



Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation pflegender Angehöriger

Erstellt von
Martina Böhler

Robert Balliet
Sonderkapitel „Young Carer“

Entwickelt und erprobt im Rahmen des von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten Modellprojektes 1 „Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ im Verbundvorhaben Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige
Laufzeit: 01.10.2020 – 31.12.2023

Projektträger

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

Projektpartner

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

Sofern im nachfolgenden Text nur die maskuline Form verwendet wird, sind immer auch alle anderen Geschlechter mit angesprochen.

Inhalt

1	RAHMENANGABEN UND VORBEMERKUNG	3
1	EINLEITUNG	4
2	ZIELSETZUNG.....	5
3	ZIELGRUPPE	6
4	BELASTUNGEN PFLEGENDER ANGEHÖRIGER UND GESUNDHEITLICHE AUSWIRKUNGEN.....	7
5	VORAUSSETZUNGEN FÜR STATIONÄRE VORSORGE-/REHA-MAßNAHMEN	9
6	BEDARFE PFLEGENDER ANGEHÖRIGER IN BEZUG AUF STATIONÄRE VORSORGE- UND REHABILITATIONSMAßNAHMEN.....	13
7	QUALITÄTSKRITERIEN UND BEHANDLUNGS-MODULE FÜR DIE STATIONÄRE VORSORGE UND REHABILITATION VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN	17
7.1	QUALITÄTSKRITERIEN	18
7.1.1	Erstellen eines klinikindividuellen Behandlungskonzeptes für pflegende Angehörige.....	18
7.1.2	Aufnahmeverfahren	18
7.1.3	Durchführung der stationären Maßnahme.....	19
7.1.4	Weiterbildung des interdisziplinären Teams	21
7.1.5	Entlassmanagement / Nachsorge für pflegende Angehörige	21
7.1.6	Empfehlung: Mitgliedschaft im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG).....	22
7.2	BEHANDLUNGS-MODULE FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE	23
7.2.1	Therapeutische Angebote für pflegende Angehörige	24
7.2.2	Stärkung von Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz und Selbstfürsorge	26
7.2.3	Exemplarische Übersicht - Behandlungselemente und Wirkung	29
8	IMPLEMENTATION	31
	QUELLENVERZEICHNIS	32
ABBILDUNGEN		
	Abbildung 1 – Handlungskompetenz	28
	Abbildung 2 - Selbstfürsorge im Alltag	28
ANHANG		
I.	Sonderkapitel "Young Carer"	
II.	Vorsorge-/Rehabilitationsziel bezogen auf den Kontextfaktor „Angehörigenpflege“	
III.	Tabellarische Übersicht „Qualitätskriterien und Umsetzungsempfehlungen für eine stationäre Maßnahme für pflegende Angehörige in anerkannten Vorsorge-/Rehakliniken in NRW“	
IV.	PuRpA-1 Wirkmodell	

1 Rahmenangaben und Vorbemerkung

Projektträger:	AW Kur und Erholungs GmbH, Tochtergesellschaft der AWO Bezirksverband Westliches Westfalen e.V. Kronenstr. 63 - 69 44139 Dortmund
Projektleitung:	Martina Böhler
Projektmitarbeit:	Robert Balliet
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, welcher folgende Schritte enthielt:^{1,2}

Entwicklung

- systematische internationale und nationale Literaturrecherche
- Fokusgruppen-Diskussion mit Expert*innen
- Telefon-Interviews mit Nutzer*innen
- Auswertung der Ergebnisse durch den wissenschaftlichen Projektpartner
- Erstellung der Pilot-Version des PuRpA-1 Rahmenkonzeptes
- Erste Validierung des Rahmenkonzepts durch Expert*innen

Erprobung

- Adaption des Rahmenkonzeptes durch kooperierende Einrichtungen in NRW
- Erprobung der Rehabilitationsangebote für pflegende Angehörige ab Juli 2022
- Wissenschaftliche Begleitung: Datenerhebung und -auswertung
- Überarbeitung der Pilot-Version des PuRpA-1 Rahmenkonzeptes
- Abschluss-Validierung durch Expert*innen

Finalisierung des Konzepts

- Sozialrechtliche Bewertung mit Hinweisen für die Verstetigung
- Erstellung der finalen Version

Anmerkung:

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 1 und

² 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, Kapitel 4.

1 Einleitung

Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen in Deutschland steigt stetig an. Drei Viertel von ihnen wird durch Angehörige zu Hause versorgt. Häusliche Pflege ist dabei mit vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden. Nicht selten sind gesundheitliche Beeinträchtigungen die Folge. Der Barmer Pflegereport 2018 belegt: pflegende Angehörige werden häufiger krank als die Durchschnittsbevölkerung und sind anfälliger für stressbedingte Krankheiten. Viele fühlen sich ausgebrannt und erschöpft und über die Hälfte der pflegenden Angehörigen weisen einen Verdacht auf Depression auf. Im körperlichen Bereich sind sie häufig von Rückenschmerzen, Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich sowie in den Gelenken betroffen.³

Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels in der professionellen Pflege wird es immer wichtiger, 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 setzt das Verbundvorhaben "Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige" (PuRpA), gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, an.

Mit dem im PuRpA-Modellprojekt 1 „Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ entwickelten Rahmenkonzept hat die AW Kur und Erholungs GmbH die Basis geschaffen, dass mehr zielgruppenspezifische stationäre Angebote für vorsorge- oder rehabilitationsbedürftige pflegende Angehörige in der Versorgungslandschaft verwirklicht werden können.

Das vorliegende Rahmenkonzept setzt dabei den Schwerpunkt auf pflegende Angehörige im Erwachsenenalter. Um die besonders vulnerable Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die in Sorge- und Pflegearbeit eingebunden sind, nicht zu vergessen, fügen wir dem Rahmenkonzept noch ein Sonderkapitel "Young Carer" hinzu.⁴

Das PuRpA-1-Rahmenkonzept beschreibt Qualitätskriterien und Module mit deren Hilfe bestehende stationäre Behandlungsangebote besser auf pflegende Angehörige ausgerichtet werden können. An der Erprobung (2022/2023) beteiligten sich vier Rehabilitationskliniken in NRW, die bereit waren, die Rahmenkonzeption für ihre Einrichtung zu adaptieren. Anhand der Ergebnisse aus der Erprobungsphase wurde das Rahmenkonzept überarbeitet und anschließend durch Expert*innen aus der Praxis validiert.

Beim hier vorliegenden Rahmenkonzept handelt es sich um die validierte Endversion. Im Anhang II ist das „Vorsorge-/Rehabilitationsziel bezogen auf den Kontextfaktor Angehörigenpflege“ abgebildet, in Anhang III sind in kompakter Form die Qualitätskriterien und Umsetzungsempfehlungen in einer tabellarischen Übersicht dargestellt und im Anhang IV ist das Wirkmodell dargestellt. Im Projektbericht zum PuRpA-Modellprojekt 1 ist das Vorgehen ausführlich beschrieben.⁵

Wissenschaftlich begleitet wurde das Verbundvorhaben PuRpA und das Modellprojekt 1 durch das Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG) an der Hochschule Bielefeld. Der zentrale Fokus für das Modellprojekt 1 lag dabei auf den Bedarfen von pflegenden Angehörigen in Bezug auf stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Ergänzend wurden die Perspektiven der Leistungserbringer und weiterer professioneller Akteure mit einbezogen. Die ausführliche Darstellung des wissenschaftlichen Vorgehens, der eingesetzten Methoden und der Forschungsergebnisse erscheinen im Forschungsbericht des InBVG zum Verbundvorhaben.⁶

³ Siehe: Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018 - Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit.

⁴ Siehe: Anhang I., Sonderkapitel "Young Carer".

⁵ Siehe: Böhler, M. (Dez. 2023). Projektbericht PuRpA-Modellprojekt 1.

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

2 Zielsetzung

Das Rahmenkonzept für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation von pflegenden Angehörigen soll dazu beitragen, dass mehr stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsangebote in der Versorgungslandschaft etabliert werden, die auf pflegende Angehörige ausgerichtet sind.

Leistungsanbieter können anhand des vorliegenden Rahmenkonzeptes ihre Klinikkonzepte auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen anpassen und entsprechende zielgruppenspezifische Behandlungskonzepte erstellen.

In diesen speziell auf sie ausgerichteten Behandlungsmaßnahmen sollen pflegende Angehörige lernen, besser mit den körperlichen und psychischen Überlastungsreaktionen, bedingt durch die Pflege ihrer Angehörigen, umzugehen. Durch auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Therapie-, Schulungs- und Beratungsangebote sollen sie individuell gestärkt und unterstützt werden. Erreicht werden soll insbesondere:

- Verbesserung des Wohlbefindens
- Stärkung der Selbstwirksamkeit
- Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz
- Stärkung der kommunikativen Fähigkeiten im Umgang mit der/dem Pflegebedürftigen
- Verbesserung des Wissens und der Handlungskompetenz in den Bereichen:
 - o Entlastung für den häuslichen Pflegealltag
 - o Erkrankungen des Pflegebedürftigen, insbesondere dementielle Erkrankungen
 - o (Sozial)rechtliche Ansprüche und spezielle Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, sowie die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Damit dies gelingt, wird in den folgenden Kapiteln die Zielgruppe genauer beschrieben und die Belastungen durch die Pflege sowie die gesundheitlichen Auswirkungen betrachtet, ebenso die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Bedarfe der Zielgruppe in Bezug auf stationäre Vorsorge und Rehabilitation.

Auf Basis dieser Betrachtungen erfolgt anschließend die Beschreibung von Qualitätskriterien und die Ableitung und Beschreibung von Behandlungs-Modulen. Diese können entsprechend der Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL)⁷ von den Vorsorge-/Rehakliniken dokumentiert werden.

⁷ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (2015). KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.

3 Zielgruppe

Zielgruppe im Sinne dieses Konzeptes sind pflegende Angehörige, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen (sozial)medizinisch begründeten Anspruch auf eine stationäre Vorsorge- oder eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme haben. Wir fokussieren uns dabei auf das Erwachsenenalter, da die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen sich im mittleren und älteren Erwachsenenalter befindet. Trotzdem wollen wir die Situation von pflegenden Kindern und Jugendlichen (Young Carer) nicht ganz außen vor lassen und widmen dieser Zielgruppe daher ein Sonderkapitel.⁸

Wir grenzen den Personenkreis der pflegenden Angehörigen ein auf Personen, die im Sinne des Sozialgesetzbuches XI (§ 19) als Pflegepersonen anerkannt sind:^{9, 10}

§ 19 SGB XI - Begriff der Pflegeperson

„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.“

Wir gehen davon aus, dass nur Pflegepersonen mit Anspruch auf Leistungen zur sozialen Sicherung, durch den Umfang ihrer häuslichen Pflegetätigkeit erheblich belastet werden und damit von entsprechenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sein können.

Auch wenn wir pflegende Angehörige für unser Konzept eingrenzen auf die Personen, die im Sinne des SGB XI als Pflegepersonen anerkannt sind, so bilden diese pflegenden Angehörigen dennoch keine homogene Gruppe. Menschen können in unterschiedlichen Lebensphasen zu pflegenden Angehörigen werden und müssen dabei - je nach ihren individuellen Lebensumständen und den jeweiligen Pflegeanforderungen - unterschiedliche Aufgaben und Belastungen bewältigen.

Die Mehrzahl der pflegenden Angehörigen befindet sich im mittleren und älteren Erwachsenenalter. Nach wie vor wird die Pflege in Privathaushalten überwiegend von Frauen geleistet, auch wenn der Anteil männlicher Hauptpflegepersonen in den letzten Jahren gestiegen ist.¹¹

In Deutschland sind etwa zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen unter 65 Jahren erwerbstätig und stehen vor der Herausforderung Pflege und Beruf miteinander zu vereinbaren.¹² Für erwerbstätige pflegende Angehörige gehören Vereinbarkeitskonflikte zu den relevanten Stressoren und führen nicht selten dazu, dass die Arbeitszeit reduziert wird, um die häusliche Pflege überhaupt leisten zu können.

Pflegende Angehörige im späten Erwachsenenalter (60 J. und älter) sind zahlenmäßig die zweitgrößte Gruppe. Der in Stunden geleistete Pflege- und Betreuungsaufwand wächst dabei ab Ende 50 sichtlich an und liegt Ende 70 im Schnitt bei 20 Wochenstunden.¹³ Im höheren Lebensalter besteht gleichzeitig eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, selbst von Krankheit oder Funktionseinschränkung betroffen zu sein. In der Folge können die Belastungen, die mit einer Pflege- und Betreuungstätigkeit verbunden sind, zu einer Gefährdung des häuslichen Pflegearrangements führen.¹⁴ Für diese Gruppe ist der sorgsame Umgang mit der eigenen Gesundheit daher besonders wichtig.

Eine ausführlichere Darstellung der Zielgruppe findet sich im Projektbericht zum Modellprojekt 1.¹⁵

⁸ Siehe: Anhang I., Sonderkapitel "Young Carer".

⁹ Siehe: SGB XI. (1994). § 19 Begriff der Pflegepersonen.

¹⁰ Siehe: SGB XI. (1994). § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit.

¹¹ Siehe: Janson, M. (04.05.2020). Häusliche Pflege mehrheitlich in Frauenhand.

¹² Siehe: Eggert, et al., (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener, S. 60-61.

¹³ Siehe: Klaus, D., Vogel, C. (2019). Unbezahlte Sorgetätigkeit von Männern und Frauen im Verlauf der zweiten Lebenshälfte.

¹⁴ Siehe: Büscher, A. (2020). Bedarfslagen in der häuslichen Pflege, S. 58.

¹⁵ Siehe: Böhler, M. (Dez. 2023). Projektbericht PuRpA-Modellprojekt 1.

4 Belastungen pflegender Angehöriger und gesundheitliche Auswirkungen

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)¹⁶, 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.¹⁷

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 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 Pflegender in einem Haushalt leben. Hier belasten insbesondere die ständige Verfügbarkeit und der fehlende Freiraum die Gesundheit. Insgesamt sind Frauen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Pflege mehr betroffen als Männer.

Die zeitliche Bindung durch die Pflege und Betreuung wird als große Belastung gesehen. Dies birgt die Gefahr, die eigenen Bedürfnisse zu vernachlässigen. Im BARMER-Pflegereport 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. Viele pflegende Angehörige fühlen sich daher ausgebrannt und erschöpft.¹⁸

Die Übernahme von Verantwortung für die Versorgung eines unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld stellt für Angehörige (egal in welcher Lebensphase) eine erhebliche Anforderung dar und erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit der neuen Situation, verbunden mit einer Anpassung an die neue Lage. Dieser Prozess kann sowohl positiv als auch negativ bewertet werden. Die Bewertung betrifft alle Aspekte der häuslichen Pflege, zum Beispiel die Beziehung zur gepflegten Person, die Veränderungen des sozialen Umfelds, einschließlich beruflicher Veränderungen, oder die eigenen Anstrengungen im Zusammenhang mit der Pflege. Die Summe all dieser Bewertungen in negativer Richtung wird als wahrgenommene (subjektive) Belastung bezeichnet. Je negativer diese Bewertung ausfällt, desto eher wird die Situation zu einem Stressfaktor für die Person.¹⁹

Die subjektiv empfundene Belastung lässt sich gut aus dem Transaktionalen Stressmodell von Lazarus und Folkman ableiten.²⁰ Welche Reize als Stressoren wahrgenommen werden, hängt dabei von der kognitiven Einschätzung einer belastenden Situation ab. Stress existiert also nicht per se, sondern ist das, was von einer Person als solcher bewertet wird. Der empfundene Stress wird umso größer sein, je mehr in einer Situation die Bewältigungsmöglichkeiten der Person beansprucht oder sogar

¹⁶ Siehe: Gräßel, E., & Behrndt, E.-M. (2016). Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, S. 172 ff..

¹⁷ Siehe: Eggert, S. et al., (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener, S. 60 ff.

¹⁸ Siehe: Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018.

¹⁹ Siehe: Gräßel, E., & Behrndt, E.-M. (2016). Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, S. 172 ff..

²⁰ Siehe: Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

überfordert werden. Entscheidendes Kriterium für die Wahrnehmung eines Stressors ist also die subjektive Einschätzung der zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten.²¹

Das Belastungsempfinden kann sich im Laufe der Zeit allerdings anpassen und verändern. Hier liegt ein bedeutender Ansatzpunkt für Interventionsmaßnahmen. Einerseits kann man an der Veränderung der Belastung arbeiten, so dass es dauerhaft weder zu einer Über- noch einer Unterforderung kommt²² und andererseits an der Stärkung der persönlichen Ressourcen. Dazu zählen beispielsweise die Stärkung persönlicher Kompetenzen und ein verbesserter Umgang mit Stress²³ und mehr soziale Unterstützung von Familie, Freunden und Bekannten.

