perspektive der Nutzer*innen.

Die Ergebnisse des Scoping Reviews zeigten hinsichtlich der **Exploration des Forschungsfeldes**, dass es im deutschsprachigen Raum für die Zielgruppe keine vergleichbaren Angebote gibt. Es wurden nur wenige internationale Case Management Konzepte für pflegende Angehörige identifiziert und diese waren insgesamt in Bezug auf ihre Settings, Ziele und Umsetzung eher heterogen. In der Literaturrecherche wurde gleichzeitig deutlich, dass der Stellenwert von pflegenden Angehörigen international zunimmt und somit der Bedarf an Unterstützung sowie die Notwendigkeit der Verbesserung der Versorgungslandschaft für diese Gruppe an Bedeutung gewinnen (Corvol et al., 2017; Jungbauer et al., 2017; Wittingham et al., 2017; Yu, 2016; Khanassov et al., 2016; Pfeiffer et al., 2017 & Luchsinger et al., 2016). Es stellt sich die Frage, warum in der deutschen Versorgungslandschaft keine flächendeckenden, sektorenübergreifenden Angebote für pflegende Angehörige verfügbar sind, obwohl die belastende Situation dieser Gruppe und die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken bekannt sind, insbesondere, weil pflegende Angehörige als „Deutschlands größter Pflegedienst“ bekanntermaßen eine entscheidende Rolle bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Land spielen (RKI, 2015). Zukünftige Forschung sollte sich dieser Frage bzw. Barrieren für die Schließung dieser Versorgungslücke stellen.

Die mangelnde Vergleichbarkeit der identifizierten Konzepte wirft zugleich die Frage auf, warum es kein standardisiertes Modell gibt und wie ein solches möglicherweise aussehen könnte. Mit dieser Frage wurde sich mitunter bei der Entwicklung des in Kapitel 7 beschriebenen Modells für Nutzer*innenorientierte Konzepte für pflegende Angehörige beschäftigt. Das Modell soll einen Rahmen für die individuelle Entwicklung vergleichbarer, an den Bedürfnissen der Nutzer*innen orientierter Konzepte für pflegende Angehörige geben.

Bezüglich des **Zugangs** zum Case Managements und der **Inanspruchnahme** eines Case Managements für pflegende Angehörige wurde festgestellt, dass eine Vielzahl von Informationskanälen genutzt werden sollte, um möglichst vielen pflegenden Angehörigen die Möglichkeiten der Unterstützung zugänglich zu machen. Die Ergebnisse legen nahe, dass das Case Management für pflegende Angehörige unterschiedliche Erwartungen weckt und die Motivation zur Inanspruchnahme variiert. Zukünftig könnte in Forschungsprojekten weiter untersucht werden, welche Faktoren die Motivation beeinflussen, und stärker abgeglichen werden, inwiefern das Angebot die Erwartungen

der pflegenden Angehörigen erfüllt. In diesem Modellprojekt spielten die Erwartungen der pflegenden Angehörigen eine untergeordnete Rolle, da primär die Bedarfe der pflegenden Angehörigen sowie die nutzer*innenorientierte Gestaltung fokussiert wurden.

Zur Inanspruchnahme von CMpA als nachsorgende Begleitung können keine Aussagen getroffen werden, da es aufgrund der Erprobung an nur wenigen Modellstandorten nicht gelungen ist, pflegende Angehörige zu rekrutieren, die im Erprobungszeitraum eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige abgeschlossen haben und von einer Nachsorge im CMpA hätten profitieren können. Dieses Bild bestätigen Karrer et al., die die Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige untersuchten. Sie schlussfolgern, dass die Zugangswege zu entsprechenden Angeboten niedrigschwellig und „zugangsfreundlich“ gestaltet werden müssten, um eine Inanspruchnahme durch die pflegenden Angehörigen zu gewährleisten (Karrer et al., 2020).

Weidner et al. (2017) untersuchten Barrieren bei der Inanspruchnahme und identifizierten zahlreiche Faktoren auf verschiedenen Ebenen: auf Systemebene, im Hilfesystem der Leistungserbringer sowie auf der Ebene einzelner Fälle. In der vorliegenden Untersuchung zum CMpA wurden teilweise ähnliche Barrieren festgestellt. Zum Beispiel beschreiben die Forscher ähnliche strukturelle Hindernisse beim Erstzugang zu Hilfsangeboten, räumliche und zeitliche Barrieren sowie Informationsmangel als Hürden. Gleichzeitig wurden in der vorliegenden Studie Bemühungen unternommen, bestimmte Barrieren, die auch in der Untersuchung von Weidner et al. identifiziert wurden, im Rahmen des CMpA zu umgehen. Ein Beispiel hierfür sind die Minimierung bürokratischer Hürden und die Gestaltung eines sehr niedrigschwelligen Zugangs (Weidner et al., 2017).

Der konzipierte Vor- und Nachsorgebaustein konnte nicht erprobt werden, weil zum Erprobungszeitpunkt keine der am CMpA-teilnehmenden pflegenden Angehörigen eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nehmen wollten. Durch die Interviews konnten hierfür teilweise Gründe identifiziert werden. So thematisierte eine Case Managerin die Möglichkeiten einer stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mit einer teilnehmenden Person, welche jedoch Pflegeversicherungsleistungen zur Betreuung der pflegebedürftigen Person für das entsprechende Jahr bereits beansprucht hatte. Wegen fehlender finanzieller Mittel konnte das Angebot daher nicht in Anspruch genommen werden. In zukünftiger Forschung müsste eine größere Verknüpfung der beiden Sektoren, auch im Bereich der Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme, erfolgen müssten oder andere Wege identifiziert werden, wie die Zielgruppe hinsichtlich der Vorsorge und Nachsorge begleitet werden könnte. Dieses Bild unterstreicht mitunter die Nahtstellenproblematik des deutschen Gesundheitssystems in bzw. zwischen diversen Sektoren (Lang et al., 2019; Gröning et al., 2016; Menzel-Bergmann et al., 2015 & Knieps et al., 2012; Spitzer, 2020). Dieses Muster beeinträchtigt die Möglichkeit pflegender Angehöriger, sich in der Versorgungslandschaft zurechtzufinden und eigenständig passende Angebote für ihre zu pflegenden Angehörigen sowie für sich selbst zu identifizieren. Es erschwert außerdem die Organisation der Inanspruchnahme dieser Angebote auf operativer Ebene, wodurch Bedarfe der Zielgruppe(n) oft ungedeckt bleiben (Karrer et al., 2020).

Hinsichtlich der identifizierten Notwendigkeit einer hohen Flexibilität im Bereich der **Organisation** des CMpA, insbesondere im Bereich der zeitlichen und örtlichen Termingestaltung, könnten potenziell Wege untersucht werden, wie dieser Prozess stärker systematisiert werden könnte. Gleichzeitig zeigt die positive Resonanz der pflegenden Angehörigen aber, dass die Umsetzung der zeitlichen und örtlichen Termingestaltung im Modellprojekt bereits erfolgreich war. Seitens der Case Manager*innen für pflegende Angehörige wurden keine Herausforderungen hinsichtlich der flexiblen Gestaltung der Maßnahme diskutiert.

Eine Hypothese für die potenzielle Nichtinanspruchnahme könnte sein, dass die verschiedenen flexiblen Möglichkeiten des Angebots nicht ausreichend kommuniziert werden. Möglicherweise zögern pflegende Angehörige daher, am Case Management teilzunehmen, weil sie annehmen, nicht über ausreichende zeitliche Ressourcen zu verfügen oder aufgrund von Einschränkungen der Teilnahme an bestimmten Orten (z. B. zu Hause oder in Beratungsbüros usw.) Bedenken hinsichtlich

der Teilnahme haben. Diese Informationen sollten daher möglichst bereits im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, also schon vor dem Erstgespräch, kommuniziert werden. Die Details auf organisationaler Ebene wurden bei einigen der im Scoping Review identifizierten Studien nicht oder wenig thematisiert (Whittingham et al., 2011; Khanassov et al., 2016), während andere ähnliche zeitliche Rahmenbedingungen in anderen Interventionen beschrieben wurden (Jungbauer et al., 2017; Gridley et al., 2019).

Wie im Ergebniskapitel beschrieben, variieren die für die pA notwendigen **Themen** im CMpA teilweise stark. Diese Variation lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass die Themen stark von den individuellen Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen abhängen, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Belastungssituationen vielfältig sind. Diese Vielfalt spiegelt sich insbesondere in den erforderlichen Kompetenzen der Case Manager*innen für pflegende Angehörige wider. Sie müssen ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten in einer Breite von Themen, wie z. B. den psychosozialen Herausforderungen pflegender Angehöriger, Gesundheitsförderung und Prävention oder Stressmanagement, besitzen, um umfassend die individuellen Bedarfe der pflegenden Angehörigen im Rahmen des CMpA abdecken zu können. Daraus ergibt sich nicht nur die Notwendigkeit einer professionellen und umfassenden Schulung der CMpA, sondern auch die Bedeutung der in den Interviews durch die Fachkräfte selbst wiederholt genannten Umsetzungserfahrungen. Daher wurde nach der Erprobung anhand der Rückmeldungen der CM und von Expert*innen das Curriculum angepasst und mehr Module zur Stärkung der Beratungskompetenz eingebaut. Inwieweit sich zukünftige CMpA, die nach der validierten Version des Curriculums geschult wurden, besser als in der Pilotschulung auf ihre Aufgabe vorbereitet fühlen und alle CMpA-Instrumente sicher anwenden können, muss dann in einer weiteren Studie erforscht werden. Die Erkenntnis, dass eine große Bandbreite an Inhalten thematisiert wird bzw. notwendig ist, deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen des Scoping Reviews. Beispielsweise beschreiben Luchsinger et al., aber auch Yu et al., dass in den Interventionen emotionale Unterstützung und Edukation angeboten werden, die Inhalte aber grundsätzlich von den Bedarfen der einzelnen pflegenden Angehörigen abhängen (Luchsinger et al., 2016; Luchsinger et al., 2018; Yu et al., 2016).

Im Bereich der inhaltlichen Umsetzung des CMpA ist es ebenfalls wichtig zu diskutieren, welche Case Management-**Rolle oder -Funktion** die CMpA einnehmen. Das Case Management ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, vielfältige Funktionen je nach individuellem Bedarf zu übernehmen. Bestimmte Rollen können in manchen Fällen relevanter sein als in anderen Situationen, abhängig von den Bedürfnissen der betroffenen Personen. Zu diesen Funktionen und Rollen gehören die Advocacy-, Broker-, Gate-Keeper- und Social Support-Funktion (Monzer, 2018).

Im Konzept CMpA nehmen die Case Manager*innen überwiegend die Rolle des/der sozialen Unterstützer*in ein. Dies deckt sich mit Quinns (1983) Auffassung, dass Case Management-Konzepte unterschiedliche Ausrichtungen haben können. Dennoch ist wichtig zu berücksichtigen, dass das Ziel von Case Management grundsätzlich sein sollte, „bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen“ (Monzer, 2018, S. 1). Daher sollten Case Manager*innen für pflegende Angehörige auch kompetent in den übrigen Case Management Rollen agieren können. Dies unterstreicht Monzer (2018, S. 2), der die Aufgabe von Case Management wie folgt definiert:

„Die Aufgabe des Case Managements besteht in der Unterstützung von Menschen, die unter den gegebenen persönlichen und institutionellen Voraussetzungen Schwierigkeiten haben, die richtigen Hilfen in Anspruch zu nehmen. Damit fällt dem Case Management vorrangig die Funktion zu, die Unterstützungen zu organisieren, die der Betroffene nicht selbst erreichen kann. Unter dieser Prämisse müssen möglichst solche Hilfen eingerichtet werden, die zu der Lebenswelt des betroffenen Menschen passen und letztlich von ihm und seiner Umgebung ohne weitere Hilfestellung genutzt oder organisiert werden können.“

Damit ist Case Management in der Regel nicht für die direkte Leistungserbringung zuständig, sondern sie organisiert diese.“

In diesem Sinne ist es wichtig, dass pflegende Angehörige im Case Management auch operative Unterstützung bei der Sicherstellung möglicher Inanspruchnahmen von notwendigen Unterstützungsmöglichkeiten erhalten (Bullinger et al., 1998).