Im Kapitel 3 des BARMER-Pflegereport 2018 werden die Auswirkungen von Belastungen durch die häusliche Pflege auf die Hauptpflegeperson eingehend analysiert. Danach kommen zwar 87,5 Prozent der Befragten gut zurecht mit der Pflege, die Belastung ist dennoch hoch: So bestimmt die Pflege bei 85 Prozent der Betroffenen tagtäglich das Leben. Die Hälfte von ihnen kümmert sich sogar mehr als zwölf Stunden täglich um die pflegebedürftige Person. Fast 40 Prozent von ihnen fehlt Schlaf, 30 Prozent fühlen sich in ihrer Rolle als Pflegenden gefangen, und jedem Fünften ist die Pflege eigentlich zu anstrengend. 60 Prozent der pflegenden Angehörigen wünschen sich Unterstützung bei der Pflege, allerdings findet mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen niemanden, um sich für längere Zeit vertreten zu lassen. Dabei ist es für den allgemeinen Gesundheitszustand wichtig, ob es Unterstützung gibt. Wer sich die ganze Zeit allein gelassen fühlt, keinen Ansprechpartner für seine Sorgen hat oder keine Zeit zur Entspannung findet, hat ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.²⁴

Und tatsächlich sind pflegende Angehörige vergleichsweise häufig krank und die Pflege geht mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands einher, die stärker ist als bei gleichaltrigen Personen, die nicht pflegen. So leiden 54,9 Prozent der Hauptpflegepersonen unter Rückenbeschwerden und 48,7 Prozent unter psychischen Störungen. Bei Personen, die niemanden pflegen, trifft dies nur auf 51,3 Prozent beziehungsweise 42,5 Prozent zu.²⁵

Insgesamt sind Frauen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Pflege mehr betroffen als Männer. 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 belastet insbesondere die ständige Verfügbarkeit und der fehlende Freiraum die Gesundheit.²⁶

Zu den Belastungen pflegender Angehöriger und den gesundheitlichen Auswirkungen siehe auch die entsprechenden Kapitel im Projektbericht des PuRpA-Modellprojektes 1.²⁷

²¹ Siehe: Ernst, G., Franke, A. & Franzkowiak, P. (2022). Stress und Stressbewältigung.

²² Siehe: Rohmert, W., & Rutenfranz, J. (1975). Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen.

²³ Siehe: Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung

²⁴ Siehe: Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018, Kapitel 3 - Gesundheit pflegender Angehöriger.

²⁵ Siehe: BARMER (Hrsg.). (08.11.2018). Infografik 3 - Pflegenden Angehörige kränker als nicht Pflegenden.

²⁶ Siehe: Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018, S. 168.

²⁷ Siehe: Böhler, M. (Dez. 2023). Projektbericht PuRpA-Modellprojekt 1.

5 Voraussetzungen für stationäre Vorsorge-/Reha-Maßnahmen

Im Auftrag verschiedener Krankenkassen wurden über die Jahre Daten zum Gesundheitszustand pflegender Angehöriger erhoben.^{28,29,30} Die Ergebnisse zeigen, die gesundheitliche Belastung durch die häusliche Pflegetätigkeit ist hoch und hat entsprechende Auswirkungen auf die Gesundheit. Für Betroffene mit Gesundheitsproblemen und belastenden häuslichen Pflegesituationen kann daher eine speziell auf die Bedürfnisse pflegender Angehöriger ausgerichtete stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll sein. Denn pflegende Angehörige können aufgrund ihrer Pflege- und Betreuungstätigkeit ambulante Maßnahmen oft nur eingeschränkt nutzen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Menschen mit Demenz und anderen kognitiven Beeinträchtigungen gepflegt werden und für Eltern von pflegebedürftigen Kindern.

Um die Gesundheit und Pflegefähigkeit von pflegenden Angehörigen zu erhalten haben pflegende Angehörige, bei entsprechender Indikation, einen Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach § 23 und § 40 SGB V.^{31,32} Mit Jahresbeginn 2019 wurde mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) der Anspruch pflegender Angehöriger auf eine stationäre Rehabilitation verankert, ohne zuvor ambulante Reha-Maßnahmen nutzen zu müssen.³³ Pflegende Angehörige haben damit einen erleichterten Zugang zu stationären Rehabilitationsleistungen. Zugleich besteht ein Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen wird.³⁴

Für Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) gilt nach wie vor der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Hier besteht für pflegende Angehörige die Möglichkeit, eine kurzzeitpflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen während der Maßnahme zu beantragen³⁵ oder Verhinderungspflege zu nutzen.³⁶

Im Gemeinsamen Rundschreiben der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes vom 08.05.2019 zu den Auswirkungen des PpSG auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V wurden erste Empfehlungen für eine einheitliche Umsetzung dieser Neuregelungen durch die Krankenkassen gegeben.³⁷ Unter Punkt 1.2. heißt es dort:

„...muss für die Indikation einer medizinischen Rehabilitation auch bei pflegenden Angehörigen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit vorliegen sowie eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sein. ...“

Unter Punkt 1.3. wird zudem der Begriff „pflegender Angehöriger“ konkretisiert:

„[...] Demnach gelten als pflegende Angehörige Personen, die pflegebedürftige Personen nach § 14 SGB XI nicht erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen pflegen. Als pflegebedürftig sind Personen zu berücksichtigen, die einen der Pflegegrade 1 bis 5 nach § 15 Abs. 3 SGB XI aufweisen [...].“

Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit müssen ärztlich festgestellt werden und die Gesundheitsprobleme und die vorliegenden Risikofaktoren müssen klassifiziert werden. Dabei sind weitere Faktoren zu berücksichtigen, die sich sowohl positiv wie negativ auf das bestehende Gesundheitsproblem auswirken. Dies können z.B. Partnerschaftsprobleme sein, chronische Krankheit oder Pflege

²⁸ Siehe: Bestmann, B., Wüstholtz, E., & Verheyen, F. (2014). Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt.

²⁹ Siehe: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2016). Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus.

³⁰ Siehe: Pflegereporte: BARMER 2018, DAK-Gesundheit/Klie 2021, DAK-Gesundheit/Klie 2022.

³¹ Siehe: SGB V, (1988). §23 Medizinische Vorsorgeleistungen.

³² Siehe: SGB V, § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

³³ Siehe: Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG). (11.12.2018). Gesetz zur Stärkung des Personals.

³⁴ Siehe: SGB V, § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Abs. 3.

³⁵ Siehe: SGB XI, §42 Kurzzeitpflege.

³⁶ Siehe: SGB XI, § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson.

³⁷ Siehe: Literaturverzeichnis.

eines Angehörigen, eine belastende familiäre Situation, ständiger Zeitdruck, finanzielle Sorgen, soziale Isolation und Schwierigkeiten bei der Problembewältigung. Realistische Vorsorge-/Rehabilitationsziele müssen erreichbar sein und eine positive Prognose muss gegeben sein.

Eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung bedarf der Antragstellung und der vorherigen Genehmigung durch den Kostenträger. Stationäre Vorsorgeleistungen gehen dabei in der Regel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für die Beantragung von stationären Rehabilitationsleistungen ist zu klären, welcher Kostenträger im individuellen Fall zuständig ist. Die GKV ist nur dann für die Erbringung von Leistungen zur medizinische Rehabilitation zuständig, wenn kein anderer Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherung oder Unfallversicherung) zuständig ist. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn Antragsteller bereits dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.³⁸

Für Versicherte, die noch im Erwerbsleben stehen und eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, ist i.d.R. die Deutsche Rentenversicherung (DRV) zuständig. Hier gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ weiterhin auch für pflegende Angehörige.³⁹

Bei der medizinischen Rehabilitation für Patient*innen mit z.B. schwerwiegenden psychosozialen Belastungen bietet aber aus Sicht der DRV eine stationäre Rehabilitation bessere Erfolgschancen als eine ambulante, da hier die Rehabilitation außerhalb der gewohnten Umgebung durchgeführt wird und so eine vorübergehende Distanzierung vom häuslichen Umfeld möglich wird.⁴⁰ Pflegende Angehörige können ebenfalls zu diesem Personenkreis gezählt werden.

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist in Richtlinien und Leitlinien festgelegt. Maßgeblich sind hier zu nennen:

- die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses,⁴¹
- die Begutachtungsanleitung "Vorsorge und Rehabilitation" des GKV-Spitzenverbandes⁴² und
- die Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der DRV.⁴³

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitation unterscheiden sich u.a. hinsichtlich der Zugangskriterien, den Anforderungen an die räumliche, apparative und personelle Ausstattung und hinsichtlich der Anforderungen an das medizinisch-therapeutische Konzept, die durchzuführende Diagnostik und die Therapiedichte. Die Anforderungen variieren zudem mit den Indikationen, die schwerpunktmäßig behandelt werden.

Die stationäre Vorsorge nach § 23 Abs. 4 ist eine interdisziplinäre medizinische Leistung, die von einem interdisziplinären Team unter Leitung und Verantwortung eines Arztes/einer Ärztin nach einem individuellen Therapieplan auf der Grundlage eines Vorsorgekonzepts erbracht wird. Eingangsuntersuchung/-gespräch, Festlegung der Therapieziele, individuelle Therapieplanung mit unterschiedlichen Behandlungselementen (je nach Indikation), regelmäßiger Austausch im Team zum Behandlungsfortschritt und Abschlussuntersuchung/-gespräch sind u.a. Bestandteile eines Vorsorgekonzeptes.

³⁸ Siehe: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie), S.3.

³⁹ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). Serviceseite für niedergelassene Ärzte.

⁴⁰ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). Ganztägig ambulant oder stationär.

⁴¹ Siehe: Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie).

⁴² Siehe: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.). (2021). Begutachtungsanleitung - Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V.

⁴³ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). Sozialmedizinische Begutachtung.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt die Gesetzliche Krankenversicherung nach § 40 SGB V und die Rentenversicherung nach §§ 9⁴⁴ und 15 SGB VI.⁴⁵

Medizinische Rehabilitation wird in qualifizierten und spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, die unter ärztlicher Verantwortung stehen und sich am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. Krankenversicherung beteiligen. Alle Rehabilitationseinrichtungen müssen über eine personelle, apparative und räumliche Ausstattung verfügen, die den Anforderungen einer umfassenden Rehabilitation im jeweiligen Indikationsbereich unter Berücksichtigung der Multimorbidität genügt. Je nach Schwerpunktsetzung und Kombination der Indikationen unterscheiden sich die Einrichtungen insbesondere in der medizintechnischen Ausstattung und speziellen Behandlungsangeboten.

Rehabilitationseinrichtungen müssen über ein strukturiertes Rehabilitations- und Therapiekonzept verfügen, das den spezifischen Anforderungen der zu behandelnden Rehabilitandengruppen (z. B. Indikationsschwerpunkt, Alter, Geschlecht, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund) gerecht wird. Dieses setzt sich neben der Diagnostik aus verschiedenen Behandlungselementen zusammen. Die einzusetzenden Behandlungselemente variieren entsprechend der jeweiligen Indikation und der individuellen Ausgangssituation.⁴⁶ Zum Einsatz kommen je nach Bedarf:

- Gesundheitsbildung und Patientenschulung
- Ärztliche Behandlung
- Psychologische Diagnostik und Beratung
- Psychotherapie (bei psychischen Störungen)
- Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung
- Arbeitsbezogene Maßnahmen
- Physiotherapie
- Physikalische Therapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Entspannungsverfahren
- Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche
- Rekreationstherapie

In der Rehabilitation für psychosomatisch und psychisch Kranke zu Lasten der Rentenversicherung haben im Rahmen eines multimodalen Rehabilitationskonzeptes psychotherapeutische Interventionen im Gruppen- und Einzelsetting, Ergotherapie, Arbeitstherapie, Entspannungsverfahren, Physio- und Sporttherapie sowie konzeptionsabhängig kreativtherapeutische Verfahren und körperzentrierte Arbeit ein besonderes Gewicht.⁴⁷

Die therapeutischen Leistungen werden in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)⁴⁸ dokumentiert.

⁴⁴ Siehe: SGB VI. (1990). § 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe.

⁴⁵ Siehe: SGB VI. (1990). § 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

⁴⁶ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (April 2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der deutschen Rentenversicherung, S. 23.

⁴⁷ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (01.01.2018). Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen, S. 5.

⁴⁸ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund (2015), KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.

Die Anforderungen an die Durchführung stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind für die GKV in Anforderungsprofilen und Qualitätsvorgaben beschrieben, u.a.:⁴⁹

- Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX - Gemeinsame Empfehlung, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.), 2018
- Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Vorsorge nach § 137d Absätze 1, 2 und 4 SGB V, 2008
- Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation - Rahmenempfehlungen Allgemeiner Teil, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), (Hrsg.), 2021
- QS-Reha-Verfahren der GKV, 2020

Die Rahmenkonzepte, Anforderungsprofile und Qualitätsvorgaben der Rentenversicherung beschreiben Rahmenbedingungen für die Durchführung einer qualitativ gesicherten medizinischen Rehabilitation. Sie enthalten qualitative Standards für zum Beispiel die Diagnostik und die Therapie in der medizinischen Rehabilitation. Hier einige Beispiele ohne Anspruch auf Vollständigkeit:⁵⁰

- Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der DRV⁵¹
- Reha-QS-Programm der DRV mit strukturiertem Qualitäts-Dialog⁵²
- Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, DRV Bund⁵³
- Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), DRV Bund
- Anforderungsprofil für die verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR), DRV Bund
- Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, DRV Bund
- Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen, DRV Bund

⁴⁹ Siehe: Literaturverzeichnis.

⁵⁰ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). Anforderungsprofile für Reha-Einrichtungen.

⁵¹ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (Juli 2023). Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen.

⁵² Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). Reha-Qualitätssicherung.

⁵³ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (April 2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der deutschen Rentenversicherung.

6 Bedarfe pflegender Angehöriger in Bezug auf stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen

Aus der Heterogenität der Zielgruppe und ihren gesundheitlichen Belastungen lassen sich die nachfolgenden Bedarfe von pflegenden Angehörigen hinsichtlich stationärer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen ableiten:

- Die hauptsächlichen Belastungen und Gesundheitsprobleme liegen im psychischen Bereich (z.B. starke Erschöpfung, Anpassungsstörungen, Depressionen). Entsprechend sollten psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichtete stationäre Maßnahmen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.
- Im physischen Bereich sind es Muskel-Skelett- und Gelenkerkrankungen, Rückenbeschwerden sowie Schmerzen, so dass hier vorwiegend stationäre Maßnahmen mit entsprechender indikativer Ausrichtung benötigt werden.
- Pflegende Angehörige sind in der Mehrzahl Frauen. Daher sollte der Genderaspekt mit in stationäre Vorsorge- und Rehaangebote für pflegende Angehörige einbezogen werden.
- Für "Young Carer" sind stationäre Kinder- und Jugendreha-Angebote sinnvoll, die die besondere psychische Belastung durch Einbindung in die Pflege- und Betreuung eines Eltern- oder Großeltern- teils oder eines Geschwisterkindes in den Fokus setzen und das Erlernen von Bewältigungsmecha- nismen für diese besonders belastenden häuslichen Situation ermöglichen. Hier spielt die Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz und das Überwinden sozialer Isolation eine besondere Rolle.⁵⁴
- Für die jungen erwachsenen pflegenden Angehörigen ("Young Adult Carer"), die häufig schon seit frühester Jugend häusliche Pflegearbeit leisten, sind stationäre Angebote in einigermaßen alters- homogenen Gruppen sinnvoll, da die Themen ihrer Lebenswelten andere sind als bei Erwachsenen im mittleren oder höheren Lebensalter.
- Die Bedarfe erwachsener pflegender Angehörige lassen sich zusätzlich unterscheiden in:
 - Menschen, die Angehörige mit kognitiven Einschränkungen pflegen (z.B. Demenz):
hier steht die Bewältigung der psychischen Belastungen durch die fortschreitenden Kompetenz- verluste und die Persönlichkeitsveränderung im Fokus, die Stärkung der kommunikativen Kom- petenz im häuslichen Pflegesetting und die Selbstfürsorgekompetenz.
 - Menschen, die mehrfachbelastet sind durch Erziehungsarbeit, Berufstätigkeit und Pflege:
hier steht die Bewältigung der Mehrfachbelastung und die Stärkung der Selbstfürsorgekompe- tenz und der sozialen Unterstützung im Fokus.
 - Menschen mit pflegebedürftigen Kindern:
hier steht die Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses, die Auseinandersetzung mit der Zukunftsperspektive und die Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz und der sozialen Unter- stützung im Vordergrund.

Hier könnten spezifische Schwerpunktmaßnahmen oder besondere Gruppenangebote im Rahmen ei- ner stationären Vorsorge/Rehabilitation sinnvoll sein.

⁵⁴ Siehe: Anhang I., Sonderkapitel "Young Carer".

Zudem wurden im Rahmen der durchgeführten Expert*innen-Fokusgruppe und der mit pflegenden Angehörigen geführten Interviews im Modellprojekt-1 folgende Bedarfe gesehen:^{55, 56}

- Zeit, um zu sich selbst zu kommen

Von Seiten der Expert*innen werden die Vorgaben in Bezug auf die Anzahl der durchzuführenden therapeutischen Leistungen (Vorsorge ca. 40 / Reha mit ca. 60 Einheiten in drei Wochen) eher kritisch gesehen, insbesondere wenn es sich schon um ältere pflegende Angehörige handelt. Gerade in der ersten Woche sollte Zeit sein, um anzukommen, zu sich zu kommen. Die Nutzer*innen wünschen sich eine selbstbestimmte, flexible Tagesgestaltung mit Zeit für sich selbst und für Erholung.

„Und das ist etwas, was man dann am Ende auch den Krankenkassen vermitteln muss, dass man einen Therapieplan nicht mit 40 bis 60 Anwendungen zupacken kann in drei Wochen, was so der Wunsch der Krankenkassen ist. Also es gab mal so eine Maßgabe, für Vorsorge bitte 40 Anwendungen, für Reha 60 Anwendungen. Wo wir einfach sagen müssen, nein, das funktioniert bei den Müttern schon schlecht und bei den pflegenden Angehörigen, erst recht im höheren Alter, funktioniert das auch schlecht.“ (FGMP11, Zeile: 496-501)

„[...] und ich denke, dann sollte man zu der Ärztin sagen: "Das finde ich ganz toll. So würde mir das gefallen." Oder auch ganz offen und ehrlich sagen: "Vielleicht würde mir das guttun, aber ich muss erstmal ankommen, das ist mir momentan zu viel.““ (TIMP12, Zeile: 53-57)

- Psychologische Betreuung und Therapie

In Bezug auf die gesundheitlichen Bedarfe spielen die F-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen) eine besondere Rolle. Laut Aussagen der Expert*innen leiden nahezu alle pflegenden Angehörigen unter Depressionen oder Ängsten. Vor diesem Hintergrund spielt die psychologische Betreuung eine große Rolle. Auch die interviewten pflegenden Angehörigen heben die „Stärkung der Psyche“ explizit hervor und wünschen sich eine individuelle psychologische Betreuung.

„Und auch die körperlichen Symptome, die Angehörige zeigen, sind in der Regel-, oder stehen im Zusammenhang mit einem depressiven Syndrom. I.d.R. mit einem schwerwiegenden depressiven Syndrom.“ (FGMP11, Zeile: 306-308)

„Dass auch der Anteil der psychologischen Betreuung an der Stelle, ja, nicht nur so bei ein, zwei Stunden in der Woche liegt bei so einer Reha-Maßnahme.“ (TIMP15, Zeile: 33-35)

„Und das sind zum Beispiel auch schon wieder Punkte, wo ich sagen würde, da möchte ich gestärkt werden, dass ich nicht immer diese Ängste habe, [...]“ (TIMP11, Zeile: 236-237)

- Selbstfürsorge

Neben der psychologischen Betreuung wurde besonders häufig "Zeit für sich" und das Thema „Selbstfürsorge“ inkl. der Überwindung des schlechten Gewissens benannt.

„Sodass ich mich tagsüber um mich kümmern könnte. Und ein gutes Verwöhnprogramm mal bekommen würde, ohne einkaufen, ohne Haushalt, ohne Arbeit und, ja mal so bisschen was für mich tun könnte.“ (TIMP12, Zeile: 18-20)

„Dass ich einfach Kraft schöpfe, mich erhole und mal durchatmen kann, damit ich dann die nächste Zeit wieder klar komme, wo es dann doch wieder hart zur Sache geht.“ (TIMP12, Zeile: 79-80)

„Und als Gegenpart, wo kann ich mich entspannen? Welches ist meine Möglichkeit der Entspannung? Und das kann für den einen tatsächlich etwas Kreatives sein und für den anderen kann es auch Sport sein.“ (FGMP11, Zeile: 775-777)

⁵⁵ Siehe: Bericht aus Lehre und Forschung 2023, Kapitel 4

⁵⁶ Hinweis: „FGMP00“ bezeichnet eine anonymisierte Person innerhalb der Fokusgruppe. „TIMP00“ bezeichnet eine anonymisierte Person innerhalb der durchgeführten Telefoninterviews.

- Einzelgespräche:

Eine Maßnahme, die überwiegend aus Angeboten in der Gruppe besteht, halten weder die Expert*innen noch die Nutzer*innen für zielführend. Einzelgespräche und -angebote werden besonders in der Reha und zu Beginn einer Maßnahme als elementar beschrieben.

„Und das Ganze natürlich mit viel Einzelgesprächen. Also Patienten, die zu uns kommen, die wollen erstmal ganz, ganz, ganz viel loswerden. Das können Sie gar nicht in der Gruppe leisten.“ (FGMP11, Zeile: 353-355)

„Also die Gesprächstherapie auf jeden Fall. Also das finde ich ganz, ganz wichtig, weil man da einfach dann auch das Gefühl hat, es ist jemand da, der sich nur um mich kümmern würde, und wo man vielleicht auch, auch noch loslassen könnte, weil das im Alltag, oder generell ein bisschen schwer ist, wirklich alles mal loszulassen.“ (TIMP11, Zeile: 43-46)

„Ja, also ich würde mir wünschen an der Stelle, dass sich jemand da auch ganz konkret meiner Bedürfnisse annimmt und das nicht unbedingt in Gruppengesprächen dann stattfinden muss.“ (TIMP15, Zeile: 32-33)

- Gruppenangebote / Austausch in der Gruppe

Eine sehr heterogene Zusammenstellung der Gruppen (z.B. Alter und Art der Pflegebedürftigkeit) halten die Expert*innen und auch teilweise die Nutzer*innen für problematisch. Hinsichtlich des Geschlechts werden getrennte Gruppen nicht als erforderlich angesehen, Geschlechtersensibilität reicht aus. Die Expert*innen schätzen das Kennenlernen von Selbsthilfegruppen als sinnvoll ein.

Die Nutzer*innen haben den Wunsch, während des Aufenthalts mit anderen pflegenden Angehörigen in ähnlichen Situationen ins Gespräch zu kommen. Es sollte genug Zeit für den gemeinsamen Austausch geben z. B. zu den Belastungen im Alltag. Eine besondere Rolle spielt die Pflege von demenziell erkrankten Personen.

„[...] Und das wäre mir eigentlich wichtig gewesen, mal zu hören, wie machen das denn die anderen, wenn der demenzkranke Partner jetzt aggressiv wird oder irgendwie da jetzt versucht, es gerade dagegen zu arbeiten. Das kenne ich nämlich und das hätte mich vielleicht ein bisschen getröstet, dass die sagen: „Ja, das ist nun mal so, ja.“ Das fehlte mir.“ (TIMP13, Zeile: 57-61)

„Müsste auch immer Zeiten genug da sein zum Austausch auch in der Gruppe, dass jeder seine persönlichen Erfahrungen mit jemand, den er vielleicht, zu dem er einen Draht hat-, ja, und die Möglichkeiten hat, diese Zeit zu finden.“ (TIMP15, Zeile: 181-183)

„Und es ist aber ein Aspekt, weil Frauen häufig-, also häufiger ja in die Pflegerolle kommen und dadurch auch beruflich etwas aufgeben, was bei Männern eher nicht der Fall ist.“ (FGMP11, Zeile: 365-367)

- Auseinandersetzung mit Tabuthemen, Tod und Trauer

Die Expert*innen finden die Auseinandersetzung mit schambesetzten Themen wie "Gewalt in der Pflege" und "Heimunterbringung" wichtig sowie den Umgang mit Tod und Trauer.

„Das glaube ich das wäre für mich-, weil ich auch zwischendurch, wenn ich ausraste-. Ich raste aus. Und dann auch permanent wieder dieses schlechte Gewissen habe, und ich anfange, und immer wieder permanent sage: „Das bin ich eigentlich nicht. Das will ich auch nicht.“ Aber ich nicht weiß, wie ich das händeln soll.“ (TIMP11, Zeile: 89-92)

„Aber das eigentliche Problem ist dann dabei, man kann an diesen Sachen, die da alle passieren, ja, sowieso nichts ändern. Nur bei sich irgendwie zu gucken, dass man dabei nicht vor die Hunde geht, dass man sich davon nicht so frustrieren lässt, dass man die Flinte ins Korn wirft, dass man nicht im Herzinfarkt landet oder sonst etwas. Und zu begreifen, dass man den anderen, so lieb man den hat, man kann ihn nicht retten, es gibt keine Lösung. Das Ende wird der Tod sein.“ (TIMP15, Zeile: 771-776)

„Und bei den Pflegenden natürlich auch, weil so Vorstellungen über den Verlauf des Lebens und den Verlauf der Ehe, den Verlauf des Zusammenlebens, sich nicht mehr realisieren...“ (FGMP11, Zeile: 288-292)

- Wissensvermittlung

Nutzer*innen wünschen sich im Bereich der Wissensvermittlung nicht nur Vorträge, sondern auch Übungen (z. B. in Form von Rollenspielen o. ä.). Insbesondere im Umgang mit Menschen mit Demenz reicht ihnen die reine Information nicht aus. Hier wäre ein Durchspielen von Situationen im Pflegealltag wichtig.

„Wir hatten zwar Vorträge, da kriegten wir wieder so ein Blatt, wie das Gehirn aufgeteilt ist und was da abstirbt und was da nicht ist. Aber das hilft mir-, das kann ja so sein, aber das hilft mir nicht im täglichen Umgang mit dem Kranken.“ (TIMP13, Zeile: 70-72)

„Denn es hieß ja auch vorher, Sie lernen mit der Demenzkrankheit umzugehen. [...], dass man mal so ein Rollenspiel gemacht hätte, also, jetzt sagt derjenige da: „Lass mich in Ruhe.“ Oder „Ich stehe auf, wann ich will.“ Dass man-, was sage ich darauf? Das habe ich nicht gelernt.“ (TIMP13, Zeile: 61-64)

„Oder auch auf Situationen Hilfestellung zu bekommen. Wie man vielleicht reagieren kann, weil ich immer noch davon überzeugt bin, dass ich noch sehr oft falsch reagiere. Das wäre für mich wichtig.“ (TIMP11, Zeile: 46-48)

- Vor der Aufnahme

Nutzer*innen würden schon im Vorfeld einer Maßnahme gerne erfahren, was sie genau während der Maßnahme an Therapien, Angeboten, etc. erwartet. Als Gelingensbedingung, damit pflegende Angehörige sich um sich selbst kümmern können, steht die adäquate Versorgung der pflegebedürftigen Person während der Maßnahme an erster Stelle.

„Also ich muss erstmal gucken, wie ist der Pflegebedürftige, wie kann der versorgt werden, wenn ich zur Kur fahre, als pflegender Angehöriger. Was gibt es für Möglichkeiten? Und das Ganze dann abzustimmen, mit einem passgenauen Angebot, und dann natürlich noch diese zeitliche Organisation, das ist schon manchmal nicht so leicht, das zu organisieren. Aber die pflegenden Angehörigen können erst sich um sich kümmern, wenn die wissen, dass der pflegebedürftige Mensch gut versorgt ist.“ (FGMP11, Zeile: 130-135)

„Und dass so im Vorfeld schon viele Dinge abgesprochen wären, dass man dann also ein bisschen beruhigter, im Grunde genommen, diese Kur antreten kann. Dass man weiß- oder für mich wäre wichtig, dass ich weiß, was alles auf mich zukommt. Was für Gespräche das sind, ob das Gruppengespräche zum Beispiel sind, wie die Therapien aussehen, was für Angebote da wären.“ (TIMP11, Zeile: 167-170)

- Nachsorge

Nutzer*innen wünschen sich nach einer stationären Maßnahme noch arbeitsfreie Zeit zu Hause, um erst mal wieder im Alltag anzukommen. Von Expert*innen wird die Vermittlung in Nachsorgeprogramme und in Selbsthilfeangebote als wichtig angesehen.

„Und dass ich vielleicht noch ein paar Tage hier zu Hause hätte, bevor ich wieder anfangen müsste zu arbeiten, also wie so eine Woche noch nachträglich zu Hause, Nachruhe, früher gab es sowas, glaube ich. Und da konnte man noch mal ein paar Tage zu Hause bleiben, ..., um dann erstmal so langsam in den Alltag zu kommen. Und nicht, sobald man einen Fuß in die Tür gesetzt hat, ist alles wieder so wie es war.“ (TIMP16, Zeile: 275-280)

„Nämlich das eine ist, was passiert mit den Patienten danach? Wie geht es dann weiter? Diese Patienten finden in der Regel keinen Psychotherapeuten, oder überhaupt nur einen Psychiater oder einen Hausarzt, der sich dieses Themas annehmen will. Der sagt dann nach fünf Minuten „Oh mein Gott, was habe ich hier für ein Fass aufgemacht?“ Das heißt, das Thema Nachsorge und die Vernetzung in weitere Strukturen ist, glaube ich, ganz entscheidend.“ (FGMP11, Zeile: 311-316)

„Und was sie sich dann vornehmen in der Kur für zuhause, das weiterzuführen, das ist nochmal ein sehr hochgestecktes Ziel. Und dann durch die telefonische Nachsorge sie zu ermutigen, dass bisschen, und wenn es nur ein kleines Stückchen ist, dass sie das dann schaffen. Einfach, dass sie nochmal bestärkt werden darin, dass das, was sie geschafft haben, aber auch trotzdem gut ist. Weil, ja, ich kann nicht alles einhalten, was ich mir vornehme. Das ist meistens so, dass die sich viel zu viel vornehmen.“ (FGMP11, Zeile: 1154-1160)

7 Qualitätskriterien und Behandlungs-Module für die stationäre Vorsorge und Rehabilitation von pflegenden Angehörigen

Die unter Kapitel 6 aufgeführten Anforderungen und Qualitätsvorgaben für die Durchführung von stationärer Vorsorge und Rehabilitation gelten ebenso für eine zielgruppenspezifische stationäre Maßnahme für pflegende Angehörige. Unser Rahmenkonzept richtet sich an schon bestehende Einrichtungen mit einem gültigen Versorgungsvertrag, die bereits den Anforderungskriterien entsprechen und in die jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung und/oder Rentenversicherung eingebunden sind.

In Bezug auf die Durchführung von stationären Maßnahmen für die Zielgruppe bzw. unterschiedliche Zielgruppen von pflegenden Angehörigen führen wir im Unterkapitel 7.1 ergänzend einige Qualitätskriterien auf, die zu berücksichtigen sind.

Für das Unterkapitel 7.2 "Behandlungs-Module" gilt ähnliches. Da der Umstand, ein pflegender Angehöriger zu sein, alleine noch keine Vorsorge- oder Rehabilitationsbedürftigkeit begründet, richtet sich die Zuweisung zu einer Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik nach der medizinischen Indikation (dem bestehenden Gesundheitsproblem) und weiteren relevanten Faktoren gemäß ICF.⁵⁷ Die individuelle Behandlungs-/Therapieplanung ist daher immer indikationsspezifisch und an den bestehenden Gesundheitsproblemen und Kontextfaktoren ausgerichtet.

Aufgrund des Kontextfaktors „Angehörigenpflege“ sollten aber bestimmte therapeutische Leistungen auf die Bedarfe von pflegenden Angehörigen ausgerichtet sein. Im Unterkapitel 7.2 werden die für pflegende Angehörige als Patient*innen sinnvollen Behandlungselemente beschrieben, die in einer Behandlungskonzeption für diese Zielgruppe zu berücksichtigen sind.

Wir gehen davon aus, dass aufgrund der bereits dargelegten spezifischen Belastungen und Bedarfe von pflegenden Angehörigen in erster Linie psychosomatisch ausgerichtete stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind, gefolgt von orthopädisch-rheumatologischen.

Im Bereich der somatischen Rehabilitation muss insbesondere bei pflegenden Angehörigen die psychische Komorbidität ⁵⁸ berücksichtigt werden und daher eine psychologische Betreuung sichergestellt sein.

Für bestimmte Gruppen von pflegenden Angehörigen wie solchen, die Menschen mit Demenz pflegen und Frauen/Männer, die ein oder mehrere pflegebedürftige Kinder versorgen, sind besondere Schwerpunktmaßnahmen sinnvoll, damit sich in möglichst homogenen Gruppen mit diesen spezifischen Belastungen und Bewältigungsanforderungen auseinandergesetzt werden kann.

Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf den Darlegungen zu den Belastungen und Bedarfen von pflegenden Angehörigen in den vorangegangenen Kapiteln.

⁵⁷ ICF = Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

⁵⁸ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (September 2014). Psychische Komorbidität.

7.1 Qualitätskriterien

Die nachfolgend aufgeführten Qualitätskriterien sollen es den an der Durchführung einer Vorsorge- oder Rehamaßnahme für pflegende Angehörige interessierten Einrichtungen erleichtern, ihre Verfahren und Konzeptionen auf die Zielgruppe(n) auszurichten.

7.1.1 Erstellen eines klinikindividuellen Behandlungskonzeptes für pflegende Angehörige

Das Behandlungskonzept der jeweiligen Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik muss für die Zielgruppe „Pflegende Angehörige“ angepasst werden, d.h. es ist ein Schwerpunkt-konzept auszuarbeiten, in dem das vorgesehene Behandlungsprogramm beschrieben und ein Mustertherapieplan hinterlegt ist. Die Ausarbeitung sollte auf Basis dieses Rahmenkonzeptes erfolgen.

Das Schwerpunktkonzept für pflegende Angehörige sollte Aussagen zu folgenden Bereich enthalten:

- Aufnahmeverfahren
- Sicherstellung einer ausreichenden Gruppenstärke von pflegenden Angehörigen pro Maßnahme (mindestens 5 bis 6 Personen)
- medizinisch-therapeutische Angebote
- Sozialberatung für pflegende Angehörige
- Entlassmanagement (Nachsorgeempfehlungen)

Zudem ist es erforderlich, sich im Vorfeld der Ausarbeitung mit der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen, ihrer Lebenswelt und ihren Belastungen intensiv auseinanderzusetzen.