Zukünftig könnte näher untersucht werden, inwiefern die konkreten Rollen für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen relevant sind und wie sie im CMpA bereits berücksichtigt bzw. umgesetzt werden.

Die im Konzept vorgesehenen **Qualitätskriterien** sind vielfältig und konnten daher im Rahmen der Validierung nur teilweise erfasst werden. Es zeigt sich aber deutlich, dass die Berücksichtigung der individuellen Lebenswelt ein zentrales Qualitätskriterium ist. Dies umfasst vor allem auch die soziale und berufliche Situation der pflegenden Angehörigen. Die Lebenswelten pflegender Angehöriger können äußerst vielfältig sein, abhängig vom Alter der Pflegenden selbst und der pflegebedürftigen Personen, dem Gesundheitszustand beider Parteien sowie ihren beruflichen und sozialen Umständen. Dementsprechend bestätigt sich erneut der breite Kenntnis- und Erfahrungsbedarf für die CMpA. Nähergehend könnte noch thematisiert werden, wie die Identifikationen dieser Lebensumstände erfolgen könnten. Gibt es biografische Assessments, die hierfür eingesetzt werden können? Gibt es bereits digitale Umsetzungsmöglichkeiten, die diesen Prozess unterstützen könnten bzw. wie könnten diese aussehen? Durch die Systematisierung dieses Prozesses könnte die Berücksichtigung der Lebensumstände ggf. sicherer oder umfassender einfließen.

Bezüglich der Anzahl der geltenden Qualitätskriterien für ein gelingendes CMpA stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten es gibt, die Umsetzung sicherzustellen. Ziel bei dieser Auseinandersetzung wäre, dass trotz der Heterogenität der Durchführung, die aus den individuellen Bedarfen resultiert, die Qualität für die pflegenden Angehörigen dennoch sichergestellt werden kann. So könnten z. B. bei möglicher Verstetigung dennoch regelmäßige Befragungen zur Evaluation durchgeführt werden. Möglicherweise könnten auch geeignete Tools oder Checklisten zur Qualitätssicherung entwickelt werden.

Im Rahmen der Erfassung **weiterer Maßnahmen**, die im CMpA über die aus dem Methodenkoffer hinausgehen, wurde u. a. ermittelt, dass die Gründung neuer Selbsthilfegruppen unterstützt wurde. Dies zeigt einen weiteren Anpassungsbedarf im deutschen Gesundheitssystem. Die Gründung, Organisation und Durchführung von Selbsthilfegruppen obliegt i. d. R. den betroffenen Personengruppen selbst. Pflegende Angehörige sind wie beschrieben jedoch bereits in diverser Hinsicht vorbelastet und unterstützungsbedürftig. Schon die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann für pflegende Angehörige herausfordernd sein, eine Initiierung oder aktive Gründung einer Selbsthilfegruppe ist daher für pflegende Angehörige ohne zusätzliche Unterstützung schwer bis nicht umsetzbar. CMpA könnten diesen Prozess im Sinne des Empowerments z. B. unterstützen, indem sie Ressourcen wie Informationsmaterialien zur Verfügung stellen, aber auch durch die zur Bereitstellung von Kontakten aus dem Netzwerk der CMpA, um den pflegenden Angehörigen zu ermöglichen, im Rahmen ihrer eigenen Ressourcen zu agieren (Bullinger et al., 1998). Auch diese Prozesse erfordern Kenntnisse und Kompetenzen der CMpA. Die Analyse zur nutzerorientierten Gestaltung des Konzepts ergab ebenfalls, dass pflegende Angehörige den Wunsch äußerten, Informationen darüber zu erhalten, welche Aktivitäten sie sowohl alleine als auch gemeinsam mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen unternehmen können. Hier wird deutlich, dass es offensichtlich nicht genügend leicht zugängliche Möglichkeiten gibt, um Informationen über potenzielle Aktivitäten zu erhalten oder diese in Anspruch zu nehmen. Das weist auf einen weiteren Bedarf für Maßnahmen oder Forschung hin. Eine Exploration der vorhandenen Angebote sowie des Nutzungsverhaltens und der Informationswege könnte dazu beitragen, diese Lücke zu verstehen und mögliche Lösungsansätze zu identifizieren.

In Bezug auf die zusätzlichen Maßnahmen wird an dieser Stelle erneut auf die verschiedenen Rollen und Funktionen hingewiesen, die CMpA einnehmen können und sollten. Diesbezüglich zeigte sich in der Bewertung der Nutzer*innen auch, dass sich mehr Unterstützung bei der Vermittlung notwendiger Unterstützungsangebote im Sinne der Funktion des Brokers gewünscht wurde. Es zeigt sich, dass pflegende Angehörige bei der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote auf Barrieren stoßen, die dazu führen können, dass die Maßnahmen nicht wahrgenommen werden. Diese Barrieren werden teilweise mit dem bürokratischen Aufwand verbunden sein, die viele Gesundheitsleistungen in Deutschland mit sich bringen, aber auch mit den Verpflichtungen und Belastungen der pflegenden Angehörigen. Die genauen Barrieren sollten näher analysiert werden, um geeignete Lösungsstrategien zu entwickeln. Bis eine niedrigschwelligere Inanspruchnahme solcher Angebote möglich ist, sollten CMpA die pflegenden Angehörigen durch Vermittlung von Informationsressourcen unterstützen.

Die Datenerhebungen zeigten, dass die verschiedenen im Konzept vorgesehenen **Instrumente und Materialien** für die pflegenden Angehörigen teilweise eher eine untergeordnete Rolle spielten. Es scheint, dass Entlastungsgespräche langfristiger in Erinnerung blieben als die genutzten Standardinstrumente (FARBE-Fragebogen, Liste angenehmer Erlebnisse und die soziale Netzwerkkarte). Dennoch beschrieben die pflegenden Angehörigen ihre Erfahrungen mit bestimmten, jedoch unterschiedlichen, Instrumenten teilweise sehr positiv. Daher lässt sich schlussfolgern, dass die Auswahl insbesondere der optionalen Instrumente und Materialien, abhängig von den Bedürfnissen und Vorlieben der Teilnehmenden, erfolgen sollte. Da das CMpA gemäß Konzept partizipativ durchgeführt werden soll, muss von Seiten der CMpA darauf geachtet werden, die Teilnehmenden partizipativ in die Auswahl einzubinden, um eine Berücksichtigung der Bedürfnisse und Erfahrungen angemessen zu ermöglichen

Der Vor- und Nachsorgebaustein wurde bereits dahingehend diskutiert, dass eine problematische Fragmentierung im Versorgungssystem besteht (Lang et al., 2019; Gröning et al., 2016; Menzel-Bergmann et al., 2015; Knieps et al., 2012; Spitzer, 2020). Es besteht die Notwendigkeit, den Zugang oder die Rekrutierung stärker mit dem stationären Sektor zu verknüpfen, was Anpassungen in der Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle erfordert. Durch die beschriebene Rekrutierungsproblematik hinsichtlich des Vor- und Nachsorgebausteins, konnte dieser im Wesentlichen nicht erprobt werden.

Die vorliegende Studie weist sowohl Stärken als auch Schwächen auf, die bei der Bewertung ihrer Aussagekraft und der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Die multiperspektivische Herangehensweise der vorliegenden Arbeit ermöglichte innovative Erkenntnisse dazu, wie ein Case Management Konzept für pflegende Angehörige aufgebaut sein sollte bzw., welche Bedarfe es für pflegende Angehörige decken sollte. Außerdem konnte durch das Vorgehen der Fokus der Nutzer*innen bei der Validierung gewahrt werden, während gleichzeitig die Perspektive der Anbieter beleuchtet wurde. Die angestrebte Vollerhebung bei der Rekrutierung, bei der alle Personen Fragebögen oder Einladungen zu Interviews erhielten, sollte potenzielle Verzerrungen bei der Auswahl der Teilnehmenden durch die Case Manager*innen verhindern. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass lediglich Personen, die besonders zufrieden mit dem Angebot waren, an der Erhebung teilgenommen haben, was zu einem Bias führen könnte. Die Stichprobe weist Einschränkungen hinsichtlich ihrer Repräsentativität auf, sowohl aufgrund ihrer begrenzten Größe als auch wegen potenzieller Unterrepräsentation bestimmter Zielgruppen wie beispielsweise Personen mit Migrationshintergrund, bedingt durch mögliche sprachliche Barrieren.

Um die Teilnahme am Interview möglichst niedrigschwellig zu halten, wurde sich für die telefonische Durchführung entschieden. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich pflegende Angehörige durch die telefonsiche Durchführung gegen eine Teilnahme entschieden haben. Die fehlende persönliche Interaktion könnte zudem die Beziehungsebene beeinträchtigt haben. Des Weiteren ist anzumerken, dass einige Fragen im Fragebogen frei formuliert wurden, was

potenziell zu Verständnisproblemen oder Unklarheiten führen könnte. Im Rahmen der Pretests wurden diesbezüglich jedoch keine Probleme festgestellt. Bivariate Analysen wurden aufgrund der Stichprobengröße nicht durchgeführt.

Die Stichprobengröße mindert die Aussagekraft der Ergebnisse, insbesondere im Hinblick auf den Vorsorge- und Nachsorgebaustein. Verallgemeinerbare Ergebnisse hätten ggf. durch die Einbeziehung einer Kontrollgruppe erzielt werden können.

Anzumerken ist, dass die Ergebnisse aller drei Instrumente (F-SozU, HPS-k und WHO-5) hohe Variabilität zeigen und kombiniert mit der eher kleinen Stichgröße daher keine Verallgemeinerung der Ergebnisse möglich ist. Außerdem könnte der Zeitraum von etwa 14 Wochen zwischen den t0- und t1-Ergebnissen darauf hindeuten, dass die Ergebnisse möglicherweise auch auf zusätzliche situative Veränderungen oder Lebensumstände zurückzuführen sind, insbesondere, weil es sich bei den gemessenen Inhalten, wahrgenommene soziale Unterstützung, Pflegebelastung und Wohlbefinden, um komplexe Merkmale handelt. Es fällt jedoch auf, dass die überwiegende Mehrheit (9 von 10 bzw. 8 von 10) nach der Maßnahme eine gesteigerte Wahrnehmung des psychischen Wohlbefindens und eine erhöhte soziale Unterstützung feststellte, während die häusliche Pflegebelastung von der Mehrheit (6 von 10) zum Zeitpunkt t1 als höher empfunden wurde. Dies könnte darauf hindeuten, dass es im Rahmen des CMpA gelungen ist, die Resilienzfaktoren zu stärken, so dass steigende Belastungen besser abgefedert werden konnten. Genau dies zu erreichen ist ja das Ziel eines CMpA. Hier sollten bei einer Verstärkung des Angebotes weitere Studien durchgeführt werden, um die beabsichtigten Wirkungen zu evaluieren.

Unabhängig von den spezifischen Themenbereichen offenbaren die Ergebnisse zwei zentrale Aspekte: Erstens erfordert die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung des CMpA ein hohes Maß an Flexibilität, um den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der pflegenden Angehörigen gerecht zu werden. Zweitens unterstreichen sie kontinuierlich den Bedarf an Kompetenz und Erfahrung seitens der CMpA, um das Konzept für pflegende Angehörige erfolgreich umzusetzen.