7.1.2 Aufnahmeverfahren

Damit im Vorfeld der Aufnahme schon differenzierte Informationen zu den spezifischen Belastungen von Patient*innen durch die häusliche Pflegesituation vorliegen, müssen die vorhandenen Aufnahmeunterlagen und Fragebögen/Selbstauskunftsbögen der Vorsorge-/Rehaklinik angepasst bzw. ergänzt werden. Hier bietet sich die Nutzung der Kurzversion der häuslichen Pflegeskala nach Gräbel (10 Items) an⁵⁹ und ggf. zusätzlich der SF-12v2, die Kurzform des SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.⁶⁰ Beide Instrumente sind anerkannt und validiert.

Da es für pflegende Angehörige egal welchen Alters enorm wichtig ist, dass die gepflegte Person auch während ihrer Abwesenheit gut versorgt ist, sollten Antworten auf die folgenden Fragen von Seiten der Vorsorge-/Rehaklinik zur Verfügung stehen:

- a) Gibt es Hilfestellung/Beratung durch die Klinik bei Fragen zur Versorgung der gepflegten Person während einer stationären Maßnahme?
- b) Ist eine Mit(auf)nahme von pflegebedürftigen Begleitpersonen möglich?
- c) Ist eine Unterbringung in einer Kurzzeitpflege in der Nähe der Klinik möglich?

Diese Informationen sind insbesondere für pflegenden Angehörige von Menschen mit Demenz (vor allem bei Ehepartnern) und solchen mit pflegebedürftigen Kindern wichtig, da hier eine Trennung besonders schwer fällt.

Durch gute Informationen und Hilfestellungen kann die Sorge(belastung) gemildert werden und die Anreise beruhigter erfolgen und die Vorsorge- oder Rehamaßnahme besser gelingen.

⁵⁹ Siehe: Gräbel, E. (2001). Häusliche Pflege-Skala HPS: zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen.

⁶⁰ Siehe: Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand - Manual.

Bei Anreise/Mitaufnahme einer pflegebedürftigen Person muss gewährleistet sein, dass sich der/die Patient*in ganz auf ihre Vorsorge-/Rehamaßnahme konzentrieren kann. Dies ist nur gegeben, wenn die pflegebedürftige Person

- a) in eine eigene (z. B. geriatrische) Rehamaßnahme aufgenommen wird,
- b) mit in die Klinik aufgenommen wird und dort die Versorgung und Betreuung durch Pflege- und Betreuungskräfte sichergestellt ist; dafür sollte ein gesondertes Konzept in der Einrichtung vorliegen,
- c) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in der Nähe untergebracht wird.

7.1.3 Durchführung der stationären Maßnahme

Die Durchführung der stationären Vorsorge-/Rehamaßnahme erfolgt entsprechend dem bestehenden Versorgungsvertrag der aufnehmenden Klinik und dem vorhandenen und durch den Medizinischen Dienst oder der Rentenversicherung geprüften und genehmigten Therapiekonzept. Um auf dieser Basis eine zielgruppenspezifische Maßnahme für pflegende Angehörige anzubieten, sollten folgende Kriterien erfüllt sein:

a) Berücksichtigung psychischer Komorbidität in der Rehabilitation somatischer Erkrankungen

Das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Störung mit einer körperlichen Erkrankung wird als Psychische Komorbidität bezeichnet und ist in der medizinischen Rehabilitation mit somatischer Indikation häufig. Unabhängig von der Art der Grunderkrankung treten psychische Störungen bei rund 20 Prozent der Rehabilitand*innen auf. Die häufigsten Diagnosen sind depressive Störungen und Angststörungen.⁶¹

Der Leitfaden zur Psychischen Komorbidität der Deutschen Rentenversicherung Bund⁶² empfiehlt daher "[...] ein geeignetes Screening aller Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation durchzuführen (z. B. mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) oder der Depressionskala des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9). [...] Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit auffälligem Ergebnis aus dem Screening auf psychische Komorbidität sollen einen Termin zur vertieften Psychodiagnostik erhalten."

Das konkrete empfohlene Verfahren ist ausführlich im Leitfaden beschrieben.

b) Durchführung der stationären Maßnahme in Gruppenstärke

Wichtig für pflegende Angehörige ist es, sich in einer Gruppe Gleichbetroffener austauschen zu können und sicher sein zu können, dass in den therapeutischen Gruppenangeboten alle Teilnehmenden wissen, von welchen belastenden Situationen die Rede ist.

So besteht einerseits kein besonderer Erklärungsbedarf zu belastenden Themen der Pflege und der Lebenssituation, in der man sich befindet und andererseits können alle von den Erfahrungen und individuellen Bewältigungsstrategien der anderen Teilnehmenden profitieren.

Die notwendigen kognitiven Umstrukturierungsprozesse⁶³ für eine funktionale Bewältigung der belastenden häuslichen Pflegeanforderungen können so von den Therapeut*innen in effizienter Weise in der Gruppe initiiert und während der stationären Maßnahme gefestigt werden.

⁶¹Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (September 2014). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation, S. 5

⁶² Ebd., S. 6.

⁶³ Siehe: Einsle, F., & Hummel, K. (2015). Kognitive Umstrukturierung - Techniken der Verhaltenstherapie.

Um eine entsprechend praktikable Gruppenstärke zu erreichen, sollte mindestens eine Kleingruppe pflegender Angehöriger (5-6 Personen) gleichzeitig zu einer zielgruppenspezifischen Maßnahme aufgenommen werden, idealerweise eine Gruppe von ca. 12 Personen. So kann am Besten eine Auslastung des eingesetzten therapeutischen Personals erreicht werden.

Im Bereich der Wissensvermittlung zu gesundheitsgerechtem Verhalten, wie beispielsweise gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung, spielt bei den Basisinformationen die Zugehörigkeit zur Gruppe pflegender Angehöriger keine Rolle. In der individuellen Therapieplanung können daher die allgemeinen, indikationsübergreifenden Angebote eingeplant werden.

Erst wenn es um eine Vertiefung des vermittelten Basiswissens, insbesondere im Bereich Stressbewältigung geht, sollten die Themen in einer geschlossenen Gruppe pflegender Angehöriger zielgruppengerecht aufbereitet behandelt werden.

c) Einzelgesprächsangebote

Therapeutische Einzelgespräche (Psychologische Psychotherapeut*in, Psycholog*in, Psychosozialer Dienst) und Einzelberatungstermine sollten neben den Gruppenangeboten für pflegende Angehörige sowohl in der stationären Vorsorge wie auch in der somatisch orientierten Rehabilitation (aufgrund der psychischen Komorbidität) zusätzlich angeboten werden. In der psychosomatischen Rehabilitation ist dies Standard.

d) Inhaltliche Anpassung therapeutischer Leistungen auf die Bedürfnisse pflegender Angehöriger

Die für pflegende Angehörige sinnvollen therapeutischen Behandlungseinheiten sollten inhaltlich so gestaltet sein, dass auch die Lebenswelt von pflegenden Angehörigen immer mitgedacht wird und in der Auswahl von Beispielen zur Verdeutlichung von Sachverhalten Berücksichtigung findet. Die für therapeutische Einheiten von den Kliniken verwendeten Manuale sollten entsprechend auf inhaltlichen Anpassungsbedarf geprüft und ggf. überarbeitet werden. Es geht also nicht darum, bewährte therapeutische Vorgehensweisen und bereits evaluierte Konzepte zu ersetzen (wie z. B. Stressmanagement nach Kaluza⁶⁴), sondern diese inhaltlich auf die Zielgruppe auszurichten. Siehe dazu auch Unterkapitel 7.2.

e) Wissensvermittlung

Im Bereich der Wissensvermittlung ist es sinnvoll, ein Gruppenangebote zum Thema "Gesundheitsgerechtes Verhalten im häuslichen Pflegealltag" (z.B. ein Kinästhetik-Training) anzubieten.

Soziale Unterstützung und wie diese auf- oder ausgebaut werden kann, ist ebenfalls ein zentrales Thema für pflegende Angehörige. Als Schutzfaktor beugt ein gutes Netz an sozialer Unterstützung einer Überlastung im Pflegealltag vor.⁶⁵

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Wissensvermittlung zum Thema dementielle Erkrankungen und Kommunikation mit Menschen mit Demenz und anderen Erkrankungen, die mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen. Pflegende Angehörige belasten hier ganz besonders die Veränderungen im Verhalten und der voranschreitende Kompetenzverlust, der mit der Krankheit verbunden ist. Die Stärkung der sozialen Kompetenz bzw. der kommunikativen Fähigkeiten kann hier zu einer enormen Entlastung im Pflegealltag beitragen.

Bei der Wissensvermittlung sind praktische Übungen in Form von "Rollenspielen" sehr sinnvoll.

⁶⁴ Siehe: Kaluza, G. (2018). Stressbewältigung - Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung.

⁶⁵ Siehe: Kalisch, R. (2017). Der resiliente Mensch: Wie wir Krisen erleben und bewältigen..

f) Sozialberatung

Die in den Kliniken bestehenden Sozialberatungsangebote müssen erweitert werden um Themen, die für pflegende Angehörige relevant sind, wie z. B.: gesetzliche Ansprüche auf Entlastungsleistungen, Pflege- und Wohnberatung, Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Auswirkungen der Pflege auf die Rente und Nachsorgeangebote für pflegende Angehörige.

7.1.4 Weiterbildung des interdisziplinären Teams

Wenn das interdisziplinäre Team einer Vorsorge- oder Rehaklinik bisher noch keine Erfahrung mit pflegenden Angehörigen im stationären Kontext sammeln konnte, ist es sinnvoll (bei einer zukünftigen Ausrichtung des medizinisch-therapeutischen Angebotes auf diese Zielgruppe), das Team entsprechend weiterzubilden. Benötigt wird vor allem Expertise in folgenden Bereichen:

- Belastungen durch die häusliche Pflege und gesundheitliche Auswirkungen (insbesondere bei der Pflege von Menschen mit Demenz und anderen kognitiven Einschränkungen)
- Mehrfachbelastungen durch z.B. Kindererziehung, häusliche Pflege und Berufstätigkeit
- Wissen über dementielle Erkrankungen und den Umgang mit Menschen mit Demenz
- Sterben, Tod und Trauer
- Beratungskompetenz in den Bereichen: Pflege- und Wohnberatung, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Nachsorge.

7.1.5 Entlassmanagement / Nachsorgende Angebote für pflegende Angehörige

Um neu Gelerntes dauerhaft zu verankern und Verhaltensänderungen nachhaltig umzusetzen, reicht eine stationäre Maßnahme alleine meist nicht aus, dafür sind Lebensstilveränderungen zu komplex. Bis sich neue Verhaltenspfade zur Routine entwickeln, müssen mehrere Monate veranschlagt werden⁶⁶. Es ist also wichtig, dass pflegende Angehörige auch nach der stationären Maßnahme noch Unterstützung durch qualifizierte Berater*innen und Therapeut*innen und/oder durch Selbsthilfegruppen erfahren, um ihre Ziele dauerhaft zu erreichen. Denn die Gefahr, vom Pflegealltag direkt wieder vereinnahmt zu werden, ist groß.

Nachsorgende Angebote für pflegende Angehörige können z.B. sein:

- Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige am Wohnort (oder ortsnah). Umfassende Informationen erteilen die Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe (KoPs) oder sind auf der Website der Pflegeselbsthilfe⁶⁷ zu finden.
- Telefonische und Online-Nachsorgegruppen für pflegende Angehörige (wo vorhanden).⁶⁸
- Kur-Nachsorgeprogramm des AWO Bezirksverbands Ostwestfalen-Lippe e.V.⁶⁹ im Anschluss an eine stationäre Vorsorgemaßnahme. Hier erfolgt durch telefonische Beratungsgespräche eine Unterstützung bei der konkreten Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen zu Hause.
- Nachsorgebetreuung durch eine/n Case Manager*in für pflegende Angehörige. Dieses Angebot wurde im Rahmen des PuRpA-Verbundes im Modellprojekt "Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige" entwickelt. Das Angebot steht allerdings derzeit nicht flächendeckend zur Verfügung.⁷⁰

⁶⁶ Siehe: Knorr, H. (2016). Wie lange dauert es tatsächlich, um eine neue Gewohnheit zu etablieren?

⁶⁷ Siehe: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). (n.n.). Pflegeselbsthilfe NRW. Gruppenangebote.

⁶⁸ Siehe: Berwig, M. (n.n.). Redezeit-REHA. Telefonische Nachsorgegruppen für pflegende Angehörige. Förderprojekt Innovationsausschuss G-BA.

⁶⁹ <https://awo-gesundheitsservice.de/was-wir-bieten/kuren/kur-nachsorgeprogramm/>

⁷⁰ Siehe: Projektbericht zu PuRpA-2 „Konzeptentwicklung Case Management für pflegende Angehörige“, Dez. 2023

Darüber hinaus gibt es weitere Nachsorgeangebote, die aber nicht speziell auf pflegende Angehörige ausgerichtet sind

- Die Deutsche Rentenversicherung bietet spezielle Nachsorgeprogramme an, z. B. die Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (IRENA), die Reha-Nachsorge im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation (Psy-RENA) und die Trainingstherapeutischen Rehabilitationsnachsorge T-RENA. (Diese Programme sind bisher allerdings nicht speziell auf pflegende Angehörige ausgerichtet).
- Caspar Health - multimodales Tele-Reha-Nachsorgeangebot.⁷¹ Die Tele-Reha-Nachsorge mit der Online-Therapieplattform Caspar ist ein nach den Anforderungen der Deutsche Rentenversicherung erstelltes multimodales Konzept und seit dem 01.01.22 unbefristet anerkannt von DRV und KBS. (Dieses Angebot ist nicht speziell auf pflegende Angehörige zugeschnitten).
- Empfehlung von Selbsthilfeprogrammen und digitalen Gesundheitsanwendungen, z. B.:
 - Online Selbstmanagement moodgym („Fitness für die Stimmung“)⁷²
 - Anerkannte digitale Gesundheitsanwendungen⁷³:
 - deprexis - zur Therapieunterstützung bei Depression
 - HelloBetter - Stress und Burnout
 - Somnio - zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen

Alles Wissenswerte über digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind auf der Website des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu finden.⁷⁴

7.1.6 Empfehlung: Mitgliedschaft im Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)

Im Netzwerk SpiG haben sich Gesundheitseinrichtungen, Organisationen und Privatpersonen zusammengeschlossen, die das patientenorientierte Handeln von Gesundheitseinrichtungen durch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen fördern wollen.

Kernelement der Netzwerkarbeit ist das Konzept der „Selbsthilfefreundlichkeit“. Es beschreibt praxisnah wie Kooperationen zwischen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfekontaktstellen und Gesundheitseinrichtungen strukturiert aufgebaut und systematisch gestaltet werden können. Das Konzept wurde gemeinsam von Akteuren der Selbsthilfe und Vertretern verschiedener Gesundheitseinrichtungen entwickelt und berücksichtigt daher sowohl die organisationspezifischen Anforderungen von Krankenhäusern, Rehakliniken und Arztpraxen als auch die der Selbsthilfe.

Die Qualitätskriterien für eine selbsthilfefreundliche Reha und Vorlagen für eine erste Selbstbewertung findet man auf der Website des Netzwerks.⁷⁵

⁷¹ Siehe: GOREHA GmbH. (n.n.). CASPAR Health - multimodale Tele-Reha-Nachsorge.

⁷² Siehe: ehub Health Pty Ltd. (n.n.). Moodgym. Aktiv aus der Depression.

⁷³ Siehe: DiGA-Verzeichnis im Internet: <https://diga.bfarm.de/de>.

⁷⁴ Siehe: https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/_node.html.

⁷⁵ Siehe: Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG). (n.n.). Wie werden Sie selbsthilfefreundlich?

7.2 Behandlungs-Module für pflegende Angehörige

Ein angepasstes Behandlungskonzept für pflegende Angehörige oder bestimmte Subgruppen pflegender Angehöriger (z. B. Mütter/Väter von pflegebedürftigen Kindern, die Menschen mit Demenz pflegen, Young Adult Carer) sollte Leistungen bzw. Behandlungselemente enthalten, die für die Zielgruppe besonders relevant sind und inhaltlich die Bedarfe pflegender Angehöriger aufnehmen.

Behandlungs-Schwerpunkt "Pflegerische Angehörige"

Mit der Übernahme von Pflegeverantwortung stehen pflegende Angehörige vor einer kritischen Lebenssituation mit vielfältigen neuen Aufgaben, die plötzlich bewältigt werden müssen und deren Dauer ungewiss ist (sofern es sich nicht nur um eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit handelt). Es müssen neue Kompetenzen hinsichtlich der notwendigen Pflegeleistungen erworben werden, die Pflege und Betreuung muss im Tagesablauf organisiert werden, der Kontakt zu Ärzten, Kranken- und Pflegekasse muss sichergestellt werden, und vieles mehr. Das alles muss mit den eigenen bisherigen Lebensabläufen und -umständen koordiniert werden. Die eigenen Erwartungen an das Leben, die Familie, die Arbeit und die Freizeit müssen neu justiert werden. Es muss sich damit auseinandergesetzt werden, dass sich die Situation der pflegebedürftigen Person oft nicht mehr bessern lässt oder gar mit einer fortschreitenden Verschlechterung der Gesundheit und einem Verlust von Kompetenzen einhergeht, die letztlich erst mit dem Tod endet. Diese Situation ist mit vielen physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Belastungen verbunden. Nach einer solchen entscheidenden Lebensveränderung können Menschen zu Anpassungsleistungen gezwungen sein, die sie langfristig ohne Hilfe nicht erbringen können. Sie geraten in Zustände von Bedrängnis, subjektiv erlebter Ausweglosigkeit und Hilflosigkeit. Die Belastung kann den Einzelnen oder auch das gesamte soziale Netz überfordern oder beschädigen und zu Gesundheitsproblemen führen.

Stark gesundheitlich belastete und erschöpfte pflegende Angehörige müssen erst wieder lernen, sich selbst wahrzunehmen und was es heißt, die Verantwortung auch für sich selbst und die eigene Gesundheit zu übernehmen. Im Fokus stehen dabei u. a.

- Wissen über die eigene Erkrankung und Verstehen der Zusammenhänge zwischen Krankheit, Fehlhaltungen und krankmachenden Lebensbedingungen (u.a. die häusliche Pflege)
- Selbstmanagementfähigkeiten und Reaktivierung von Ressourcen
- Erarbeiten neuer Kompetenzen für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und die Bewältigung von Krankheitsfolgen und (Alltags-)Problemen
- Achtsamer Umgang mit sich selbst und mit der pflegebedürftigen Person
- Reflexion des eigenen Lebensentwurfs und Ausloten alternativer Handlungskonzepte
- Emotionale Akzeptanz der Lebenssituation

Um hier zielführende Veränderungen zu erreichen, sollten für pflegende Angehörige die therapeutischen Leistungen - unabhängig der individuellen Ausprägung von Überforderungssymptomen und Gesundheitsproblemen - auf folgende Wirkungen abzielen:

- Stärkung der Selbstkompetenz, der Selbstwirksamkeit
- Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz
- Erweiterung des Wissens und der Handlungskompetenz

Basierend auf dem einrichtungsspezifischen multimodalen Konzept, den individuellen Indikationen und den oben aufgeführten Zielsetzungen werden mit neu aufgenommenen pflegenden Angehörigen die individuellen Therapieziele gemeinsam erarbeitet und eine entsprechende individuelle Behandlungs- und Therapieplanung erstellt. Dies gilt für Vorsorge- wie auch Rehabilitationskliniken.

Angebote mit spezifisch auf die Lebenssituation von pflegenden Angehörigen ausgerichteten Inhalten lassen sich in den folgenden Behandlungsbereichen verwirklichen und prinzipiell in jeder Vorsorge- und Rehabilitationsklinik umsetzen.

Eingebunden in die Durchführung ist das gesamte multiprofessionelle Team. Je nach Erfordernis werden die therapeutischen Einheiten von bestimmten Berufsgruppen durchgeführt. In der individuellen Therapieplanung werden diese Elemente dann ergänzt um Einheiten, die nicht unbedingt in einer geschlossenen Gruppe von pflegenden Angehörigen durchgeführt werden müssen.

7.2.1 Therapeutische Angebote für pflegende Angehörige

➤ **Psychologische Begleitung**

Wie schon unter dem Punkt Qualitätskriterien beschrieben, benötigen pflegende Angehörige auch in einer somatischen stationären Maßnahme in der Regel eine intensivere psychologische Begleitung, da vielfach emotionale Störungen, wie Depressivität und Angst, vorliegen.

Eine psychologisch geleitete Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige bietet die Möglichkeit, sich zu belastenden Themen auszutauschen. Notwendige kognitive Umstrukturierungsprozesse für eine funktionale Bewältigung von Belastungen können durch den/die Therapeut*in initiiert und begleitet werden.

Umfassende psychotherapeutische Leistungen sind allerdings nur im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation vorgesehen, trotzdem sollte es auch in einer somatisch ausgerichteten Maßnahme ein psychologisches Einzelgesprächsangebot geben.

➤ **Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining**

Schulungsprogramme zu gesundheitsbezogenen Themen haben aufgrund ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit einen hohen Stellenwert in der Rehabilitation und in der Vorsorge.

Im Bereich der Rentenversicherung steht z.B. das Gesundheitsbildungsprogramm "Aktiv Gesundheit fördern" den Einrichtungen zur Verfügung. Das Programmpaket besteht aus einem Grundlagentext und fünf Seminareinheiten zu den Themen: Schutzfaktoren; Essen und Trinken; Bewegung und körperliches Training; Stress und Stressbewältigung; Alltagsdrogen ⁷⁶

- Basis: Indikationsübergreifendes, einführendes Gruppenprogramm

Programm (Vortragsreihe) zu zentralen Themen des Gesundheitsverhaltens (wie z. B. Ernährung, Bewegung, Stress) welches nicht indikationsspezifisch ausgerichtet ist. Hier werden die Grundlagen für eine gesunde Lebensführung behandelt. Für pflegende Angehörige sind insbesondere die Themen "Schutzfaktoren", "Stress" und "Bewegung" von Bedeutung. Diese Einheiten müssen nicht auf pflegende Angehörige zugeschnitten werden.

⁷⁶ Siehe: Deutsche Rentenversicherung Bund. (2021). Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Planung, Umsetzung und Dokumentation. Praxishilfe

- Vertiefung: Gruppenprogramm für pflegende Angehörige

Die Vertiefung sollte für pflegende Angehörige in einem gesonderten Gruppenprogramm erfolgen und viele übende Elemente enthalten, die die häusliche Pflegesituation aufnehmen. Die unten aufgeführten Themen können auch in das Programm der psychologischen Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige integriert werden. Wichtige Themen für pflegende Angehörige sind:

- Stressbewältigung /Achtsamkeitstraining
mit der Zielsetzung, mehr Gelassenheit zu entwickeln im häuslichen Pflegealltag.
- Selbstmanagement
Sich Ziele für Verhaltensänderungen setzen (Krankheitsbewältigung/Gesundheitsförderung), planen wie diese schrittweise erreicht werden können und überlegen, welche Hindernisse dabei im Weg stehen und wie diese überwunden werden können.
- Selbstfürsorge / Genuss- bzw. Wahrnehmungstraining
Lernen sich selbst wieder zu spüren, sich Gutes zu tun, bewusst zu genießen.
- Entspannungstraining
Einüben von Entspannungsverfahren wie z.B. Progressive Muskelrelaxation (PMR) oder Autogenes Training. Diese Einheiten können auch gemeinsam mit anderen Patient*innen in einer gemischten Gruppe durchgeführt werden.

➤ **Zusätzliche Schulungsangebote für pflegende Angehörige**

Die speziell auf pflegende Angehörige ausgerichteten Schulungen sollten die Kompetenzen für eine entlastende Gestaltung des häuslichen Pflegealltags stärken und zu einer Verbesserung der Interaktion im Pflegesetting beitragen. Die Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten kann insbesondere bei der Pflege von kognitiv beeinträchtigten Menschen (z.B. mit dementiellen Erkrankungen) sehr entlastend wirken. Schulungsthemen könnten etwa sein:

- Wie konstruktive Kommunikation den Pflegealltag leichter macht
- Umgang mit Menschen mit Demenz
- Sinnvolle Entlastungsmöglichkeiten für den häuslichen Pflegealltag
- Kinästhetik in der häuslichen Pflege

➤ **Sport- und Bewegungstherapie**

Neben der Verbesserung von körperlichen Fehlhaltungen und Funktionsstörungen und der Steigerung der körperlichen Belastbarkeit, ist für pflegende Angehörige der Aspekt der Körperwahrnehmung und -entspannung zentral. So kann wieder Zugang zum eigenen Körper gefunden werden und Körpersignale können besser wahrgenommen werden. Dadurch wird auch die Selbstwirksamkeit gestärkt.⁷⁷ Auch hier kann ein therapeutisch angeleitetes Programm in einer geschlossenen Gruppe sinnvoll sein.

⁷⁷ Siehe: Dlugosch, G. (2017). "Der Depression Beine machen" – Endbericht zur Projekt-Evaluation.

➤ **Rekreationstherapie**

Die Rekreationstherapie umfasst alle Maßnahmen, die im weiteren Sinne der Stärkung, Erholung und dem Üben von sozialen Kompetenzen dienen. Sie gehört zumeist in den Bereich einer aktiven und sinnvollen Freizeitgestaltung und soll Anregungen bieten für eine ausgewogene Lebensführung.

Da hochbelastete pflegende Angehörige meist keine Freizeit mehr kennen, spielt die Rekreationstherapie eine wichtige Rolle für eine gesundheitsförderliche Lebensgestaltung. Daher sollten für pflegende Angehörige möglichst auch Aktivitäten im geschlossenen Gruppenzusammenhang angeboten werden. So können die sozialen Kontakte in der Gruppe weiter gefestigt und wieder Freude an Aktivitäten mit anderen entwickelt werden, die sich auch nach der stationären Maßnahme im Pflegealltag umsetzen lassen.

➤ **Soziale Beratung für pflegende Angehörige**

Neben individuellen Beratungsterminen, in denen es um den speziellen Einzelfall geht, können wichtige Informationen für pflegende Angehörige auch im Gruppenzusammenhang vermittelt werden und an unterschiedliche Zielgruppen von pflegenden Angehörigen adressiert sein. Hierzu gehören u.a. die folgenden Themen:

- Leistungsrechtliche Ansprüche (Pflege-, Kranken-, Rentenversicherung, u.a.)
- Entlastungsleistungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege
- Entlastung und Hilfe für Familien mit pflegebedürftigen/m Kind(ern)
- Sozialberatung für Young (Adult) Carer
- Nachsorgende Angebote für pflegende Angehörige,⁷⁸ z.B.:
 - Allgemein sinnvolle Angebote für alle pflegenden Angehörigen (z.B. Selbsthilfegruppen)
 - Angebote für Menschen, die eine demenziell erkrankte Person pflegen^{79, 80}
 - Angebote speziell für Mütter/Väter mit pflegebedürftigen Kindern⁸¹
 - Angebote für Young (Adult) Carer

7.2.2 Stärkung von Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz und Selbstfürsorge

Aus den beschriebenen Behandlungselementen können Vorsorge- und Rehabilitationskliniken ein Behandlungspaket für pflegende Angehörige zusammenstellen und dieses bei Bedarf auch auf bestimmte Gruppen pflegender Angehöriger zuschneiden.

Die Zusammenstellung der Behandlungsmodule/Therapieeinheiten soll dabei die Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz in Bezug auf die Belastungs- und Krankheitsbewältigung stärken und die Selbstfürsorgekompetenz pflegender Angehöriger ausbauen.

Im Folgenden wird darauf näher eingegangen und in einer exemplarischen Übersicht werden Module den beabsichtigten Wirkungen zugeordnet.

⁷⁸ Siehe dazu auch Kapitel 7.1.4. Entlassmanagement/Nachsorge.

⁷⁹ Siehe: z.B. Wilz, G., et al. (n.n.). Tele.TANDem.Online - Internetbasierte Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz.

⁸⁰ Z.B. über die Alzheimer Gesellschaft Nordrhein-Westfalen

⁸¹ Siehe: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). Wegweiser für Familien mit einem behinderten oder chronisch kranken Kind.

Stärkung der Selbstwirksamkeit

Unter Selbstwirksamkeit (self-efficacy beliefs) versteht man die Überzeugung einer Person, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Ein wesentlicher Faktor ist dabei die Annahme, dass man als Person gezielt Einfluss auf die Dinge und die Welt nehmen kann, in der Psychologie als Kontrollüberzeugung bezeichnet. Menschen mit einem starken Glauben an die eigene Kompetenz zeigen größere Ausdauer bei der Bewältigung von Aufgaben, haben weniger Angststörungen und Depressionen bzw. weisen mehr Erfolge in der Ausbildung und im Berufsleben auf. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung liefert die Motivation, Ziele auch gegen Widerstände und Hindernisse zu verfolgen.⁸²

Das Konzept Selbstwirksamkeit wurde von Albert Bandura in den 1980er Jahren im Rahmen seiner sozial-kognitiven Lerntheorie⁸³ entwickelt. Bandura zeigt, dass Menschen meistens nur dann eine Handlung beginnen, wenn sie überzeugt sind, dass sie diese Handlung auch erfolgreich ausführen können. Er spricht von Selbstwirksamkeits-Überzeugung oder Selbstwirksamkeits-Erwartung.

Selbstwirksamkeit kann durch Erfolgserlebnisse, Vorbilder, Umfeld und Interpretation von Emotionen gefördert werden. Das Selbstwirksamkeitskonzept findet heute in viele Bereichen Anwendung, u.a. im Leistungssport, in der Gesundheitsprävention und der Therapie von psychischen Störungen.

Selbstwirksamkeit beeinflusst also, ob Personen eine Verhaltensänderung (z. B. mehr Bewegung) überhaupt in Erwägung ziehen, ob sie es schaffen, die Verhaltensänderung zu realisieren, sie langfristig beizubehalten und mit Schwierigkeiten und Rückschlägen umzugehen. Die Förderung einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung ist somit auch für pflegende Angehörige der Dreh- und Angelpunkt für eine gelingende Bewältigung ihrer Gesundheitsprobleme und eine Neuausrichtung des Gesundheitsverhaltens.

Positive Selbstwirksamkeitserwartungen lassen sich in therapeutischen Einheiten fördern durch:

- Das Setzen realistischer (Nah-)Ziele, die mit den eigenen Fähigkeiten erreicht werden können.
- Das Schaffen von vielen Erfolgserlebnissen durch kleine Schritte zur Zielerreichung.
- Das Erarbeiten individueller Problemlösungen.
- Vermittlung von indirekten, stellvertretenden Erfolgserlebnissen durch die Beobachtung einer erfolgreichen Problem- oder Situationsbewältigung von anderen Personen.
- Eine angemessene Ermunterung und eine hilfreiche fachliche/emotionale Unterstützung – durch Therapeut*innen, Kursleiter*innen, andere Patient*innen.

Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit tragen auch folgende Interventionen bei:

- Kognitive Umstrukturierung^{84, 85}
Verzerrte, dysfunktionale Wahrnehmungen und Denkmuster aufdecken und durch realitätsnahe und funktionale ersetzen (in einer Gruppen- oder Einzeltherapie)
- Ressourcenaktivierung⁸⁶
Bereits vorhandene Fähigkeiten und Kompetenzen wieder in Erinnerung bringen und das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit reaktivieren. Die erfolgreiche Aktivierung von Ressourcen führt zu einer positiveren Selbstwahrnehmung, einem gesteigerten Selbstbewusstsein und höherer Motivation. Ressourcenaktivierung wird dabei vom Vorsorge-/Rehateam als Methode in möglichst allen therapeutischen Einheiten angewendet.

⁸² Siehe: Stangl, W. (2022). Selbstwirksamkeitserwartung.

⁸³ Siehe: Bandura, A. (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie.

⁸⁴ Siehe: Einsle, F., & Hummel, K. (2015). Kognitive Umstrukturierung - Techniken der Verhaltenstherapie.

⁸⁵ Siehe z.B.: Wilz, G., et al. (2015). Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm.

⁸⁶ Siehe: Gruber, T. (2020). Therapie-Tools Ressourcenaktivierung.

Stärkung der Handlungskompetenz

Handlungskompetenz ist die persönliche Befähigung, zielstrebig, aufgabengerecht und sozial angemessen zu agieren. Sie setzt sich zusammen aus Selbstkompetenz, Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und Fach- oder Sachkompetenz.⁸⁷

In der stationären Vorsorge- oder Rehabilitation wird die Handlungskompetenz in allen therapeutischen Einheiten auf unterschiedliche Weise gestärkt: z.B. durch Wissensvermittlung, Wahrnehmungsschulung, Einüben neuer und gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, u. a. m.

Abbildung 1 – Handlungskompetenz⁸⁸



Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz

Selbstfürsorge zielt auf die Förderung des eigenen Wohlbefindens ab und bedeutet, achtsam und respektvoll mit sich umzugehen, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu kennen und zu verfolgen, Belastungsgrenzen zu respektieren, sich Gutes zu tun, Freiräume zu schaffen, schöne Dinge alleine und mit anderen zu unternehmen und eine gute Balance aus Belastung und Ausgleich zu schaffen.

Die Selbstfürsorgekompetenz wird in der stationären Vorsorge oder Rehabilitation in verschiedenen Bereichen und durch verschiedene therapeutische Einheiten gestärkt. Dazu gehört z. B. Gesundheitsbildung, die Gruppentherapie zu den Themen Selbstmanagement, Stressmanagement und Achtsamkeitstraining, Genusstraining, Bewegungsangebote, Rekreationstherapie.

Abbildung 2 - Selbstfürsorge im Alltag⁸⁹



⁸⁷ Siehe: Universität Osnabrück. (n.n.). Schlüsselkompetenzen.

⁸⁸ Siehe: Landsiedel NLP Training. (2022). Abbildung aus: Handlungskompetenz.

⁸⁹ Siehe: Beste, B. (April 2019). Abbildung aus: Selbstfürsorge im Alltag – Weil ich es (mir) wert bin!.