6.6 Fazit

Die Arbeit präsentiert wichtige, im deutschsprachigen Raum bisher fehlende wissenschaftliche Erkenntnisse zu sektorenübergreifenden Vorsorge- und Rehabilitationsbedarfen, die pflegende Angehörige von einem Case Management-Konzept benötigen. Die Ergebnisse des Scoping Reviews zeigten, dass vergleichbare Angebote im deutschsprachigen Raum fehlen und internationale Konzepte in ihrer Diversität hinsichtlich Settings und Zielen variieren. Die steigende Bedeutung pflegender Angehöriger wurde international betont, jedoch existieren in der deutschen Versorgungslandschaft keine flächendeckenden, sektorenübergreifenden Angebote für sie. Diese Lücke gilt es zukünftig flächendeckend zu schließen. Dass durch die AW Kur und Erholungs GmbH entwickelte und freizugängliche Konzept soll hierfür eine Hilfestellung bieten.

Der Zugang zum Case Management für pflegende Angehörige, die bereits an stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen haben, ist im Modellprojekt aufgrund der bereits dargestellten Gründe nicht gelungen. Hier müssen zukünftig die Fragen zur Verzahnung von ambulanten und stationären Sektoren geklärt werden. Barrieren und Nahtstellen im deutschen Gesundheitssystem beeinträchtigen die Möglichkeiten pflegender Angehöriger, passende Angebote identifizieren und nutzen zu können. Der Vor- und Nachsorgebaustein konnte daher weitestgehend nicht erprobt werden.

Die Zugangswege wurden durch die Teilnehmenden als niedrigschwellig wahrgenommen. Zur Erhöhung der Inanspruchnahme sollte sich die Öffentlichkeitsarbeit der anbietenden Standorte sich auf verschiedene Kommunikationskanäle verteilen. Die organisatorische Flexibilität des Case Managements wurde positiv von pflegenden Angehörigen bewertet.

Es zeigte sich, dass die Vielfalt der Themen und Bedürfnisse pflegender Angehöriger im CMpA breit gefächert ist, was die Notwendigkeit einer umfassenden Schulung für Case Manager*innen

für pflegende Angehörige verdeutlicht. Die Rolle und Funktion der CMpA bedarf ggf. genauerer Untersuchung, um die Bedürfnisse der Zielgruppe optimal zu erfüllen.

Die Ergebnisse weisen Stärken und Schwächen auf. Die multiperspektivische Herangehensweise ermöglichte wichtige Einblicke, jedoch war die Stichprobengröße begrenzt und nicht repräsentativ. Die Studie hätte von einer Kontrollgruppe profitieren können, um verallgemeinerbare Ergebnisse zu erzielen. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Notwendigkeit flexibler und kompetenter Unterstützung für pflegende Angehörige im Rahmen eines zugehenden und sektorenübergreifenden Case Managements für pflegende Angehörige.

6.7 Literatur

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. Verfügbar unter: <http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf> (11.11.2020).
- Bullinger, H., & Nowak, J. (1998). *Soziale Netzwerkarbeit: eine Einführung für soziale Berufe*. Lambertus-Verlag.
- Corvol, A., Dreier, A., Prudhomme, J., Thyrion, J., Hoffmann, W. & Somme, D. (2017). Consequences of clinical case management for caregivers: a systematic review. *Geriatric Psychiatry*, 32(5), 473-483.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen (AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6)*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-006l_S3_Pflegende-Angehoerige-von-Erwachsenen_2019-03.pdf
- Deutsche Fachgesellschaft für Care und Case Management [DGCC] (2020). *Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*. 2. aktualisierte Auflage. Heidelberg: medhochzwei.
- DGCC. (2013). *Positionspapier der FG Gesundheit und Pflege zum Case Management im Krankenhaus*. Abgerufen am 06.12.2023 von https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/06/130812_Positionspapier_CM_Krankenhaus_FG_Gesundheit-und-Pflege.pdf.
- von Elm, E., Schreiber, G. & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1-7. Verfügbar unter: [https://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(19\)30066-2/fulltext](https://zefq-journal.com/article/S1865-9217(19)30066-2/fulltext) (11.11.2020)
- Ewers, M. (1996). *Case management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwedbarkeit im Rahmen der bundsdeutschen Krankenversorgung*. Abgerufen am 06.12.2023 von <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47422/1/257821953.pdf>.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). *F-SozU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.
- GKV-Spitzenverband (2018). *Problemlösen in der Pflegeberatung: ein Ansatz zur Stärkung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI*. Köln: Hürth CW Haarfeld GmbH.
- Gräbel, E., Berth, H., Lichte, T. & Grau, H. (2014). Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatrics*, 12(23).
- Gröning, K., Sander, B. & Kamen, R. von (Hrsg.). (2015). *Familien-sensibles Entlassungsmanagement. Festschrift zu zehn Jahren Modellprojekt "Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG"*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Hurst, S., Arulogun, O. S., Owolabi, A. O., Akinyemi, R., Uvere, E., Warth, S., & Ovbiagele, B. (2015). Pretesting Qualitative Data Collection Procedures to Facilitate Methodological Adherence and Team Building in Nigeria. *International journal of qualitative methods*, 14, 53-64.
- Jungbauer, J., Krieger, T., & Floren, M. (2017). Konzeption und erste Evaluation eines rehabilitationsbegleitenden Beratungsangebots für Angehörige von Schlaganfallpatienten. *Die Rehabilitation*, 56(4), 257-263.
- Karrer, L., Dietzel, N., Wolff, F., Kratzer, A., Hess, M., Gräbel, E., & Kolominsky-Rabas, P. (2020). Wenn es nicht mehr alleine geht – Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote von Menschen mit Demenz: der Bayerische Demenz Survey (BayDem). *Das Gesundheitswesen*, 82(1), 40-49.

- Khanassov, V., & Vedel, I. (2016). Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 166-177.
- Kliem, S., Möble, T., Rehbein, F., Hellmann, D. F., Zenger, M., & Brähler, E. (2015). A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-SozU) was developed, validated, and standardized. *Journal of clinical epidemiology*, 68(5), 551-562.
- Knieps, F., Amelung, V. E., & Wolf, S. (2012). Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen. *Gesundheits-und Sozialpolitik*, 66(6), 8-19.
- Lang, C., Gottschall, M., Sauer, M., Köberlein-Neu, J., Bergmann, A., & Voigt, K. (2019). „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ –Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*, 81(10), 822-830.
- Lichte, T., Mohwinkel, L., Höppner, C., Jäkel, K., Wilfling, D., Holle, D., Beyer, M., & Vollmar, H.-C. (2018). *Pflegende Angehörige von Erwachsenen: S3-Leitlinie [AWMF-Register-Nr. 053-006, DEGAM-Leitlinie Nr. 6]*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-006_Pflegende%20Angehoerige/053-006I_DEGAM%20LL%20Pfle-gende%20Angeh%C3%88rige_4-3-2019.pdf.
- Lincoln, Y. S. (Ed.). (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. New York City: Sage.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438-445.
- Luchsinger, J. A., Burgio, L., Mittelman, M., Dunner, I., Levine, J. A., Kong, J., Silver, S., Ramirez, M. & Teresi, J. A. (2016). Northern Manhattan Hispanic Caregiver Intervention Effectiveness Study: protocol of a pragmatic randomised trial comparing the effectiveness of two established interventions for informal caregivers of persons with dementia. *BMJ open*, 6(11), 1-11.
- Luchsinger, J. A., Burgio, L., Mittelman, M., Dunner, I., Levine, J. A., Hoyos, C., Tipiani, D., Henriquez, Y., Kong, J., Silver, S., Ramirez, M. & Teresi, J. A. (2018). Comparative effectiveness of 2 interventions for Hispanic caregivers of persons with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(9), 1708-1715.
- Menzel-Begemann, A., Klünder, B. & Schaeffer, D. (2015). Edukative Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zur Vorbereitung auf die häusliche (Selbst-)Versorgung während der stationären Rehabilitation - Herausforderungen und Erfordernisse. *Pflege und Gesellschaft*, 20 (2), 101–105.
- Monzer, M. (2018). *Case Management Grundlagen. 2., überarbeitete Auflage*. Heidelberg: med-hochzwei.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12874-018-0611-x> (11.11.2020).
- Parker, G., Weatherly, H., Faria, R., Longo, F., & Van Den Berg, B. (2019). Specialist nursing support for unpaid carers of people with dementia: a mixed-methods feasibility study. *Health Services and Delivery Research*, 7(12).
- Peters, M., D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

- Peters, M. D., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 141-146. Verfügbar unter: https://journals.lww.com/ijebh/Full-text/2015/09000/Guidance_for_conducting_systematic_scoping_reviews.5.aspx?bid=AMCampaignWKHJ (12.11.2020).
- Pfeiffer, K., Hautzinger, M., Patak, M., Grünwald, J., Becker, C., & Albrecht, D. (2017). Problem-solving in caregiver-counselling (PLiP study): study protocol of a cluster randomized pragmatic trial. *BMC geriatrics*, 17(64), 1-8.
- Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health (1998). WHO (fünf) – FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN. Abgerufen am 28.08. von https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/documents/who5_german.pdf.
- Quinn, J. (1983). *Successful Case Management in Long-Term Care*. New York: Springer Publishing.
- RKI (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt* 6(3), 1-12. Abgerufen am 28.11.2023 von <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1>.
- Spitzer, S. G. (2020). Mit integrierter Versorgung sektorale Schranken überwinden. *Der Internist*, 61(9), 903-911.
- Statistisches Bundesamt (2022). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Abgerufen am 14.02.2023 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D. D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S. Godfrey, C., Macdonald, M., Langlois, E., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö. & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473.
- Weidner, F., Rottländer, R. & Laag, U. (2017). Bedarfsgerechte Entlastung von pflegenden Angehörigen demenziell erkrankter Menschen: ein multidimensionaler, programmatischer Ansatz. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 99, 4-19.
- Wendt, W. R. (2015). Case Management. In C. Thielscher (Hrsg.), *Medizinökonomie 1* (S. 505-523). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Whittingham, K., & Pearce, D. E. (2011). Carer support from a community-based heart specialist nurse service. *British Journal of Nursing*, 20(21), 1388-1393.
- Yu, D. S. (2016). Effects of a health and social collaborative case management model on health outcomes of family caregivers of frail older adults: preliminary data from a pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(10), 2144-2148.

7. KONSEQUENZEN FÜR EINE NUTZER*INNENORIENTIERTE GESTALTUNG VON UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN

Gemäß Dierks und Schaeffer stellen Nutzer*innen eine wertvolle Informationsquelle in der Versorgungsforschung dar (s. Kapitel 3.2). Vor diesem Hintergrund wurden die subjektiven Bedürfnisse, Erfahrungen und Bewertungen der pflegenden Angehörigen im Verbundvorhaben PuRpA in der Konzeptentwicklung und -validierung erhoben und bei der Überarbeitung der Rahmenkonzepte berücksichtigt. Auf diese Weise konnten in den einzelnen Modellprojekten zahlreiche Gelingensbedingungen identifiziert werden, die wichtig für die Zufriedenheit pflegender Angehöriger in Bezug auf Entlastungsangebote sind. Diese Faktoren bildeten die Grundlage für die Entwicklung eines übergeordneten, mehrdimensionalen Modells (s. Abb. 57, S. 213). Das Modell verknüpft diejenigen Gelingensbedingungen miteinander, die in allen drei Modellprojekten zum Tragen kamen und stellt das Ergebnis der Querschnittsanalysen dar.

Das Modell nimmt Bezug auf unterschiedliche Ebenen der Nutzer*innenorientierung. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, lässt sich Nutzer*innenorientierung auf drei Ebenen wiederfinden – auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene. Aufgrund der Erhebungen, die im Rahmen des Verbundvorhabens durchgeführt wurden, können Aussagen zur Mikro- und Mesoebene getroffen werden. Die zentralen, thementragenden Begriffe sind im Modell enthalten und werden im Folgenden näher erläutert.