7.2.3 Exemplarische Übersicht - Behandlungselemente und Wirkung

Behandlungselemente	Stärkung der Selbst-wirksamkeit	Stärkung der Selbstfürsorge	Erweiterung der Handlungs-kompetenz	
Gesundheitsbildung/-training				Beispiele
Indikationsübergreifende Ba-siselemente: <ul style="list-style-type: none"> - Schutzfaktoren (Was hält gesund) - Essen und Trinken - Bewegung - Stress(-bewältigung) - Alltagsdrogen 	X		X	DRV Bund: Patienten-schulungen in der medi-zinischen Rehabilita-tion. Praxishilfe.
Vertiefung in einer geschlosse-nen Gruppe:				
<ul style="list-style-type: none"> - Selbstmanagement 	x		x	DRV Bund: Curriculum Generische Selbstma-nagement Module - SelMa Hier sollten die Bei-spiele und Übungen auf pflegende Angehörige angepasst werden.
<ul style="list-style-type: none"> - Stressbewältigung und Achtsamkeitstraining 	X	X	X	Kaluza: Stressbewälti-gung Kabat-Zinn: MBSR und Body Scan
<ul style="list-style-type: none"> - Entspannungstraining 	X	X	X	Jacobsen: PMR Autogenes Training
<ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmungstraining/ Genustraining 	X	X	X	z. B. Koppenhöfer: Kleine Schule des Ge-nießens
Patientenschulungen für pfl-e-gende Angehörige, z.B.				Schulungsmanuale von Expert*innen ausarbei-ten lassen Patientenschulungen/-Seminare könnten z.B. auch von externen Ex-pert* innen durchge-führt werden
<ul style="list-style-type: none"> - Was ist Demenz 			X	
<ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit Menschen mit Demenz 	X		X	
<ul style="list-style-type: none"> - Konstruktive Kommunika-tion im Pflegealltag 	X		X	
<ul style="list-style-type: none"> - Kinästhetik in der häuslichen Pflege 	X		X	
<ul style="list-style-type: none"> - Entlastungsmöglichkeiten für den Pflegealltag 	X		X	

Behandlungselemente	Stärkung der Selbstwirksamkeit	Stärkung der Selbstfürsorge	Erweiterung der Handlungskompetenz	
<p>Psychologisch begleitete Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige (ergänzt durch ein Einzelgesprächsangebot)</p>	X		X	Auseinandersetzung mit den eigenen Belastungen, mit schambelegten Themen im Pflegealltag, mit Trauer u.ä.; Erarbeiten von Bewältigungsstrategien; Initiieren notwendiger Verhaltensänderungen
<p>Sport- und Bewegungstherapieangebote für pflegende Angehörige, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lauf- o. Walking-Gruppe - Bewegung im Wasser - Bewegung zu Musik <p>(je nach Altersdurchschnitt der Gruppe entsprechend angepasste Angebote)</p>	X	X	X	Hier sind u.a. für pflegende Angehörige wichtige Aspekte, den eigenen Körper aktiv wahrnehmen und Freude an Bewegung gemeinsam mit anderen erleben
<p>Rekreationstherapie, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kreativangebote - Spiel und Spaß - Ausflüge/Erlebnistouren 	X	X	X	Freie Zeit genießen, regenerieren, Freude an gemeinsamer Aktivität, Sozialkontakte knüpfen, Entspannung erleben
<p>Soziale Beratung, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leistungsrechtliche Ansprüche (Sozialgesetz) - Entlastungsleistungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege - Entlastung und Hilfe für Familien mit pflegebedürftigen/m Kind(ern) - Sozialberatung für Young (Adult) Carer - Nachsorgeangebote für pflegende Angehörige 	X		X	<p>Wissen erweitern zu gesetzlichen Ansprüchen und Möglichkeiten für eine Entlastung im Pflegealltag.</p> <p>Informationen erhalten zu nachsorgenden Angeboten am Wohnort</p>

8 Implementation

Für die Umsetzung muss jede interessierte Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik das vorliegende Rahmenkonzept für die eigene Einrichtung adaptieren. Dies gelingt am besten, wenn auf Basis des einrichtungsspezifischen Vorsorge- oder Rehabilitationskonzeptes und der indikationsspezifischen Behandlungskonzepte eine Maßnahmenbeschreibung für eine zielgruppenspezifisches Behandlungsprogramm für pflegende Angehörige oder Subgruppen von pflegenden Angehörigen inklusive einer Mustertherapieplanung erstellt wird.

In den Rehabilitationskliniken, in denen das vorliegende Rahmenkonzept erprobt wurde, befasste sich ein vom Leitungsteam beauftragter Personenkreis mit der Ausarbeitung des Behandlungskonzeptes für pflegende Angehörige. Dazu ist es unbedingt erforderlich, sich im Vorfeld mit der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen, ihrer Lebenswelt und ihren Belastungen intensiv auseinander zu setzen und die beteiligten Mitarbeiter*innen der einzelnen Abteilungen entsprechend zu schulen.

Für diesen Prozess sollte ausreichend Zeit eingeplant werden. Es ist davon auszugehen, dass mehrere Wochen benötigt werden, um das klinkindividuelle Behandlungsprogramm für pflegende Angehörige detailliert auszuarbeiten, Mitarbeiter*innen zu schulen und die notwendigen Anpassungen bei den organisatorischen Abläufen vorzunehmen. So müssen Aufnahmeunterlagen für pflegende Angehörige ergänzt werden, um Fragen zur Pflegesituation und dem Belastungsempfinden; Behandlungselemente sind ggf. inhaltlich anzupassen und das Entlassmanagement muss ebenfalls auf Anpassungsbedarf hin überprüft werden. Hier sollte vor allem der Sozialdienst die notwendigen Informationen zu nachsorgenden Angeboten speziell für pflegende Angehörige zusammengetragen haben. Zudem müssen Fortbildungen für das Team organisiert werden, damit pflegende Angehörige, die an dem Behandlungsprogramm teilnehmen, kompetente Mitarbeiter*innen vorfinden, die mit der Situation und den speziellen Belastungen von pflegenden Angehörigen bestens vertraut sind.

Wir empfehlen, dass die interessierten Vorsorge-/Rehabilitationskliniken einen Qualitätszirkel "Pflegende Angehörige" einrichten bzw. diesen Tagesordnungspunkt fest auf die Agenda der Qualitätsarbeit setzen. Die Implementation des neuen Angebotes sollte durch die zuständigen Mitarbeiter*innen für das Qualitätsmanagement begleitet werden. Die Umsetzungsmaßnahmen sollten regelmäßig in den Besprechungen reflektiert und notwendige Anpassungen initiiert werden.

Zudem empfehlen wir, eine/n Ansprechpartner*in für dieses neue Angebot in der Einrichtung zu etablieren, so dass sowohl Mitarbeiter*innen wie auch Patient*innen jemanden vorfinden, der/die alle Fragen zum Behandlungsprogramm für pflegende Angehörige beantworten kann.

Die an der Erprobung des Rahmenkonzeptes beteiligten Einrichtungen im Bereich der Orthopädie hatten sich entschieden, für Patient*innen, die pflegende Angehörige sind, spezielle therapeutische Einheiten zusätzlich zum Standardtherapieprogramm anzubieten, um auf jeden Fall die Reha-Therapiestandards (RTS) der Deutschen Rentenversicherung zu erfüllen. Grundsätzlich ist es aber auch denkbar, die Behandlungsprogramme so zu gestalten, dass keine zusätzlichen Therapieeinheiten erforderlich sind, sondern bestimmte Therapieeinheiten ersetzt werden durch speziell auf die Zielgruppe angepasste Therapieeinheiten. Dazu wird es aber erforderlich sein, dass immer eine ausreichend große Gruppe pflegender Angehöriger gleichzeitig aufgenommen wird, um die vorgesehenen Therapieeinheiten auch sinnvoll füllen zu können.

Vorsorge-/Rehabilitationskliniken, die ein Angebot speziell für pflegende Angehörige auflegen wollen, müssen zudem die Zeit für die Genehmigung des Schwerpunktkonzeptes durch die Kostenträger einplanen. Hier ist, vor allem bei notwendigen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, mit einer längeren Vorlaufzeit zu rechnen. Zur Refinanzierung siehe Kapitel 7.2 des PuRpA-1 Projektberichtes.

Quellenverzeichnis⁹⁰

- "Pausentaste". (2021). *Für Fachleute. Unterstützung und hilfreiche Informationen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Von <https://www.pausentaste.de/fuer-fachleute/> abgerufen
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BARMER (Hrsg.). (2017). *Abbildung "Pflegerische Angehörige kränker als nicht Pflegerische" nach: Rothgang, H., & Müller, R. (2018). Barmer Pflegereport 2018*. Abgerufen am 27. 11. 2023 von <https://www.barmer.de/blob/314062/7e2ab4154be029e361de610e55638e99/data/infografik-3-pflegerereport-2018.jpg>
- Berwig, M. (n.n.). *Redezeit-REHA. Telefonische Nachsorgegruppen für pflegende Angehörige*. Förderprojekt Innovationsausschuss G-BA. Laufzeit: 01.03.2018 - 28.02.2021. Von <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/redezeit-reha-telefonische-nachsorgegruppen-fuer-pflegerische-angehoerige.146> abgerufen
- Beste, B. (April 2019). *Abbildung aus: Selbstfürsorge im Alltag – Weil ich es (mir) wert bin!* Von https://www.tollabea.de/wp-content/uploads/2019/04/Selbstfuersorge_im_alltag_methoden_mamas.jpg abgerufen
- Bestmann, B., Wüstholtz, E., & Verheyen, F. (2014). *Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen*. WINEG Wissen 04, Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Böhler, M. (Dez. 2023). *Projektbericht PuRpA-Modellprojekt 1 „Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“*. Dortmund.
- Bohnet-Joschko, S. (Hrsg.). (2020). *Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige*. Bericht, Witten. Von <https://www.angehoerigenpflege.info/bericht/> abgerufen
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand - Manual*. Hogrefe.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.). (2018). *Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX. Gemeinsame Empfehlung*. Frankfurt/Main. Von <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produktdetails/produkt/135.html> abgerufen
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.). (2021). *Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation*. Rahmenempfehlungen. Allgemeiner Teil, Frankfurt/Main. Von https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/MedRehaAllgemein.web.pdf abgerufen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). *Wegweiser für Familien mit einem behinderten oder chronisch kranken Kind*. Von <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/behinderung/wegweiser-behinderung/#> 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.
- Deck, R. et al. (2019). Rehabilitation mit einem demenzkranken Angehörigen: Ergebnisse einer längsschnittlichen Beobachtungsstudie. *Die Rehabilitation*, 58 (2), S. 89–95.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2018). *Pflegerische Angehörige von Erwachsenen. S3-Leitlinie*. AWMF-Register-Nr. 053-006 DEGAM-Leitlinie Nr. 6, Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (01.01.2018). *Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen*. Dezernat 8023.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (20.10.2021). *Curriculum Generische Selbstmanagementmodule (SelMa)*. Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitsstraining/generische_Selbstmanagementmodule_SelMa.html abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (April 2009). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der deutschen Rentenversicherung. (3. Auflage)*. Berlin. Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf?__blob=publicationFile&v=1 abgerufen

⁹⁰ Die Hyperlinks zu den folgenden Online-Auftritten wurden zuletzt geprüft am: 06.12.2023

- Deutsche Rentenversicherung Bund. (September 2014). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/psychische_komorbiditaet.html abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2015). *KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Broschüre, Berlin. Von www.ktl-drv.de abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (2021). *Patientenschulungen in der medizinischen Rehabilitation. Planung, Umsetzung und Dokumentation. Praxishilfe*. 3. Auflage. Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitsstraining/Praxishilfe_Gesundheitsstraining.html abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (Juli 2023). *Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen*. Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/sstrukturqualitaet_reha_fachabteilungen.html abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). *Anforderungsprofile für Reha-Einrichtungen*. Von <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Anforderungsprofile/anforderungsprofile.html> abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). *Ganztagig ambulant oder stationär*. Von https://www.rehainfo-aerzte.de/de/Navigation/40_Reha_1x1/01_Medizinische_Reha/01_ambulant_oder_stationaer/ambulant_oder_stationaer_node.html abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). *Konzepte & Positionspapiere*. Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Konzepte-und-Positionspapiere/konzepte_positionspapiere.html abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). *Reha-Qualitätssicherung*. Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/reha-qualitaetssicherung_node.html abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). *Serviceseite für niedergelassene Ärzte*. Von <https://www.rehainfo-aerzte.de> abgerufen
- Deutsche Rentenversicherung Bund. (n.n.). *Sozialmedizinische Begutachtung*. Von <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Aerzte/Begutachtung/begutachtung.html> abgerufen
- Dlugosch, G. (2017). *"Der Depression Beine machen" – Endbericht zur Projekt-Evaluation*. Zentrum für empirische pädagogische Forschung (Hrsg.), Landau.
- Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., & Gellert, P. (2021). Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, *Pflegereport 2021. Sicherstellung der Pflege*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK, Springer Open.
- Einsle, F., & Hummel, K. (2015). *Kognitive Umstrukturierung - Techniken der Verhaltenstherapie* (Bd. Reihe "Techniken der Verhaltenstherapie"). (P. Neudeck, Hrsg.) Weinheim, Basel: Beltz.
- 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>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (18.03.2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie).
- GesundheitsService AWO GmbH. (n.n.). *Kur-Nachsorgeprogramm*. Von <https://awo-gesundheitsservice.de/was-wir-bieten/kuren/kur-nachsorgeprogramm/> abgerufen
- GKV-Spitzenverband. (01.06.2008). *Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V*. Von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/qualitaetsmanagement/2023-11-17_QS-Reha_Vereinbarung_137d_Abs_124_SGB_V.pdf abgerufen
- GKV-Spitzenverband. (12.08.2020). *Das QS-Reha®-Verfahren*. Von https://www.qs-reha.de/das_qs_reha_verfahren/das_qs_reha_verfahren.jsp abgerufen

- GKV-Spitzenverband; AOK-Bundesverband GbR; BKK Dachverband e.V.; IKK e.V.; SVLFG; KNAPPSCHAFT; vdek. (08.05.2019). *Gemeinsames Rundschreiben vom 08.05.2019 zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V.*
- GOREHA GmbH. (kein Datum). CASPAR Health - multimodale Tele-Reha-Nachsorge. Abgerufen am Januar 2022 von <https://caspar-health.com/de-de/kliniken>
- Gräßel, E. (2001). *Häusliche Pflege-Skala HPS: zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen* (2. Ausg.). VLESS.
- Gräßel, 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.
- Gruber, T. (2020). *Therapie-Tools Ressourcenaktivierung*. Weinheim Basel: Beltz.
- Hertle, D., Lüken, F., Trümner, A., & Veit, C. (2015). Stationäre Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige – eine Sondierung der Angebote in Deutschland. *Die Rehabilitation, Nr. 03* (Jg. 54), S. 146-152.
- 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 Gesundheits*. Düsseldorf: BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH.
- Hetzel, C., Schreiner, S., Michel, W. et al. (2021). Konzept eines einwöchigen Gesundheitsprogramms für pflegende Angehörige gemeinsam mit ihrer pflegebedürftigen Person – „Pflegetandem“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(3), S. 234–241. Von <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00> abgerufen
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2016). *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO); Schattauer Verlag.
- Janson, M. (2020). *Häusliche Pflege mehrheitlich in Frauenhand*. Von <https://de.statista.com/infografik/21576/anteil-der-informell-pflegeleistenden-in-deutschland-nach-alter-und-geschlecht/> abgerufen
- Kabat Zinn, J. (2019). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR* (4. Ausg.). Knauer MensSana Taschenbuch.
- Kalisch, R. (2017). *Der resiliente Mensch: Wie wir Krisen erleben und bewältigen. Neueste Erkenntnisse aus Hirnforschung und Psychologie*. München/Berlin: Berlin Verlag.
- 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). (DAK-Gesundheit, Hrsg.) Hamburg/ Freiburg: medhochzwei Verlag.
- Klie, T. (2022). *Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven* (Bd. 41). (DAK-Gesundheit, Hrsg.) Hamburg/ Freiburg: medhochzwei Verlag.
- 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
- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Pabst Science Publishers.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). (n.n.). *Pflegeselbsthilfe NRW. Gruppenangebote*. Von <https://pflegeselbsthilfe.de/gruppenangebote/> abgerufen
- Landsiedel NLP Training. (2022). *Abbildung aus: Handlungskompetenz*. Von <https://www.landsiedel-seminare.de/coaching-welt/images/handlungskompetenz.webp> abgerufen
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Hrsg.). (2021). *Begutachtungsanleitung - Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V - Vorsorge und Rehabilitation*. Essen.
- mementor DE GmbH. (kein Datum). somnio - Die App auf Rezept bei Schlafstörungen. Abgerufen am November 2021 von <https://somnia.io>

- Metzing, S. (2018). *Abschlussbericht zum Projekt "Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige"*. Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.
- Modellprojekt der Universität Leipzig KÖR - Medizinische Fakultät. (2018-2021). Redezeit-REHA – Telefonische Nachsorgegruppen für pflegende Angehörige. Von <https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/tagesklinik-neurologie/Seiten/demenz.aspx> abgerufen
- Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG). (n.n.). *Wie werden Sie selbsthilfefreundlich?* Von <https://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/gesundheitsseinrichtungen/selbsthilfefreundlich-werden/> abgerufen
- Raffelhüschen, B., & Bahnsen, L. (Oktober 2020). *Pflegende Angehörige - Zufriedenheit und andere ausgewählte Aspekte - "Pflegebarmometer"*. (Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Hrsg.)
- Rohmert, W., & Runtenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen*. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- 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.
- 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 V. (1988). *§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_111.html abgerufen
- SGB V. (1988). *§ 111a Versorgungsverträge mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_111a.html abgerufen
- SGB V. (1988). *§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Abs. 3*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_40.html abgerufen
- SGB V. (1988). *§23 Medizinische Vorsorgeleistungen*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_23.html abgerufen
- SGB VI. (1990). *§ 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_15.html abgerufen
- SGB VI. (1990). *§ 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/_9.html abgerufen
- SGB XI. (1994). *§ 19 Begriff der Pflegepersonen*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_19.html abgerufen
- SGB XI. (1994). *§ 42 Kurzzeitpflege*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_42.html abgerufen
- SGB XI. (1994). *§14 Begriff der Pflegebedürftigkeit*. Von https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_14.html abgerufen
- SGB-XI. (2021). *§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson*.
- Stangl, W. (2022). *Selbstwirksamkeitserwartung*. Online-Enzyklopädie aus den Wissenschaften Psychologie und Pädagogik. Von <https://lexikon.stangl.eu/2377/selbstwirksamkeitserwartung/#> abgerufen
- Universität Osnabrück. (n.n.). *Schlüsselkompetenzen*. Von <https://www.uni-osnabrueck.de/studium/im-studium/professionalisierung/schluessselkompetenzen/> abgerufen
- Wilz, G., Schinköthe, D., & Kalytta, T. (2015). *Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm* (1. Ausg.). Hogrefe.