Mikroebene

Die Mikroebene umfasst verschiedene Gelingensbedingungen, die im Rahmen des Verbundvorhabens PuRpA identifiziert wurden und sich auf die Gestaltung und Ausstattung von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige beziehen, um diese nutzer*innenorientiert anzubieten. Dabei können die Faktoren zeitlich in drei Abschnitte eingeteilt werden: einerseits den Zugang zu einem Angebot betreffend, anschließend die Zeit während der Inanspruchnahme eines Angebots und schließlich Bedingungen, die der Sicherstellung der Nachhaltigkeit eines Angebots dienen.

Als Voraussetzung für die Inanspruchnahme eines Angebots – und somit als Faktor für den Zugang – gilt die Informationsvermittlung über digitale und analoge Kommunikationswege. Wunsch der Nutzer*innen ist es, auf ein geplantes Unterstützungsangebot gut mit vorläufigen Informationen vorbereitet zu werden, aber auch grundsätzlich auf Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen zu werden. Hervorzuheben ist hier die hohe Bedeutung von Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit. Des Weiteren ist für den Zugang eine niedrighschwellige und benutzerfreundliche Vorbereitung bei der Inanspruchnahme einer Maßnahme wichtig. Darunter fällt auch der Einbezug von Multiplikator*innen und Beratungsstellen bei der Beantragung einer Maßnahme, sowie ein freundliches und engagiertes Vorgehen von Personen und Institutionen bei der Begleitung von pflegenden Angehörigen auf dem Weg zu einer Maßnahme. Zudem ist es für pflegende Angehörige ein wichtiges Anliegen, dass sie Unterstützung bei der Organisation von z. B. Betreuungsmöglichkeiten bekommen und dass die Versorgung der pflegebedürftigen Person, v. a. auch während der Inanspruchnahme eines Entlastungsangebots seitens der/des Angehörigen sichergestellt ist.

Während der Inanspruchnahme einer Leistung sollten die enthaltenen Maßnahmen individuell auf die pflegenden Angehörigen ausgerichtet sein. Dies umfasst unter anderem die Aspekte Wissensstand, Bedarf, eigener Gesundheitszustand, Fähigkeiten und Interesse (s. Abb. 57, S. 215). Eine individuelle Ausrichtung bewirkt, dass sich jede einzelne Person aus der Zielgruppe angesprochen fühlt, das eigene Anliegen bearbeiten kann und den größtmöglichen Nutzen aus dem Angebot zieht. Wunsch ist, dass die in Anspruch nehmende Person im Mittelpunkt der Maßnahme steht.

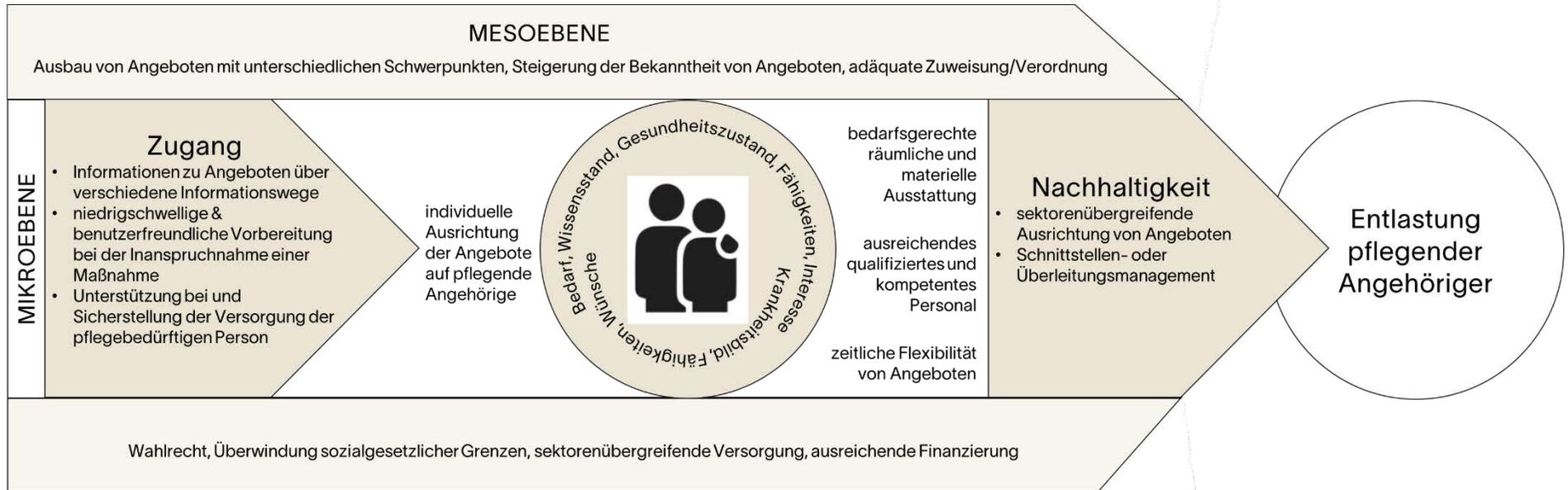


Abb. 57: Übergeordnetes, mehrdimensionales Modell: Nutzer*innenorientierte Entlastung pflegender Angehöriger

Ist für die Nutzung des Angebots eine gleichzeitige Betreuung/Versorgung der pflegebedürftigen Person erforderlich, so wird sich auch für diese eine individuelle Ausrichtung gewünscht. Notwendig wäre, hierbei auf das spezifische Krankheitsbild einzugehen, sowie Fähigkeiten und Wünsche zu berücksichtigen. Bei der Inanspruchnahme eines Angebots ist weiterhin eine bedarfsgerechte räumliche und materielle Ausstattung wichtig. Des Weiteren spielt die personelle Ausstattung eine wesentliche Rolle. Zum einen sollte eine ausreichende Personalstärke vorhanden sein, zum anderen sollte das Personal eine gewisse Fach- und Sozialkompetenz mitbringen. Nötige Qualifikationen werden vorausgesetzt; zudem ist es wünschenswert, wenn das Personal Praxiserfahrung und Routine in seiner Arbeit hat und regelmäßig Fortbildungen durchgeführt werden. Daneben ist die zeitliche Flexibilität von Angeboten zu nennen. Diese umfasst unter anderem die Termingestaltung von Angeboten, worunter fällt, dass die einzelnen Termine von ihrem Abstand her und ihrer Dauer flexibel sein sollten, aber auch, dass die Dauer der gesamten Inanspruchnahme eines Angebots flexibel und bedarfsgerecht gestaltet sein sollte. Wird parallel eine Betreuung/Versorgung für die pflegebedürftige Person vorgehalten, ist hier ebenfalls eine zeitliche Flexibilität gewünscht, z. B. bei Bring- und Abholzeiten.

Um am Ende der Inanspruchnahme die Nachhaltigkeit des Angebots sicherzustellen, sind zwei Aspekte von Bedeutung. Vor allem bei stationären Angeboten kann von einem Schnittstellen- oder Überleitungsmanagement gesprochen werden, bei dem unter anderem gewährleistet wird, dass die/der pflegende Angehörige gut auf die Versorgungssituation zu Hause vorbereitet ist und ggfs. weitere Angebote organisiert sind bzw. Empfehlungen gegeben werden. Der zweite Aspekt ist eine grundsätzlich sektorenübergreifende Ausrichtung von Angeboten, um einen guten Informationsaustausch und weiterführende Vermittlung zu ermöglichen. Werden all diese Gelingensbedingungen auf der Mikroebene erfüllt, kann dies zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen.

Mesoebene

Bei der Mesoebene der Nutzer*innenorientierung geht es um eine bedarfsgerechte Gestaltung des Versorgungssystems durch die Akteur*innen der gemeinsamen Selbstverwaltung (s. Kapitel 3.2). Gefordert werden Versorgungsstrukturen, die nach den verschiedenen spezifischen Bedarfen unterschiedlicher Nutzer*innen differenziert sind. Im Kontext von PuRpA bedeutet dies, dass es Einrichtungen geben muss, die die unterschiedlichen Indikationen pflegender Angehöriger berücksichtigen (z. B. aus den Bereichen Orthopädie oder Psychosomatik) oder dass unterschiedliche Unterbringungsmöglichkeiten bei einer gemeinsamen Reise zur Verfügung stehen (z. B. unter einem Dach im Rahmen einer Tagesbetreuung oder in einer Kurzzeitpflege am Ort der Maßnahme). So ist z. B. eine Anforderung an nutzer*innenorientierte Leistungen, dass sich der Versorgungsort nach dem Bedarf und den Möglichkeiten der Leistungsempfänger*innen richten sollte. In Bezug auf ein Case Management-Angebot könnte dies bedeuten, dass die Beratung nicht zugehend stattfinden muss, sondern bei Bedarf auch online erfolgen kann. Um eine Nutzer*innenorientierung in diesem Rahmen zu gewährleisten, ist der *Ausbau von Angeboten mit unterschiedlichen Schwerpunkten* erforderlich. In Zusammenhang steht hiermit auch das *Wahlrecht*, das pflegende Angehörige erhalten sollten, um sich einen für sie passenden Leistungserbringer auszuwählen.

Im Rahmen der Querschnittsanalysen zeigte sich darüber hinaus, dass die *Bekanntheit* der Leistungserbringer und ihrer Angebote im gesamten Versorgungssystem relevant ist, d. h. nicht nur bei den pflegenden Angehörigen selbst, sondern auch bei Ärzt*innen und Kranken- und Pflegekassen. Hiermit einher geht eine *adäquate Zuweisung* zu oder *Verordnung* von Entlastungsangeboten, da es ansonsten nicht zu einer Inanspruchnahme und der wirtschaftlichen und qualitativen Erbringung dieser Angebote kommen kann. In diesem Zusammenhang ist auch die *ausreichende Finanzierung* der Leistungen wichtig. Die im PuRpA Verbund kooperierenden Einrichtungen und Standorte erbrachten die Leistungen trotz des Mehraufwandes und der für sie entstehenden Kosten ohne zusätzliche Vergütung. Für ein dauerhaftes, nicht projektgebundenes Angebot ist die Sicherstellung der Finanzierung ein ausschlaggebender Faktor. Eine Herausforderung stellt die starke sozialge-

setzliche Trennung dar, gemeint ist hier die Verortung des Kranken- und Pflegeversicherungsrechts im SGB V und SGB XI. Nutzer*innenorientiert wäre eine Überwindung der sektoriellen Grenzen. Beziehen kann sich dies z. B. auf die Zusammenarbeit von „Einrichtungstandems“ (bestehend aus Vorsorge-/Rehabilitationsklinik und Pflegeeinrichtung) oder die Vorsorge/Nachbereitung eines stationären Aufenthalts durch Case Manager*innen.

Durch die im Verbundvorhaben durchgeführten Querschnittsanalysen konnten Gelingensbedingungen identifiziert werden, die auch übergeordnet – in Bezug auf unterschiedliche Entlastungsangebote für pflegende Angehörige – Gültigkeit haben bzw. haben könnten. Um dies zu bestätigen, sollte die Anwendbarkeit des Modells in nachfolgenden Projekten und Forschungsvorhaben weitergehend geprüft werden.

8. IMPLIKATIONEN

Pflegende Angehörige sind durch die häusliche Pflegesituation vielfältigen Belastungen ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken können. Um die heterogenen Pflegesituationen zu unterstützen und die Versorgung im eigenen zu Hause langfristig zu ermöglichen, bedürfen sie einer ganzheitlichen und sektorenübergreifenden Unterstützung und Entlastung, die sich an den individuellen Bedürfnissen beider Personen orientiert. Stationäre Entlastung durch Vorsorge und Rehabilitation bildet gemeinsam mit einem ambulanten Case Management in Wohnortnähe einen wichtigen Baustein in der Versorgung, der vor dem Hintergrund des demografischen Wandels weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Während des Projekts wurde gezeigt, dass ambulante und stationäre Maßnahmen in vorhandene Strukturen integriert werden können. Allerdings wurde auch deutlich, dass Veränderungen in Bezug auf die Finanzierung und den gesetzlichen Rahmen, in der Öffentlichkeit und in der Wissenschaft notwendig sind.

Ein niederschwelliger Zugang ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Zusammenhang bedeutsam. Während in beiden Bereichen das Thema Öffentlichkeitsarbeit unter Nutzung verschiedenster Informationskanäle relevant ist, bedarf es im Hinblick auf eine stationäre Maßnahme zudem einer individuellen Beratung und Unterstützung. Hierfür müssen geeignete Strukturen geschaffen sowie bestehende (Kurberatungsstellen) erhalten werden. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sind zudem Einrichtungen und Standorte angehalten, ihr Angebot zu bewerben und zudem müssen Ärzt*innen sowie Kranken- und Pflegekassen einbezogen werden. Im stationären Bereich ist eine adäquate Zuweisung durch Kostenträger unerlässlich, damit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen das spezielle Angebot für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen vorhalten können, eine Umsetzung in Gruppenstärke möglich ist, Kosten gedeckt sind und Nutzer*innen von der Gemeinschaft profitieren.

Damit pflegende Angehörige eine stationäre Maßnahme nutzen können, bedarf es darüber hinaus ausreichend finanzierbarer und zielgruppengerechter Begleitangebote. Hier müssen neue finanzielle Strukturen geschaffen bzw. die Versorgungskosten der pflegebedürftigen Person durch Kostenträger übernommen werden ohne die Gelder der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu belasten und notwendige Betreuungen im Vorfeld oder nach der Maßnahme zu gefährden. Kurzzeitpflege mit einer getrennten Unterbringung in Kliniknähe sowie Tagesbetreuung mit einer gemeinsamen Unterbringung kann in sektorenübergreifender Zusammenarbeit mit Vorsorge- und/oder Rehabilitationseinrichtungen ein Begleitangebot anbieten, das neben einer Förderung der pflegebedürftigen Person die Bedarfe des Tandems in den Blick nimmt.

Für die Durchführung der Maßnahmen sind nutzer*innenorientierte Strukturen unerlässlich, um den vielfältigen Bedürfnissen pflegender Angehöriger und ihrer pflegebedürftigen Angehörigen gerecht zu werden. Einrichtungen und Standorte sind daher angehalten, eigene Konzepte auf Grundlage der Rahmenkonzepte zu entwickeln und das Personal zu schulen, um die Bedarfe der Nutzer*innen zu berücksichtigen. Für die Nachhaltigkeit einer Maßnahme sollten Einrichtungen und die Versorgung im ambulanten Bereich das Pflegesetting in den Blick nehmen. Beide Bereiche sollten sich zudem miteinander vernetzen, sodass bei Bedarf der Übergang in die Häuslichkeit durch ein ambulantes Case Management unterstützt werden kann.

Die Erprobungsphase der Modellprojekte hat gezeigt, dass es für die Umsetzung zusätzlicher Leistungen für pflegende Angehörige und der Schulung von Mitarbeitenden einer Sicherstellung der Finanzierung bedarf. Zudem müssen neue rechtliche Grundlagen geschaffen werden, damit eine intersektorale Zusammenarbeit zwischen den Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen sowie die Durchführung gemeinsamer Angebote für das Pflegepaar ermöglicht werden und die Leistungen des Case Managements in einem geeigneten rechtlichen Bereich verortet

werden können. Ein Ausbau ambulanter Angebote ist erforderlich, um ein Case Management flächendeckend in Wohnortnähe anbieten zu können. Im stationären Bereich ist ein weiterer Ausbau unerlässlich, um in unterschiedlichen Indikationsbereichen ein Angebot für pflegende Angehörige vorhalten zu können (z. B. Orthopädie, Psychosomatik usw.). Hintergrund ist, dass die Zuweisung über die Indikation erfolgt und der Kontextfaktor der häuslichen Pflege nicht ausreicht, um eine stationäre Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Begleitangebote mit unterschiedlichen Unterbringungsformen sollten ebenfalls aufgrund der unterschiedlichen Bedarfe ausgebaut werden, um ein passendes bzw. nutzer*innenorientiertes Angebot vorzuhalten. Von wissenschaftlicher Seite empfiehlt es sich zum einen, die Wirksamkeit der Rahmenkonzepte im Sinne des dritten Schrittes des MRC-Modells zu evaluieren, und zum anderen die hier beleuchtete Zielgruppe durch weitere Altersgruppen und Pflegesituationen zu erweitern.

ANHANG

- Anhang 1: t0- und t1-Fragebögen Modellprojekt „Stationäre Vorsorge und Rehabilitation“
- Anhang 2: Interview-Leitfaden Modellprojekt „Stationäre Vorsorge und Rehabilitation“
- Anhang 3: Validierungsfragen im Überblick – Vorsorge/Rehabilitation speziell für pflegende Angehörige
- Anhang 4: Validierungsfragen im Überblick – Inhalte und Umsetzung der Maßnahme
- Anhang 5: Gelingensbedingungen „Stationäre Vorsorge für pflegende Angehörige“
- Anhang 6: Gelingensbedingungen „Stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige“
- Anhang 7: t0- und t1-Fragebögen Modellprojekt „Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“
- Anhang 8: Interview-Leitfäden (pflegende Angehörige/pflegebedürftige Personen) Modellprojekt „Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“
- Anhang 9: Validierungsfragen im Überblick – Gründe für eine gemeinsame Reise
- Anhang 10: Validierungsfragen im Überblick – Begleitangebot
- Anhang 11: Validierungsfragen im Überblick – gemeinsam genutzte Angebote
- Anhang 12: Validierungsfragen im Überblick – Organisation gemeinsam genutzter Angebote
- Anhang 13: Validierungsfragen im Überblick – Bewertung des Aufenthaltes
- Anhang 14: Gelingensbedingungen „Begleitangebote für pflegebedürftige Begleitpersonen während einer stationären Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme eines pflegenden Angehörigen“
- Anhang 15: t0- und t1-Fragebögen Modellprojekt „Case Management für pflegende Angehörige“
- Anhang 16: Interview-Leitfaden (Case Manager*innen für pflegende Angehörige)
- Anhang 17: Interview-Leitfaden (pflegende Angehörige)
- Anhang 18: Gelingensbedingungen (Case Manager*innen-Perspektive)

ANHANG 15: T0- UND T1-FRAGEBÖGEN MODELLPROJEKT „CASE MANAGEMENT FÜR PFLE- GENDE ANGEHÖRIGE“

Schriftliche Befragung

Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,



vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, den vorliegenden Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen wurde für eine Befragung im Rahmen des Verbundvorhabens „PuRpA: Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ von der Fachhochschule Bielefeld erstellt. Bei dieser Befragung interessiert uns, wie es Ihnen gesundheitlich geht und welche Auswirkungen die Pflegesituation auf Ihr Leben hat. Wenn Sie mehrere Personen pflegen, beziehen Sie sich beim Beantworten bitte auf die Person, die Sie am längsten pflegen. Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und hat keinerlei Auswirkungen auf die Unterstützung durch Ihren/Ihre Case Manager*in. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag an die Fachhochschule Bielefeld, wenn Sie teilnehmen möchten. Damit die Befragung wirklich anonym bleibt, ergänzen Sie bitte keine Absender-Angaben. Wenn Sie an einer zweiten Befragung 4 Wochen nach Ihrer Unterstützungsmaßnahme teilnehmen möchten, geben Sie im Abschlussgespräch mit Ihrem/Ihrer Case Manager*in bitte Ihr mündliches Einverständnis hierzu. Für diesen ersten Fragebogen benötigen Sie ca. 10-15 Minuten Zeit. Bitte lassen Sie keine Frage aus, auch wenn Ihnen die Antwort schwerfallen sollte.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>ge-</u> <u>nau</u>	stimmt <u>über-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkungen vorab:

- In diesem Fragebogen wird die Begriffe „Case Management“ sowie „Case Manager*in“ verwendet. Hiermit ist die „Unterstützung“ sowie „der/die Berater*in“ gemeint, mit dem/der Sie im Austausch über Ihre Pflegesituation sind.
- Zudem wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.
- Im Fragebogen wird nur die männliche Form verwendet. Es versteht sich, dass auch das jeweils andere Geschlecht mit gemeint wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen zur Unterstützung

1. Warum nehmen Sie die Leistungen des Case Managers in Anspruch?

- als Unterstützung für Ihren Pflegealltag
- als Unterstützung nach Ihrer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

2. Haben Sie sich schon Gedanken darüber gemacht, in welchen Bereichen Sie sich Unterstützung von Ihrem Case Manager wünschen?

Ja, ich wünsche mir:

Nein, habe ich noch nicht.

Fragen zu Ihrer Pflegesituation

3. Seit wie vielen Jahren übernehmen Sie die häusliche Pflege?
_____ Jahr(en)

4. Erhalten Sie bei der Pflege Ihres Angehörigen noch weitere Unterstützung?

ja, nämlich:

Finanzielle
Unter-
stützung

Tagespflege

Ambulanter
Pflegedienst

Familien- oder
Bekanntens-
kreis

Sonstiges

nein, die Betreuung übernehme ich im Wesentlichen allein

5. In welcher Beziehung stehen Sie zu Ihrem Angehörigen? Sie sind ...

(Ehe-) Part-
ner/in

Tochter/
Sohn

Mutter/
Vater

Schwieger-
tochter/ -sohn

Sonstiges

6. Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt mit Ihrem Angehörigen?

ja nein

7. Auswirkungen der Pflege

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Codierung:

F	B	M	P	2					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

8. Beurteilung Ihres Wohlbefindens

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Soziale Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkungen so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Ihrem Angehörigen					
10. Welchen Pflegegrad hat Ihr Angehöriger?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegegrad 0	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
11. Was sind die medizinischen Gründe für die Pflegebedürftigkeit Ihres Angehörigen?					

12. Wie alt ist Ihr pflegebedürftiger Angehöriger? _____ Jahre					
13. Welches Geschlecht hat Ihr Angehöriger?					
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich					

Fragen zu Ihrer Person	
14. Wie alt sind Sie? _____ Jahre	
15. Welches Geschlecht haben Sie? <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
16. Welchen Familienstand haben Sie?	
<input type="checkbox"/> verheiratet/zusammenlebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
17. Haben Sie neben der Betreuung Ihres Angehörigen noch andere Aufgaben? (<i>Mehrfachantworten sind möglich</i>)	
<input type="checkbox"/> Ja, ich bin berufstätig mit ca. _____ Stunden pro Woche	
<input type="checkbox"/> Ja, ich betreue noch meine eigenen Kinder	
<input type="checkbox"/> Ja, ich pflege noch (eine) weitere Person/en	
<input type="checkbox"/> Ja, Sonstiges, nämlich: _____	
<input type="checkbox"/> Nein	

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigegefügtten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück. Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Schriftliche Befragung zum Case Management



Sehr geehrte pflegende Angehörige,
sehr geehrter pflegender Angehöriger,

vielen Dank, dass Sie sich erneut die Zeit nehmen, einen Fragebogen auszufüllen.

Wir haben Sie bereits zu Beginn Ihrer Beratung und Unterstützung durch eine/n Case Manager*in mittels eines Fragebogens befragt. Heute interessieren uns Ihre Erfahrungen, die Sie mit dem Case Management gemacht haben, und wie es Ihnen aktuell gesundheitlich geht.

Alle Ihre Angaben bleiben anonym. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit dem frankierten Rückumschlag an die Fachhochschule Bielefeld, wenn Sie teilnehmen möchten. Damit die Befragung wirklich anonym bleibt, ergänzen Sie bitte keine Absender-Angaben.

Für diesen Fragebogen benötigen Sie ca. 15-20 Minuten Zeit.