Sonderkapitel "Young Carer"

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Thema „minderjährige pflegende Angehörige“ und beschäftigt sich mit der Definitionslage, den Belastungen und Ansatzpunkten zur Entlastung. Bestehen bereits Gesundheitsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten kann auch eine (stationäre) Rehabilitationsmaßnahme für Kinder- und Jugendliche sinnvoll sein.

Die Quantifizierung dieser Zielgruppe ist schwierig, da sie nicht offiziell als Pflegepersonen erfasst werden. Im Abschlussbericht zum Projekt „Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“ werden die Ergebnisse der Studie auf den gesamtdeutschen Bevölkerungsstand übertragen. Danach sind schätzungsweise 478.915 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren in Deutschland in Pflegeverantwortung, sowie 95.919 allein in Nordrhein-Westfalen. ¹

Definition "Young Carer"

Minderjährige leisten, oftmals von der nahen Umwelt und institutionellen Einrichtungen unentdeckt, für ihre pflegebedürftigen Angehörigen vielfältige Hilfen und sind ständig für die nahestehende Person in Bereitschaft. ² Für diese minderjährigen pflegenden Angehörigen hat sich der aus dem englischsprachigen Raum stammende Begriff „Young Carer“ auch in Deutschland etabliert. Bei Frech et al. findet sich folgende Beschreibung:

„Young Carer sind junge Menschen bis 18 Jahre, die eine Person – oder mehrere –, der sie sich verbunden und/oder verpflichtet fühlen, über längere Zeit und in wesentlichem Ausmaß in der Bewältigung des Alltags unterstützen, sofern diese aufgrund von psychischer und physischer Erkrankung, Beeinträchtigung, Sucht oder altersbedingter Veränderung auf Unterstützung angewiesen ist. Sie übernehmen dabei ein hohes Maß an Verantwortung, das normalerweise mit Erwachsenen in Verbindung gebracht wird. Die übernommene Unterstützung lässt sich Tätigkeitsbereichen zuordnen, die als körperbezogene, emotionale sowie medizinisch/therapeutische Unterstützung für die erkrankte Person; Haushaltstätigkeiten; Aufgaben außerhalb des Haushalts; Unterstützung/Betreuung gesunder Familienangehöriger; Verantwortung für sich selbst kategorisiert werden können und finden in einzelnen, meist jedoch in mehreren dieser Bereiche statt. Diese Unterstützung findet häufig im Verborgenen statt und wird oftmals vom persönlichen Umfeld, von Fachpersonen sowie von der Öffentlichkeit kaum beachtet.“³

Über eine Befragung der 12 bis 17 Jährigen im Jahr 2016 zum Thema „Pflege“ sowie „pflegebedürftige Angehörige“ schätzt das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), dass hochgerechnet etwa 230.000 12 bis 17 Jährige in Deutschland regelmäßig substanzielle pflegerische Aufgaben übernehmen. ⁴

*„Welche Bundesbürgerin und welcher Bundesbürger weiß schon, dass rechnerisch in jeder Schulklasse ein*e oder zwei Schüler*innen sitzen, der oder die sich an Pflegeaufgaben in der Familie beteiligt bzw. beteiligen?“⁵*

¹ Siehe: Metzging, S. (2018). Abschlussbericht zum Projekt "Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige", S. 93

² Siehe: ebd., S.9.

³ Siehe: Frech, M., et al. (2019). Wer sind Young Carers? Analyse der Begriffsverwendung im deutschsprachigen Raum und Entwicklung einer Definition, S. 25-26.

⁴ Siehe: Lux, K., Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie, S. 14.

⁵ Klie, T. (2021). Junge Pflege – eine vernachlässigte Wirklichkeit mit großer Relevanz für die Zukunft. Die Essenzen des DAK-Pflegereports 2021, S. 5.

Anhang I

zum Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegenden Angehörigen

Belastungen

Young Carer sind den gleichen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt wie eine erwachsene Person in derselben Situation.⁶ Gleichzeitig müssen sie sich den persönlichen Entwicklungsaufgaben der Pubertät und Adoleszenz-Phase stellen. Beides parallel zu bewältigen, kann schnell zu einer Überforderungssituation führen, vor allem weil die notwendige Begleitung dieser jugendlichen Reifungsprozesse durch die Erziehungsberechtigten aufgrund der familiären Situation meist nur eingeschränkt erfolgen kann.

Die Belastungen sind wie folgt zu kategorisieren:

1. Subjektive Belastung
 - a. durch eigenständige Pflgetätigkeit
 - b. durch Beobachtung der familiären Pflegesituation (krankes Familienmitglied)
 - c. soziales Umfeld (Familie; Schule; soziale Teilhabe; Freizeit)
2. Objektive Belastung
 - a. Umfang und Regelmäßigkeit der pflegerischen bzw. versorgenden Hilfe
 - b. Belastungen der Kernfamilie (z.B. finanzielle Situation)
 - c. Anforderungen durch Schule und soziale Erwartungen

Die unterstützende und pflegerische Leistung von Young Carern geht weit über die übliche Unterstützung von Kindern in Familien ohne Pflegebedarf hinaus. Während es als normal anzusehen ist, dass Kinder eingebunden werden in Haushaltstätigkeiten wie den "Müll raus bringen", "Geschirr abtrocknen", "Zimmer aufräumen" o. ä., geht die Einbindung in die „tägliche Mahlzeitenversorgung“, „An- und Ausziehen“, „Baden“ oder beim „Toilettengang helfen“ weit über normale Haushaltspflichten hinaus.

Aus Rücksichtnahme auf die schon durch die Pflegebedürftigkeit belastete familiäre Situation, stellen Young Carer häufig ihre eigenen Bedürfnisse und Sorgen zurück. Der Fokus liegt stets auf der notwendigen Unterstützung im häuslichen Pflegealltag. Über die eigenen Belastungen und Bedürfnisse wird selten gesprochen. Zudem fehlt Young Carern im Familienalltag oftmals die Zeit und Möglichkeit, um sich zurück zu ziehen, sich um sich selbst zu kümmern, Freundschaften zu pflegen und die eigene Freizeit zu gestalten. Aus ihrem Selbstverständnis von Familie als "Hilfs-Gemeinschaft" übernehmen Young Carer ihre Rolle als helfende Hand und ständige Unterstützung für die pflegebedürftige Person ganz selbstverständlich.⁷ Sie nehmen sich daher häufig nicht als Pflegende wahr.⁸

Eine solch starke Einbindung in die pflegerische Versorgung ist häufig eine Überforderung der Kinder und Jugendlichen und übersteigt ihre individuelle Belastungsgrenze. Als Folge von negativen Stressoren (z. B. Hetze, zeitlicher Druck, wenig Schlaf) können gesundheitliche Probleme und Verhaltensstörungen auftreten.

⁶ Siehe: Projektbericht zum PuRpA-Modellprojek 1, Dezember 2023, Kap. 4-5.

⁷ Siehe: Schön, I. Moeller-Bruker, Ch. & Klie, T. (2021). Lernen und Kümern: Der Alltag junger Pfleger – eine Interviewstudie, S. 107.

⁸ Siehe: Metzging, S. (2017). Pflegende Kinder und Jugendliche. Ein Überblick, S. 9.

Anhang I

zum Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegenden Angehörigen

Zur Erfassung der Belastungen, speziell bei Young Carer, sind Instrumente vonnöten, die altersgerecht sind und Handlungsfelder der minderjährigen Person identifizieren, welche einer Pflegetätigkeit zugerechnet werden kann:

Abbildung A: Kriterien für pflegende Jugendliche, eigene Darstellung des ZQP ⁹

Hilfe	täglich	mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag	ungefähr einmal pro Woche	2- bis 3-mal im Monat	ungefähr einmal im Monat
beim Waschen, Duschen oder Baden	✓	✓	✓	✓	✓
beim Gang zum Arzt oder zu Behörden	✓	✓	✓	✓	
beim Essen (z. B. Essen klein schneiden, Essen anreichern)	✓	✓	✓	✓	
bei der Einnahme von Medikamenten	✓	✓	✓		
beim Einkaufen	✓	✓			
in der Freizeit (z. B. beim Zeitung lesen, Spazieren gehen)	✓	✓			
indem ich mich um meine Geschwister kümmere	✓	✓			
beim Aufstehen oder Gehen	✓				

Eine Option zur ersten gesundheitlichen Einschätzung von Young Carern wurde bereits im Fragebogen der KiFam-Studie genutzt: ¹⁰

Abbildung B: Ausschnitt aus KIDSCREEN-10 Index. Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. 8 bis 18 Jahre. ¹¹

Zu deiner Gesundheit

Wenn du an die letzte Woche denkst...

	überhaupt nicht	ein wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. Hast du dich fit und wohl gefühlt?	<input type="radio"/>				
2. Bist du voller Energie gewesen?	<input type="radio"/>				
3. Hast du dich traurig gefühlt?	<input type="radio"/>				
4. Hast du dich einsam gefühlt?	<input type="radio"/>				
5. Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?	<input type="radio"/>				

⁹ Lux, K., Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie, S. 17-18.

¹⁰ Metzging, S. (2018). Abschlussbericht zum Projekt "Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige", S. 54-55.

¹¹ The KIDSCREEN Group (2004). KIDSCREEN-10 Index. Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Kinder- und Jugendlicheversion 8 bis 18 Jahre für Deutschland.

Anhang I

zum Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegenden Angehörigen

Das Verdrängen der eigenen Sorgen und Belastungen kann zur Manifestation von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien bis in das erwachsene Alter führen und letztendlich zu Erkrankungen. Folgen anhaltender Belastungen bei Young Carer können körperliche und psychische Probleme sein, die sich bis ins Erwachsenenalter verstetigen und verschlimmern können.

Bei Überbelastung durch pflegerische Tätigkeiten sind Leistungseinbußen innerhalb der Schule mit negativen Effekten auf weiterführende Ausbildungs- und Berufschancen zu erwarten. Auch die entwicklungsgemäße soziale Teilhabe des/der Heranwachsenden wird in Mitleidenschaft gezogen, wenn die betroffenen Familien keine adäquate Unterstützung von Außen erfahren.

Die Corona Pandemie hat die Situation weiter verschärft, da aufgrund der Schulschließungen ein wichtiges soziales Umfeld ausgefallen ist und viele soziale Kontakte entfallen sind.¹²

Natürlich ist Pflege nicht nur eindimensional als Last anzusehen.¹³ Allerdings wird im Rahmen des Sonderkapitels der Fokus auf Fälle mit Überbelastung gesetzt.

Bedarfe von Young Carer, z.B.

- Auseinandersetzung mit den Belastungen durch die familiäre Pflege
- Wahrnehmen der eigenen Wünsche und Bedürfnisse
- Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz
- Aufbau sozialer Unterstützung / Einbindung in ein Netzwerk
- Entwicklung eines positiven Lebensentwurfs für die Zukunft (Familie; Schule; soziale Teilhabe; Freizeit)

Ansatzpunkte zur Entlastung

Es bedarf der Aufklärung und Sensibilisierung zum Themenfeld Young Carer, damit pflegende Kinder und Jugendliche sich selbst als Pflege-Person wahrnehmen können, die viel leistet und ebenfalls Anspruch auf Unterstützung hat. Innerhalb der Familie und nach Außen wird der eigene Bedarf an Unterstützung meist nicht kommuniziert, um die prekäre familiäre Situation nicht offensichtlich werden zu lassen. Die eigenen Bedürfnisse und Bedarfe werden häufig unterdrückt.¹⁴

Gleichzeitig fehlt im Umfeld von Young Carern eine Institution, welche den Unterstützungsbedarf erkennen und adäquat reagieren kann.^{15 16} Hier ist es wichtig, dass relevante Institutionen wie Schule, Jugendhilfe und Ärzteschaft, Anzeichen für Belastungen und Überlastungen durch eine Pflegetätigkeit in der Familie erkennen können und sensibel die notwendigen Hilfeleistungen in Absprache mit den Betroffenen einleiten können.

¹² Siehe: Ludwig-Walz, H., et al. (2022) Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis.

¹³ Siehe: Klie, T. (2021). Junge Pflege – eine vernachlässigte Wirklichkeit mit großer Relevanz für die Zukunft, S. 9.

¹⁴ Siehe: Metzging, S. (2018). Abschlussbericht zum Projekt "Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige", S. 9.

¹⁵ Siehe: Lux, K., Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie, S. 14.

¹⁶ Siehe: Bühring, P. (2018). Junge Pflegende: Eine massive Überforderung.

Anhang I

zum Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegenden Angehörigen

Exemplarische Entlastungsangebote mit Fokus auf Young Carer:

- Angebote zur Beratung und Selbsthilfe von öffentlichen und privaten Trägern für Kinder und Jugendliche in Pflegeverantwortung wie "Pausentaste"; "Echt unersetzlich"; "Johanniter Superhands"; "Young Helping Hands"; "Flüsterpost"
- Angebote vom lokalen Jugendamt bzw. Jugendhilfe
- Familienberatung¹⁷
- Elternassistenz: Unterstützung für Eltern mit Behinderung und chronischen Erkrankungen¹⁸
- Stiftung Familienbande („Geschwister behinderter Kinder & kranker Kinder im Mittelpunkt“)

Stationäre Maßnahme für Young Carer

Stationäre Vorsorgeleistungen kommen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in Betracht, wenn eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung erkennbar ist. Sie sind außerdem indiziert bei Verhaltensabweichungen, Neigung zu rezidivierenden Erkrankungen und zur Verhinderung einer Verschlimmerung chronischer Erkrankungen. Hierfür stehen spezielle Vorsorgeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche zur Verfügung.¹⁹ Nach aktuellem Kenntnisstand bietet aber keine Vorsorgeklinik ein Behandlungsangebot für Young Carer an.

Stationäre Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche können bei entsprechender Indikation bis zum 18. Lebensjahr und unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 27. Lebensjahr beansprucht werden. Darüber hinaus besteht eine gleichrangige Zuständigkeit für Kinderrehabilitation zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung (siehe § 40 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15a SGB VI). Als besonders gewichtiger Kontextfaktor für Kinder und Jugendliche sind die familiären Verhältnisse im gesamten Reha-Prozess zu berücksichtigen.²⁰

Für Young Carer ist der Zugang zu einer Rehabilitationsmaßnahme eine besondere Hürde, da hier entweder von den Eltern oder anderen Stellen (wie Ärzt*innen oder Schule) erst einmal Überlastungsreaktionen und Gesundheitsprobleme überhaupt wahrgenommen werden müssen. Hier kommt dem/der behandelnden Ärzt*in eine besondere Bedeutung zu. Eine familienorientierte Rehabilitation könnte hier nicht nur ein sorgendes/pflegendes Kind entlasten, sondern die ganze Familie ins Blickfeld nehmen.²¹

Zielgruppenspezifische stationäre Maßnahmen für Young Carer müssen den Anforderungskriterien für die Kinderrehabilitation entsprechen. Bei der Durchführung der medizinischen Maßnahme sollte neben den Gesundheitsproblemen die besondere Familienkonstellation durch die Pflege einer nahestehenden Person zusätzlich im Fokus stehen und das Behandlungs-Team sollte für die Belastungen der Zielgruppe sensibilisiert sein.

Ziel der ärztlichen und therapeutischen Behandlung innerhalb der stationären Maßnahme ist die Besserung der Gesundheit sowie die Prävention vor weiteren Beschwerden. Entwicklungsangemessene Anpassungen für Kinder und Jugendliche konkretisieren sich im ICF-CY.²²

Die Bedarfe von Young Carer liegen, abgeleitet aus den aktuellen Erkenntnissen, schwerpunktmäßig im psychischen und psychosomatischen Indikationsbereich. Die frühe Überforderung innerhalb der

¹⁷ Siehe: Prognos AG (2021). Familienbildung und Familienberatung in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme.

¹⁸ Siehe: KSL NRW. (07/2020). KSL KONKRET #3. Eltern mit Behinderung. Informationen zu Bedarfslagen, Rechtsansprüchen und Unterstützungsangeboten.

¹⁹ Siehe: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) (18.11.2022). Stationäre Vorsorge.

²⁰ Siehe: Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin [DGSPJ] und Fachgesellschaft für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter (03/2007). Allgemeine Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen [...], S.7.