Wie ausfüllen?	stimmt <u>genau</u>	stimmt <u>über-</u> <u>wiegend</u>	stimmt <u>ein</u> <u>wenig</u>	stimmt <u>nicht</u>
So kreuzen Sie richtig an:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Anmerkungen vorab:

- Im Fragebogen wird nur die männliche Form verwendet. Es versteht sich, dass auch das jeweils andere Geschlecht mit gemeint ist.
- In diesem Fragebogen werden die Begriffe „Case Management“ sowie „Case Manager“ verwendet. Hiermit sind die „Beratung und Unterstützung“ sowie „der Berater“ gemeint, mit dem/der Sie im Austausch über Ihre Pflegesituation sind.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

17. Auswirkungen der Pflege

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege“ ist beides gemeint.

Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	stimmt genau	stimmt überwiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit in meinem Leben gelitten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Beurteilung Ihres Wohlbefindens

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Soziale Unterstützung

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung entspricht. Ein Kreuz ganz rechts („trifft genau zu“) würde beispielsweise bedeuten, dass die entsprechende Aussage für Sie genau zutrifft; ein Kreuz in der zweiten Spalte von links würde bedeuten, dass diese Aussage für Sie eher nicht zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
Ich finde ohne Weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>				
Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkungen so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>				
Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>				
Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>				
Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>				

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teil- weise zu	trifft zu	trifft genau zu
Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne Weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Rahmenbedingungen des Case Managements

Wie viele Wochen dauerte Ihr Case Management circa (vom ersten bis zum letzten Termin)? _____Wochen

Wie viele Termine hatten Sie insgesamt? _____Termine

Wie viele davon fanden persönlich (entweder in der Häuslichkeit oder im Beratungsbüro) statt? _____Termine

Wie empfanden Sie die Anzahl der Besuche/Termine, um Ihre persönliche Problemsituation zu besprechen und Lösungen zu finden?

Zu wenig Ausreichend Zu viel Weiß nicht

Wie war der zeitliche Umfang der Termine für Sie?

Zu wenig Zeit Ausreichend Zu viel Zeit Weiß nicht

War es notwendig, für einzelne oder alle Termine eine Betreuung für Ihre/Ihren Angehörigen zu organisieren?

Nein Ja Für wie viele Termine notwendig? _____

Wenn ja, konnten Sie die Organisation dieser Termine gut bewältigen?

Ja Nein Weiß nicht

War es einfach, am Case Management teilzunehmen?

Ja Nein Weiß nicht

Wie sind Sie auf das Case Management aufmerksam geworden?

22. Umsetzung des Case Managements					
Bitte setzen Sie hier <u>zwei</u> Kreuze, ein Kreuz im grauen, ein Kreuz im rosa Feld. Beachten Sie außerdem, dass im Fol- genden in den rosa Feldern erfragt wird, wie wichtig Ihnen der jeweilige Aspekt war. Der Case Manager...	Inwiefern treffen diese Aussagen zu?			Wie wichtig war/ist Ihnen das?	
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
... hatte ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat sich verständlich ausgedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gab mir das Gefühl, mit ihm/ihr über wichtige Dinge sprechen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mich auf Augenhöhe in den Bera- tungs- und Unterstützungsprozess mit eingebunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kannte sich gut mit den Problemen und Herausforderungen pflegender Angehöriger aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist auf meine Fragen und Bedürfnisse eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat meine bisherigen Erfahrungen/ Kompetenzen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat meine persönlichen Lebensum- stände berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... berücksichtigte mein soziales Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hat mir geholfen, Ziele zu formulie- ren, die ich erreichen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wirkung des Case Managements					
Bitte setzen Sie hier <u>zwei</u> Kreuze, ein Kreuz im grauen, ein Kreuz im rosa Feld. Beachten Sie außerdem, dass im Folgenden in den rosa Feldern erfragt wird, wie wichtig Ihnen der jeweilige Aspekt war. Die Teilnahme am Case Management hat mir geholfen...	Inwiefern treffen diese Aussagen zu?			Wie wichtig war/ist Ihnen das?	
	trifft zu	trifft nicht zu	weiß nicht	wichtig	nicht wichtig
... auf meine eigenen Bedürfnisse zu achten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mich zwischendurch im Pflegealltag aktiv zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meinen Blick auf die positiven Dinge in meinem Leben zu lenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wieder bzw. mehr meinen eigenen Interessen nachzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Menschen zu benennen, die ich um Unterstützung bitten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... passende Entlastungs- und Unterstützungsangebote zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... regelmäßig etwas für meine Gesundheit zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Wohlbefinden zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geeignete Hilfestellungen zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Wissen zu erweitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Abschließende Bewertung des Case Managements

Wie gut sind die Inhalte des Case Managements in Ihren Alltag übertragbar?

Übertragbar

Eher übertragbar

Eher nicht übertragbar

Nicht übertragbar

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Beratung und Unterstützung durch Ihren Case Manager?

Zufrieden

Eher zufrieden

Eher unzufrieden

Unzufrieden

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Was hätten Sie sich anders oder zusätzlich gewünscht?

Würden Sie das Case Management weiterempfehlen?

Ja

Nein, weil: _____

Bitte legen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigegeführten vorfrankierten Briefumschlag und schicken diesen per Post an uns zurück. Bitte ergänzen Sie keine Absender-Angaben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

ANHANG 16: INTERVIEW-LEITFADEN (CASE MANAGER*INNEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE)

Leitfadenentwurf PuRpA 2: Interviews mit Case Manager*innen

Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für ein Gespräch mit mir zu Ihren Erfahrungen als Case Manager*in für pflegende Angehörige (CMpA), nehmen. Das Interview wird voraussichtlich etwa eine halbe Stunde dauern.

Selbstverständlich haben Sie die Freiheit zu entscheiden, ob und wie Sie auf einzelne Fragen antworten möchten. Sie können das Interview auch jederzeit unterbrechen oder beenden. Ich werde mich im Gespräch etwas zurückhalten und nur die Fragen stellen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gern auf Band aufzeichnen. Das Interview wird später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt Kontextfaktoren wie ihr Name, ihr Arbeitsort oder andere Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden gelöscht. Sie können Ihr Einverständnis auch im Nachhinein noch zurückziehen. Dann werden die erhobenen Daten wieder gelöscht. Die Tonaufnahme wird ausschließlich auf einem geschützten Laufwerk der Fachhochschule bis zum Abschluss der Auswertung gespeichert und nach der Auswertung vollständig gelöscht. Zugang zu der Verschriftlichung haben nur die Mitarbeiter*innen der Fachhochschule.

Ihre Aussagen helfen uns, das Rahmenkonzept zum Case Management für pflegende Angehörige zu verbessern, welches von der AW Kur und Erholung entwickelt wurde. Hierzu werden eventuell anonymisierte Zitate aus dem Interview genutzt.

Haben Sie zu diesen Dingen noch Fragen? [...] Wenn Sie einverstanden sind, starte ich nun die Aufnahme.

→ Start der Audioaufnahme

Validierung der Schulung

*Leitfrage/Erzählimpuls: Vor Beginn der Erprobungsphase haben Sie an einer Schulung zu Case Manager*innen für pflegende Angehörige teilgenommen. In wie fern hat Sie die Schulung auf die Durchführung des Case Managements vorbereitet?*

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie die Teilnahme an der Schulung Case Management für pflegende Angehörige erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie zufrieden sind Sie mit der Schulung? Was hat Ihnen gefehlt/hätten Sie sich anders gewünscht, um sich besser für die Umsetzung des CMpA vorbereitet zu fühlen?
CM-Vorerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> Haben Sie schon einmal an einer Case Management-Weiterbildung teilgenommen? 	<ul style="list-style-type: none"> Falls ja; Welchen Zusatznutzen hatte die Schulung mit spezieller Ausrichtung für pflegende Angehörige?
Schulungsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> Welche Schulungsinhalte waren für die Durchführung des CMpA für Sie besonders nützlich? <p>Pflichtinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie sicher haben Sie sich in der Umsetzung der Pflichtinstrumente im CMpA gefühlt? 	<ul style="list-style-type: none"> Waren die Schulungsinhalte Ihrer Meinung nach übertragbar auf die Praxis/das CMpA? Gab es auch Inhalte, die Sie im Case Management nicht einbringen konnten? Wenn ja, warum? Glauben Sie, aus diesen nicht umgesetzten Inhalten dennoch einen persönlichen Nutzen für Ihre weitere berufliche Zukunft ziehen zu können? Gibt es Inhalte, die Ihnen für die Umsetzung des CMpA gefehlt haben? Wenn ja, welche? Wie gut hat Sie die Schulung auf die Anwendung der Pflichtinstrumente vorbereitet?
Schulungsmethoden	<ul style="list-style-type: none"> In den Schulungen wurden verschiedene Methoden zur Vermittlung der Inhalte genutzt. Wie hat Ihnen die Auswahl der Methoden gefallen? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie angebracht fanden Sie die gewählten Methoden für die Vermittlung der Inhalte? Welche anderen Methoden hätten Sie besser gefunden? Welche Methoden haben Ihnen am besten gefallen?
Durchführung/Organisation	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie die Organisation der Schulung empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie passend fanden Sie die eingeplante Zeit für die Vermittlung der Schulungsinhalte? Einige Schulungstermine fanden in Präsenz statt, andere, v.a. pandemiebedingt, digital. Wie haben Ihnen die Formate für die CMpA Schulung jeweils gefallen? Fanden Sie sie geeignet für die Vermittlung..?
Aufbau	<ul style="list-style-type: none"> Die Schulung war aufgeteilt in Basis-Module, Fresh-Up-Termine und Wahlmodule. Wie fanden Sie diesen Aufbau/die Aufteilung? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie die zeitlichen Abstände und Zeitpunkte der einzelnen Schulungstermine empfunden?

Wahlmodule	<ul style="list-style-type: none"> An welchem Wahlmodul (Familienmoderation oder beim Pflegen gesund bleiben) haben Sie teilgenommen? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie hat Ihnen das Wahlmodul gefallen? Was konnten Sie aus dem Wahlmodul fürs Case Management mitnehmen?
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> Würden Sie Kolleg*innen die Teilnahme an der Schulung weiterempfehlen? Wieso, bzw. wieso nicht? 	

Validierung des CMpA-Konzeptes

Leitfrage/Erzählimpuls: Wir kommen nun zu Ihren Erfahrungen mit der Umsetzung des Case Management für pflegende Angehörige. Bitte erzählen Sie doch einmal wie es Ihnen damit ergangen ist.

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Fälle	<p>Anzahl Fälle</p> <p>Wie viele pflegende Angehörige haben das CMpA bei Ihnen angefangen (Intake)?</p> <p>Wie viele pflegende Angehörige haben das CMpA bei Ihnen abgeschlossen (Evaluation)?</p> <p>Zugang</p> <p>Wie verlief der Zugang zu ihren Fällen?</p>	<p>Anzahl Fälle</p> <p>Welche Rückmeldungen haben Sie von den pflegenden Angehörigen bei/zum Abbruch des CMpA erhalten?</p> <p>Zugang</p> <p>Konnten Sie Unterschiede bei verschiedenen Zugängen erkennen?</p> <p>Welche Zugänge haben Ihrer Meinung nach gut funktioniert?</p> <p>Welche weiteren Zugänge könnten Sie sich als sinnvoll vorstellen?</p>
Konzeptrahmen (Ablauf CMpA)	<p>Adaption</p> <p>Wie genau haben Sie sich bei der Durchführung des CMpAs am Konzeptrahmen orientiert?</p> <p>Zeitlicher Umfang</p> <p>Wie passend haben Sie den vorgegebenen zeitlichen Umfang empfunden?</p>	<p>Adaption</p> <p>Welche individuellen Anpassungen haben Sie in Bezug auf den Konzeptrahmen gemacht?</p> <p>Zeitlicher Umfang</p> <p>Wie angemessen fanden Sie den zeitlichen Umfang für die einzelnen CMpA-Phasen?</p> <p>Wie gut konnte man im Rahmen der geplanten Zeit die im Konzept geplanten Inhalte einbringen?</p>

	<p>Organisation</p> <p>Was ist aus Ihrer Sicht notwendig, damit das CMpA gut in der Praxis durchgeführt werden kann? (Zeit, Unterstützung der Vorgesetzten, ...)</p>	<p>Wie beurteilen Sie den zeitlichen Umfang, um eine Beziehung mit den pA aufbauen zu können?</p>
Pflichtinstrumente	<p>Wie konnten Sie die Pflichtinstrumente (FARBE-Fragebogen/Liste angenehmer Erlebnisse/soziale Netzwerkkarte/Unterstützungsplanung) im CMpA einbinden?</p>	<p>Haben Sie immer alle Pflichtinstrumente genutzt? Wenn nicht, wieso?</p> <p>Würden Sie die Pflichtinstrumente weiterhin in einem möglichen CMpA anwenden?</p> <p>Wie angebracht fanden Sie die Pflichtinstrumente zur Anwendung im CMpA?</p> <p>Wie war ihr Eindruck dazu, wie die pflegenden Angehörigen die Instrumente angenommen haben?</p> <p>Gab es Ihrer Erfahrung nach Verständnishürden für die pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Instrumente? Falls ja, beschreiben Sie bitte Ihre Erfahrungen.</p>
Optionale Instrumente	<p>Im Rahmen der Schulung zur CMpA haben Sie auch einige optionale Instrumente kennengelernt. Welche optionalen Instrumente haben Sie im CMpA angewendet?</p>	<p>Wie haben Ihnen die angewandten optionalen Instrumente gefallen?</p> <p>Wie haben Sie entscheiden, welche Instrumente Sie anwenden?</p> <p>Würden Sie diese Instrumente ins Konzept aufnehmen?"</p> <p>Würden zusätzlich zu den optionalen und Pflichtinstrumenten Instrumente angewendet? Wenn ja, welche? Würden Sie diese Instrumente ins Konzept aufnehmen?</p>
Rollenverständnis	<p>Wie klar ist Ihnen die Rollendefinition als CMpA?</p> <p>Was sehen Sie als Ihre Hauptaufgabe im CMpA?</p>	<p>Wie gut ist es Ihnen gelungen, sich zu Ihren anderen Tätigkeitsfeldern abzugrenzen?</p> <p>Falls es Ihnen schwer gefallen ist, wie hätten Sie sich ggf. weitere Unterstützung gewünscht?</p>

Qualitätskriterien	<p>Wie ist es Ihnen aus Ihrer Sicht gelungen, sich an den Qualitätskriterien fürs CMpA zu orientieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was war ggf. schwierig? • Wie beurteilen Sie die Angemessenheit der ausgewählten Qualitätskriterien fürs CMpA? • Gibt es aus Ihrer Sicht Qualitätskriterien, die sie nicht für angemessen halten für das CMpA? Wenn ja, warum? • Bräuchten Sie ggf. noch weitere Kompetenzen, um die Qualitätskriterien umsetzen zu können? • Was sollte diesbezüglich ggf. noch in die Schulung zum CMpA aufgenommen werden? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. zugehende, niedrigschwellige Beratung und Unterstützung 2. Lebensweltorientierung 3. Adressaten-/Zielgruppenorientierung 4. Ressourcenorientierung 5. Lösungsorientierung </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 6. systemische Beratungsperspektive 7. Empowerment 8. Netzwerkorientierung 9. Partizipation 10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente </td> </tr> </table> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. zugehende, niedrigschwellige Beratung und Unterstützung 2. Lebensweltorientierung 3. Adressaten-/Zielgruppenorientierung 4. Ressourcenorientierung 5. Lösungsorientierung 	<ol style="list-style-type: none"> 6. systemische Beratungsperspektive 7. Empowerment 8. Netzwerkorientierung 9. Partizipation 10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente
<ol style="list-style-type: none"> 1. zugehende, niedrigschwellige Beratung und Unterstützung 2. Lebensweltorientierung 3. Adressaten-/Zielgruppenorientierung 4. Ressourcenorientierung 5. Lösungsorientierung 	<ol style="list-style-type: none"> 6. systemische Beratungsperspektive 7. Empowerment 8. Netzwerkorientierung 9. Partizipation 10. Einbindung präventiver und gesundheitsförderlicher Elemente 			
Wirkungstendenzen	<p>Wie gut ist CMpA (mit Ablauf, Inhalten etc.) ihrer Meinung/Erfahrung nach geeignet, um die Ziele der pAs zu erreichen? (Wieso?)</p> <p>Wie würden Sie die „Wirkung“ des CMpAs für die pAs einschätzen? (Stärkung des Wohlbefindens, der sozialen Unterstützung und der psychischen Gesundheit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche positiven/negativen Auswirkungen haben Sie bei den pA bemerkt, die Sie dem CMpA zuschreiben würden? 		
Allgemein	<p>Würden Sie das Case Management für pflegende Angehörige gerne weiter anbieten?</p>	<p>Welche Faktoren erleichtern oder vereinfachen die Durchführung des CMpAs?</p>		
Abschlussfrage	<p>Haben Sie Verbesserungsvorschläge?</p>	<p>Welche Änderungen würden Sie für das Konzept Case Management für pflegende Angehörige vorschlagen?</p>		

➔ Ende der Audioaufnahme

ANHANG 17: INTERVIEW-LEITFADEN (PFLEGENDE ANGEHÖRIGE)

Leitfaden PuRpA 2: Interviews mit pflegenden Angehörigen

Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für ein Gespräch mit mir zu Ihrer Teilnahme am Case Management für pflegende Angehörige (CMpA), nehmen. Im Mittelpunkt stehen Ihr Erleben, Ihre Erfahrungen und Ihre Ansichten in Bezug auf das Case Management für pflegende Angehörige, an dem Sie teilgenommen haben. Das Interview wird voraussichtlich eine halbe Stunde dauern. Selbstverständlich haben Sie die Freiheit zu entscheiden, ob und wie Sie auf einzelne Fragen antworten möchten. Sie können das Interview auch jederzeit unterbrechen oder beenden. Ich werde mich im Gespräch etwas zurückhalten und nur die Fragen stellen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Wenn Sie einverstanden sind, würde ich das Gespräch gern auf Band aufzeichnen. Das Interview wird später abgeschrieben, anonymisiert und dann ausgewertet. Die Aussagen werden selbstverständlich vertraulich und anonym behandelt. Das heißt, Ihr Name wird nicht genannt und alle Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, werden gelöscht. Sie können Ihr Einverständnis auch im Nachhinein noch zurückziehen. Dann werden die erhobenen Daten wieder gelöscht. Die Tonaufnahme wird ausschließlich auf einem geschützten Laufwerk der Fachhochschule bis zum Abschluss der Auswertung gespeichert und nach der Auswertung vollständig gelöscht. Zugang zu der Verschriftlichung haben nur die Mitarbeiter*innen der Fachhochschule – also auch nicht der/die Case Manager*in, der/die Sie in den letzten Wochen begleitet und unterstützt hat.

Ihre Aussagen helfen uns, das Rahmenkonzept zum Case Management für pflegende Angehörige zu verbessern, welches von der AW Kur und Erholung entwickelt wurde. Hierzu werden eventuell anonymisierte Zitate aus dem Interview genutzt.

Nach dem Interview, wenn das Tonband wieder aus ist, würde ich gerne noch ein paar Dinge zu Ihnen und Ihrem Angehörigen fragen, z. B. Ihr Alter, den Pflegegrad Ihres Angehörigen und wie lange Sie schon pflegen. Das sind für uns immer ganz wichtige Informationen.

(Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinder/Alter der Kinder, berufliche Tätigkeit/Arbeitszeit pro Woche, Dauer der pflegenden Tätigkeit/durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag, Gesundheitszustand/Erkrankung, Verhältnis zum pB/gemeinsamer/getrennter Haushalt)

(Pflegebedürftige Person: Familienzugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad, Gesundheitszustand/Erkrankung, bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/KZP)

Haben Sie zu diesen Dingen noch Fragen? [...] Wenn Sie einverstanden sind, starte ich nun die Aufnahme.

➔ Start der Audioaufnahme

Zugang – Motivation und Organisation

Leitfrage/Erzählimpuls: Zu Beginn des Gesprächs bitte ich Sie, sich an Ihre Teilnahme am Case Management zurückzuerinnern. Warum haben Sie sich für die Teilnahme am Case Management entschieden?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Sie auf das Case Management aufmerksam geworden? • Wie haben Sie die Anmeldung zum Case Management erlebt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Informationen genau haben Sie erhalten? • Wie haben Sie die Kontaktaufnahme empfunden? War es leicht oder eher schwierig?
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Wie war das Case Management organisiert? Waren sie damit zufrieden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen besonders gut gefallen? • Was könnten wir besser machen?
Motivation, Vorteile, Bedenken, Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihre Bereitschaft zur Teilnahme gefördert? • Welche Vorteile haben Sie (vielleicht) für sich gesehen? • Was haben Sie sich von dem Angebot versprochen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat Ihnen an dieser Möglichkeit/diesem Angebot gefallen? Was war Ihr Ansporn? Was war für Ihre Entscheidung ausschlaggebend? • Was haben Sie (vielleicht) zunächst als positiv bei dieser Möglichkeit/diesem Angebot wahrgenommen? Welche Bedenken hatten Sie vielleicht vorher? • Was genau haben Sie gehofft, könnten Sie durch die Teilnahme erreichen? • Wie leicht oder schwer ist Ihnen die Entscheidung gefallen, dieses Angebot anzunehmen?
<ul style="list-style-type: none"> • Kontextfaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Wo haben die Termine stattgefunden? • Wie haben Sie den Umfang der Maßnahme empfunden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Termine fanden bei Ihnen zu Hause statt? Wo die anderen Termine? • Wie viele Termine haben Sie insgesamt wahrgenommen? • War der Umfang für Sie passend? •
<ul style="list-style-type: none"> • Betreuungsbedarf des/der Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Falls notwendig; wie wurde ihr Angehöriger während der Termine betreut? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Unterstützung hätten Sie sich ggf. bzgl. der Betreuungsorganisation Ihres Angehörigen gewünscht?

Erfahrungen mit dem Case Management

Leitfrage/Erzählimpuls: Wir kommen nun zu Ihren Erfahrungen mit dem Case Management für pflegende Angehörige. Bitte erzählen Sie doch einmal wie es Ihnen damit ergangen ist.

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Subjektives Erleben	<p>Wie haben Sie ihr Case Management wahrgenommen?</p> <p>Wie haben Sie die Begleitung durch den/die CMpA empfunden?</p>	<p>Wie gut haben Sie sich bei Ihrem/ Ihrer Case Manager*in aufgehoben gefühlt?</p> <p>Wie haben Sie die Unterstützung erlebt?</p> <p>Welche Themen spielten eine Rolle?</p>
Partizipation	<p>Wie wurden Ihre Wünsche mit in den Unterstützungsprozess einbezogen?</p> <p>Wie erfolgte die Bestimmung dessen was Sie persönlich erreichen wollten (wie wurden Ihre Ziele festgelegt)?</p> <p>Waren die Ziele für Sie immer deutlich?</p>	<p>Wie genau wurde vorgegangen?</p> <p>Wenn nicht auf Ihre Wünsche eingegangen wurde, woran lag das Ihrer Meinung nach?</p> <p>Was hätten Sie ggf. gebraucht, um klare Ziele zu erkennen (und zu formulieren)?</p>
Lebensweltorientierung und soziale Unterstützung	<p>Wie hat der/die CMpA Ihre Lebensumstände berücksichtigt?</p> <p>Wie sehr ist der/die CMpA auf ihr soziales Umfeld eingegangen?</p> <p>Wie hat der/die CMpA Ihr Umfeld mit einbezogen in die Beratung?</p>	<p>Wie hat der/die CMpA z. B. berücksichtigt, ob sie noch berufstätig sind, eigene gesundheitliche Probleme haben oder weitere Verantwortungen übernehmen?</p> <p>Wie wurden Personen in Ihrem Leben, durch die Sie Unterstützung erfahren, einbezogen?</p>

Persönliche Bewertung
(Qualitätsaspekt, subjektiver Nutzen)

In der Beratung kamen verschiedene Materialien zum Einsatz. Welche davon sind Ihnen noch in Erinnerung?
Welche Maßnahmen/Übungen, die der/die Case Manager*in mit Ihnen durchgeführt hat, sind Ihnen in Erinnerung geblieben?
Wie haben Sie diese Angebote empfunden?

Wie hilfreich haben Sie diese Materialien empfunden? Gab es Materialien, die für Sie besonders nützlich waren?
Konnten Sie für sich etwas mitnehmen? Was hat sich dadurch geändert?
Was hat Ihnen besonders gut gefallen? Was nicht so?
Woran lag das, wenn Ihnen eine Maßnahme nicht gefallen hat? Was war das Problem?
"Checkliste"

- FARBE
- soziale Netzwerkkarte
- Liste angenehmer Erlebnisse
- Unterstützungsplanung

subjektiver Nutzen/Auswirkung auf das Wohlbefinden

Leitfrage/Erzählimpuls: Was haben Sie aus der Case Management-Beratung für sich mitgenommen?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Veränderungen (Wissen, Handlungsfähigkeit, Stressbewältigung, Wohlbefinden, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Hat das Case Management noch irgendeine Nachwirkung für Sie? • Was haben Sie gelernt oder erfahren? Was davon ist für Ihren Alltag wichtig? • Haben Sie Ihre gesetzten Ziele erreicht? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was war nachher (vielleicht) anders als vorher? (Auszeiten, Freizeitaktivitäten, Hilfe annehmen...) • Wie würden Sie die Auswirkungen dieser Veränderungen beschreiben? • Haben Sie ggf. Ihre Ziele im Laufe der Beratung angepasst? Was genau haben Sie erreicht? Wie wertvoll ist es für Sie diese Ziele erreicht zu haben? • Wenn Ziele nicht erreicht wurden, was war der/die Gründe?
Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Veränderungen in Bezug auf Ihr Wohlbefinden? Falls ja, welche? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie genau hat sich Ihr Wohlbefinden verändert? • Wie hat sich z. B. Ihre Stimmung verändert? • Wodurch wurde ihr Wohlbefinden verändert (z. B. Auszeiten organisieren, Dinge nur für sich tun o.ä.?)

[Nachsorgebaustein]

Leitfrage/Erzählimpuls: Sie haben vor ihrer Teilnahme am Case Management an einer Rehabilitations- oder Vorsorgeintervention teilgenommen. Wie haben Sie sich durchs Case Management in Ihren Therapiezielen/der Nachsorge unterstützt gefühlt? [nur fragen, wenn schon bekannt ist, dass Reha-/Vorsorgemaßnahme durchgeführt wurde]

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Nachsorgebaustein	<ul style="list-style-type: none"> Wie wurde ihre vorherige Rehabilitations- oder Vorsorge-Maßnahme im Case Management berücksichtigt? 	<ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie diese Berücksichtigung empfunden?

Hinweise auf eine Weiterentwicklung

Leitfrage/Erzählimpuls: Welchen Rat für Verbesserungen würden Sie geben? Was müsste man noch bedenken?

Themenfelder/generiertes Wissen	Mögliche Nachfragen	Vertiefungsfragen/Fragen zur Aufrechterhaltung
Persönliche Verbesserungsvorschläge	<ul style="list-style-type: none"> Was müsste Ihrer Ansicht nach in der Zukunft noch bedacht werden? Würden sie sich rückblickend in Bezug auf das CM anders entscheiden? Würden Sie die Maßnahme anderen weiterempfehlen? 	<ul style="list-style-type: none"> Was sollten wir unbedingt so lassen? Was genau sollten wir ggf. anders machen?

➔ Ende der Audioaufnahme

Soziodemografische Daten (Vorlage folgt)

- ➔ (Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinder/Alter der Kinder, berufliche Tätigkeit/Arbeitszeit pro Woche, Dauer der pflegenden Tätigkeit/durchschnittlicher Zeitaufwand pro Tag, Gesundheitszustand/Erkrankung, Verhältnis zum pB/gemeinsamer/getrennter Haushalt)
- ➔ (Pflegebedürftige Person: Familienzugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der Pflegebedürftigkeit, Pflegegrad, Gesundheitszustand/Erkrankung, bisherige Nutzung von Entlastungsangeboten/KZP)

Interviewabschluss:

Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch Themen, die Sie gern noch ansprechen möchten, über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?

Vielen Dank für das Interview (Hinweis auf das Dankeschön).

ANHANG 18: GELINGENSBEDINGUNGEN (CASE MANAGER*INNEN-PERSPEKTIVE)

<p><i>Aufwand/Rahmenbedingungen</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die folgenden Ressourcen müssen zur Verfügung stehen, um das CMpA inkl. Vor- und Nachbereitungen gut umsetzen zu können: <ol style="list-style-type: none"> a. Zeit b. Flexibilität c. übersichtliche Methodensammlung (z. B. Dokumentenmappe o.ä.) d. designierter Raum e. Finanzierung 2. Die Dokumentation sollte so niedrigschwellig und minimal wie möglich gestaltet sein, aber Raum für individuelle Bemerkungen lassen. 3. Es muss möglich sein, neben seinen Alltagstätigkeiten ausreichend Routine und Erfahrung im CMpA zu sammeln – andernfalls wird es als sinnvoller angesehen, CMpA hauptamtlich, ohne Nebentätigkeit (bezogen auf Alltagstätigkeit, nicht Nebenjobs), durchzuführen oder bei Personen mit einer (Alltags-)Rolle, die viele Berührungspunkte mit dem CMpA hat. 4. Die Sammlung an Instrumenten und Materialien sollten möglichst übersichtlich aufbereitet sein, um die Auswahl effizient zu gestalten.
<p><i>Qualitätskriterien</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Die 10 Qualitätskriterien des Konzeptes sind integraler Bestandteil des CMpA und sollten bedarfsgerecht bei der Umsetzung berücksichtigt bzw. angewandt werden. 6. Im Hinblick auf die Qualitätskriterien ist wichtig, als CMpA bereit zu sein, sich kontinuierlich fortzubilden und seine Kompetenzen und Kenntnisse nutzer*innenorientiert zu erweitern. 7. Zusätzlich zur Weiterbildung wird das Gelingen der Umsetzung der Qualitätskriterien mit der Möglichkeit sich austauschen zu können in Verbindung gebracht. 8. Die Berücksichtigung des Qualitätskriteriums „Empowerment“ kann je nach ursprünglicher Beratungspraxis herausfordernd sein und erfordert daher ggf. Umdenken.

<p><i>Pflichtinstrumente</i></p>	<p>9. Übung und Routine im Umgang mit den Instrumenten ist wichtig für den sicheren Einsatz in den Beratungs- und Unterstützungssituationen.</p> <p>10. Der Einsatz der Pflichtinstrumente kann im CmpA dabei helfen, die Termine zu strukturieren und Ziele festzulegen.</p> <p>11. Der Einsatz der Pflichtinstrumente sollte nicht verpflichtend sein, sondern individuell eingeschätzt werden.</p>
<p><i>optionale Instrumente</i></p>	<p>12. Die Auswahl oder Entscheidung, ob und welche optionalen Instrumente zum Einsatz kommen, sollte individuell abgewägt werden.</p> <p>13. Zusätzlich zu bekannten Methoden kann es sinnvoll sein, ggf. lokale Angebote für Interventionen anzubieten oder einzubeziehen.</p> <p>14. Je nach Bedarf und vorherigen Erfahrungen der pA, ist es teilweise nicht sinnvoll, weitere Entspannungsübungen zu vermitteln. Stattdessen sollte fokussiert werden, wie bereits Erlerntes nachhaltig im Alltag eingebunden werden kann.</p> <p>15. Die optionalen Instrumente können vielfältige Möglichkeiten bieten, individuell auf die Belastungssituation der pA eingehen zu können.</p>
<p><i>Ablauf- und Phasenplan</i></p>	<p>16. Der Ablauf- und Phasenplan kann im CmpA als stützender Leitfaden gewinnbringend sein. Individuelle Anpassungen müssen jedoch nutzer*innenorientiert individuell möglich sein.</p> <p>17. Der zeitliche Rahmen der einzelnen Termine sollte ebenfalls nutzer*innenorientiert angepasst werden können, allerdings sollten zu lange Termine (max. 2 Stunden) nicht überschritten werden. Zeitliche Einschränkungen, z. B. durch Folgetermine, sollten vorab mit den pA kommuniziert werden.</p> <p>18. Es wird empfohlen, nicht für jeden Termin neue Ziele zu setzen, sondern ein übergreifendes Ziel zu formulieren, auf welches in den Terminen hingearbeitet werden kann und welches auch als Indikator für die Beendigung des CmpA-Prozess dient.</p> <p>19. Die zeitlichen Abstände zwischen den Phasen bzw. Terminen sollten nicht terminiert, sondern individuell planbar sein.</p>

<p><i>Rollendefinition/CM-Funktionen</i></p>	<p>20. <i>CMpA kann v.a. dann gelingen, wenn pA holistisch betreut bzw. CM-Funktionen in Gänze eingebunden werden, indem neben der entlastenden Beratung im Sinne der sozialen Unterstützerrolle situationsbedingt auch die Rollen Advocate, Gate-Keeper und Broker eingenommen werden.</i></p>
<p><i>Vor- und Nachsorge</i></p>	<p>21. <i>Die CMpA benötigen ausreichende Kenntnisse und Kompetenzen im Bereich der Vor- und Nachsorge um die CMpA-Fälle in diesem Bereich erfolgreich koordinieren und steuern zu können.</i></p> <p>22. <i>Um Versorgungsabbrüche zu vermeiden und Fälle identifizieren zu können, für die eine Unterstützung im Bereich der Vor- und Nachsorge notwendig ist, muss die sektorenübergreifende Arbeit der CMpAs besonders an den Nahtstellen zu Vor- und Nachsorgestrukturen optimiert werden.</i></p> <p>23. <i>Durch gezielte Kommunikation mit den Vor- und Nachsorgestrukturen oder mit den pA, muss explizit geklärt werden, welche Themen aus der Vor- oder Nachsorge unterstützend durchs CMpA im Alltag gefestigt werden sollen.</i></p>
<p><i>Weitere Gelingensbedingungen</i></p>	<p>24. <i>Praxiserfahrung und Routine in der Umsetzung des CMpA kann für Sicherheit und ein erfolgreicherer CMpA beitragen.</i></p> <p>25. <i>Regelmäßige Supervision oder interkollegiale Austauschmöglichkeiten sind Möglichkeiten für die CMpA mehr Sicherheit in der Umsetzung zu gewinnen.</i></p> <p>26. <i>Um viele pA unterstützen zu können, ist Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit von große Bedeutung.</i></p> <p>27. <i>Bereits zu Beginn des CMpA-Prozesses sollte den pA kommuniziert oder vermittelt werden, dass der Blickwinkel auf ihnen und ihren Bedarfen liegen wird.</i></p> <p>28. <i>Die konkrete inhaltliche Ausrichtung des Blickwinkels oder der Einstellung sollte dabei nutzer*innenorientiert festgelegt werden.</i></p> <p>29. <i>CMpA sollte nicht nur eine kurzfristige Unterstützung, sondern eine längerfristige nachhaltige Begleitung sein.</i></p>