²¹ Siehe: Metzging, S. (2017). Pflegende Kinder und Jugendliche. Ein Überblick, S. 11; 14.

²² ICF-CY= Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter.

Anhang I

zum Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegenden Angehörigen

vulnerablen Entwicklungsphase verschärft Erkrankungen, welche durch Stress ausgelöst bzw. begünstigt werden. Und die frühe Einbindung in schwere Pflegeverrichtungen wie Körperpflege und Toilettengänge kann eine Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates begünstigen.

Die Stärkung der Selbstfürsorgekompetenz ist eines der wichtigen Rehabilitationsziele für Young Carer neben der Verringerung der Belastungen. Dabei ist es wichtig, dass das Bedürfnis zu helfen und Verantwortung zu übernehmen aufgegriffen wird und gemeinsam mit dem Kind bzw. Jugendlichen ein Weg erarbeitet wird, wie eine altersgerechte und angemessene Einbindung in die familiäre Pflege gelingen kann, ohne wieder zu einer Überlastung zu führen.²³

In der Regel dauert eine Maßnahme innerhalb der Kinder-Rehabilitation vier Wochen (je nach Indikation). Eine Verlängerung der Maßnahme ist mittels medizinischer Begründung umsetzbar. Grundsätzlich ist eine Begleitperson bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr möglich. Über das 12. Lebensalter hinaus ist eine medizinische Notwendigkeit nachzuweisen. Hier wäre für Young Carer als Patient*innen abzuklären, wer ggf. als Begleitperson in Frage käme.

Pflegende Angehörige, unabhängig vom Alter, sorgen sich häufig um die Zuhause verbleibende pflegebedürftige Person. Diese Sorge kann unter Umständen bei Young Carern zur frühzeitigen Beendigung der stationären Maßnahme führen, wenn im Vorfeld nicht für eine gute Versorgung der/des pflegebedürftigen Familienmitglieds, während des stationären Aufenthaltes, gesorgt ist.

Ansatzpunkte für eine zielgruppenorientierte Maßnahmen für Young Carer:

- Gleichzeitige Aufnahme von mehreren Kindern/Jugendlichen mit dem Kontextfaktor "häusliche Pflegesituation", um Gruppenangebote mit Gleichbetroffenen verwirklichen zu können. In einer Gruppe von Kindern/Jugendlichen, die sich in ähnlichen Situationen befinden, fällt es leichter, sich zu öffnen und auch Scham besetzte und schwere Themen wie Tod und Trauer anzusprechen.²⁵
- Ressourcenaktivierung und positive Bestärkung der vorhandenen Kompetenzen.
- Vereinbarkeit von Mithilfe bei der Pflege und Schule/Ausbildung – wie kann das ohne Überlastung gelingen (Prioritäten setzen).
- Stärkung der kommunikativen Kompetenzen im häuslichen Pflegealltag und der Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse klar zu benennen (z.B. "Ich brauche jetzt erst einmal eine Pause")²⁴
- Umgang mit Krisen und Notfällen im häuslichen Pflegealltag
- Wissensvermittlung zu speziellen Themen, um Unsicherheiten abzubauen
- Sozialberatung: „Du bist nicht allein“; Netzwerk-Aufbau/Einbindung in Selbsthilfeangebote und Sozialberatungsangebote für begleitende Familienmitglieder
- Weitervermittlung in passende Nachsorgeangebote für Young Carer

²³ Siehe: Metzging, S. (2017). Pflegende Kinder und Jugendliche. Ein Überblick, S. 11; 14.

²⁴ Siehe: Schön, I. Moeller-Bruker, Ch. & Klie, T. (2021). Lernen und Kümmern: Der Alltag junger Pfleger – eine Interviewstudie, S. 104-105.

Anhang I

zum Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegenden Angehörigen

Gerade bei Kindern und Jugendlichen spielt eine nachsorgende Begleitung eine besondere Rolle, weil weitere Lebensabschnittsveränderungen bevorstehen und eine Unterstützung sinnvoll ist, um diese gut zu bewältigen und im herausfordernden Pflegealltag in der Familie nicht direkt wieder in alte Verhaltensmuster zu verfallen. Hier sollte die Familie möglichst mit eingebunden werden, um etwa auf weitere Hilfsangebote aufmerksam zu machen.

„Leistungen zur Nachsorge verfolgen das Ziel, die Nachhaltigkeit des Erfolgs der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zu sichern. Die Nachsorgeangebote unterstützen dabei, das in der Rehabilitation Erlernte im Alltag sowie in Schule oder Ausbildung umzusetzen.“^{25 26}

Aus der Interviewstudie über den Alltag junger Pfleger von Schön et al.²⁶ wird deutlich, dass Young Carer sich häufig Wissen über Organisation und Inhalt der Pflege im Internet selbst aneignen. Deshalb sind im Bereich der Nachsorge auch digitale Beratungs- und Wissensangebote für Young Carer gefragt. Hier bietet z.B. die „nummergegenkummer.de“ telefonische wie digitale Beratung an, ob im Notfall oder zur Entlastung im Bedarfsfall. Therapeutische Maßnahmen sind auch über digitale Gesundheitsanwendungen²⁷ realisierbar (z.B. Stressbewältigung, Bewältigung von Schlafstörungen). Hier sollten zukünftig speziell auf Kinder und Jugendliche ausgerichtete Gesundheitsanwendungen entwickelt werden.

Erprobung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme für Young Carer

Obwohl das Thema „Young Carer“ im Rahmen des Modellprojektes „Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige“ nicht im Fokus stand und auch die wissenschaftliche Begleitstudie auf die erwachsene Zielgruppe ausgerichtet war, konnte doch eine Kooperation zur Erprobung eines auf Young Carer angepassten Rehabilitationsangebotes mit der Johanniter Kinderfachklinik Bad Sassendorf geschlossen werden. Auf Basis des entwickelten Rahmenkonzeptes wurde das therapeutische Angebot der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche für die Zielgruppe der Young Carer erweitert. So entstand ein derzeit in Deutschland einzigartiges Rehabilitationsangebot, welches auch nach der Erprobungsphase weiter angeboten werden soll.²⁸

In der Erprobung konnte das Team einige wichtige Erkenntnisse sammeln und das Konzept für Young Carer weiterentwickeln. So wurde die Erfahrung gemacht, dass Pflegeleistungen von den jungen Patient*innen als normaler Familienalltag betrachtet wird und vereinzelt befürchtet wurde, dass Behörden eingeschaltet werden könnten, mit negativen Konsequenzen für die Familie. Da das Klinikteam für die Probleme von Young Carern sensibilisiert wurde, kann auf die Sorgen und Ängste bei den verschiedenen therapeutischen Angeboten eingegangen werden und es kann gezielt aufgeklärt und Wissen vermittelt werden, etwa zu dem Umgang mit Tod und Trauer sowie Unterstützungsangeboten zur Entlastung.

In der Öffentlichkeit und der Zuweisungsstruktur muss das neue Angebot noch stärker bekannt gemacht werden, um auf Dauer erfolgreich zu sein. Der Start des Angebotes und die Erprobung verdeutlichen aber bereits ein hohes Interesse seitens institutioneller Akteure (auf kommunaler und Vereinsebene).

²⁵ Siehe: DRV Bund. (15.02.2023). G4902-00 - Informationen zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

²⁶ Siehe: Schön, I. Moeller-Bruker, Ch. & Klie, T. (2021). Lernen und Kümmern: Der Alltag junger Pfleger – eine Interviewstudie, S. 108.

²⁷ Siehe: <https://diga.bfarm.de/de>

²⁸ Siehe: <https://www.johanniter.de/johanniter-kliniken/kinderfachklinik-bad-sassendorf/behandlungskonzept/therapie/young-carer>

Anhang I

zum Rahmenkonzept für eine stationäre Vorsorge/Rehabilitation für pflegenden Angehörigen

Quellenverzeichnis zum Sonderkapitel Young Carer ²⁹

- Bühning, P. (21.09.2018). Junge Pflegende: Eine massive Überforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 115 Heft 38.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR] e.V. (2017). *Medizinische Rehabilitation für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Ein Wegweiser für Fachkräfte*. Von <https://www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/produkt-details/produkt/123.html> abgerufen
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR] e.V. (n.n.). *Abgrenzung der medizinischen Reha von anderen Gesundheitsleistungen*. Von <https://www.bar-frankfurt.de/themen/gesundheits/reha-kinder-und-%20jugendliche/angrenzende-leistungen.html> abgerufen
- Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin [DGSPJ] und Fachgesellschaft für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter. (03/2007). *Allgemeine Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und der Fachgesellschaft für Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter*. Von <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-archiv-leitlinie-rahmenempfehlungen-reha-2007.pdf> abgerufen
- DRV Bund. (15.02.2023). *G4902-00 - Informationen zur Nachsorge nach einer medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche*. Version 02002 - EGKJRH 2/2023.
- DRV Bund; GKV Spitzenverband. (02/2020). *Gemeinsame Informationen der gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen*. Von https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/themen_vertragspartner/vorsorge-reha/Gemeinsame_Info_DRV-GKV_Kinderrehabilitation_2020.pdf abgerufen
- Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz. (2021). *Praxishilfe für die Pflegeberatung: Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung*. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Von <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/akteure/2021/09/06/praxishilfe-fuer-die-pflegeberatung-kinder-und-jugendliche-mit-pflegeverantwortung/> abgerufen
- Frech, M., Nagl-Cupal, M., Leu, A., Schulze, G., Spittel, A., & Kaiser, S. (2019). Wer sind Young Carers? Analyse der Begriffsverwendung im deutschsprachigen Raum und Entwicklung einer Definition. *International Journal of Health Professions*, (Vol. 6, Issue 1), S. 19-31. Von <https://doi.org/10.2478/ijhp-2019-0004> abgerufen
- Klie, T. (2021). Junge Pflege - eine vernachlässigte Wirklichkeit mit großer Relevanz für die Zukunft. Die Essenzen des DAK-Pflegereports 2021. In DAK-Gesundheit Storm (Hrsg.), *Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen* (S. 5-26).
- Klie, T. (2021). *Pflegereport 2021 - Junge Menschen und Pflege - Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen* (Bd. 35). (Storm DAK-Gesundheit, Hrsg.) Hamburg/ Freiburg: medhochzwei Verlag.
- KSL NRW. (07/2020). *KSL KONKRET #3. Eltern mit Behinderung. Informationen zu Bedarfslagen, Rechtsansprüchen und Unterstützungsangeboten*. Von https://www.ksl-nrw.de/public/2020/08/200617_KSLkonkret_Eltern.pdf abgerufen
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (16, 109). Von <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00546-y> abgerufen
- Lux, K., & Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP Report. Junge Pflegende*.
- Metzing, S. (2017). Pflegende Kinder und Jugendliche. Ein Überblick. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP Report. Junge Pflegende*.
- Metzing, S. (2018). *Abschlussbericht zum Projekt "Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige"*. Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.
- Prognos AG. (2021). *Familienbildung und Familienberatung in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme*. Im Auftrag des BMFSFJ. Von <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/183222/e7ce032e8b741bb93ac3f53fdf358d76/familienbildung-und-familienberatung-in-deutschland-prognos-data.pdf> abgerufen
- Schön, I., Moeller-Bruker, C., & Klie, T. (2021). Lernen und Kümmern: Der Alltag junger Pflegender - eine Interviewstudie. In DAK-Gesundheit Storm (Hrsg.), *Pflegereport 2021. Junge Menschen und Pflege. Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen*.
- The KIDSCREEN Group. (2004). *KIDSCREEN-10 Index. Gesundheitsfragebogen für Kinder und Jugendliche. Kinder- und Jugendliche Version 8 bis 18 Jahre für Deutschland*. EC Grant Number: QL6-CT-2000-00751.
- Ueberschär, I. (2016). Begutachtung von Kindern und Jugendlichen - Kinder und Jugendlichenrehabilitation. *Der medizinische Sachverständige*, Ausgabe 05/2016 (112).
- Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). (18.11.2022). *Stationäre Vorsorge*. Von https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/vorsorge_stationaer.html abgerufen

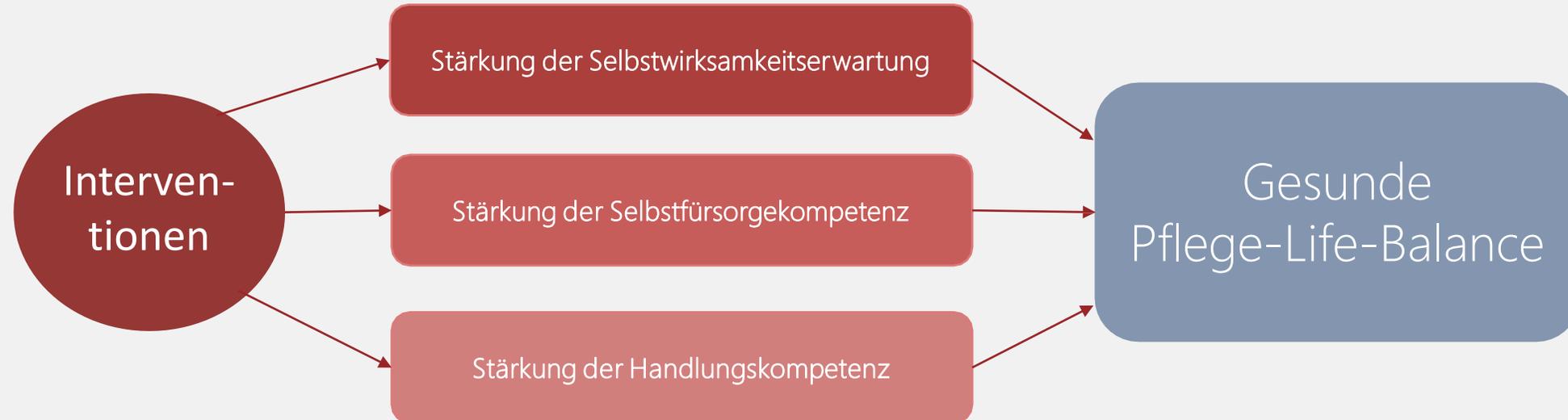
²⁹ Im Sonderkapitel verwendete sowie [im Rahmen der Projektentwicklung] ergänzende Literatur.

Vorsorge-/Rehabilitationsziel

bezogen auf den Kontextfaktor „Angehörigenpflege“

Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige



Qualitätskriterien und Umsetzungsempfehlungen für eine stationäre Maßnahme für pflegende Angehörige in anerkannten Vorsorge-/Rehakliniken in NRW

Bereich	Qualitäts-Kriterien	Zusatz-Kriterien (empfohlen)	Ziel / Umsetzung	Zuständigkeit	Anmerkungen
(Umsetzungs-) Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erstellung eines klinikeigenen Konzeptes für die Behandlung pflegender Angehöriger (pfA) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahmeverfahren ▪ Sicherstellung einer ausreichenden Gruppenstärke von pfA pro Maßnahme (mind. 5-6 Pers.) ▪ Therapeutische Angebote ▪ Sozialberatung ▪ Entlassmanagement mit Nachsorgeempfehlungen ➤ Anpassung organisatorischer Abläufe, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Aufnahmeunterlagen erweitern</u> um Fragen zur häuslichen Pflegesituation und zum Belastungserleben (z.B. Häuslichen Pflege-Skala (HPS) nach Gräßl einsetzen oder die Kurzform (HPS-k) mit 10 Items) ▪ <u>Informationen</u> zum Vorsorge-/Reha-bilitationsangebot für pfA (Flyer, Website, etc.) für Zuweiser und Patient*innen erstellen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feste Ansprechperson für Patient*innen und Personal zum Angebot für pfA etablieren. ▪ QM-Zirkel für das Angebot für pfA etablieren bzw. das Thema fest auf die Agenda des QM-Zirkels setzen. ▪ Qualitätsmerkmal „Selbsthilfefreundlichkeit“ implementieren. (z.B. über das Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SPiG)) ▪ Optimal wäre die zeitgleiche Aufnahme einer ganzen Gruppe von pflegenden Angehörigen 	<p>Ein Konzept für ein Behandlungs-Programm für Patient*innen, die pflegende Angehörige sind, ist vorhanden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisatorische Abläufe, insbesondere bei Aufnahme und Entlassung sind bedarfsgerecht angepasst ▪ Informationen zum Angebot für pfA sind verfügbar. ▪ Therapeutische Angebote sind an die Bedarfe pfA angepasst, d.h. ausgewählte Therapieangebote sind inhaltlich auf diese Zielgruppe ausgerichtet. ▪ Themen, die pfA besonders betreffen, werden im Behandlungskonzept und der Therapieplanung berücksichtigt, z.B. <ul style="list-style-type: none"> - Selbstfürsorge - Stressmanagement/Entspannung - Vereinbarkeit Pflege u. Beruf - Entlastungsangebote - Gesundheitsgerecht Pflegen - Umgang bei Demenz 	<p>Chefarzt</p> <p>Medizinisch-therap. Team</p> <p>Mitwirkung: - Verwaltung - QM</p>	<p>Auf Basis des PuRpA-1 Rahmenkonzeptes.</p> <p>(Für Vorsorge-/Rehakliniken ist das Angebot für pfA eine medizinische Behandlungsmaßnahme, welche an der medizinischen Indikation für die Vorsorge/ Rehabilitation ausgerichtet ist, aber zusätzlich den Kontextfaktor „pflegende/r Angehörige/r“ besonders berücksichtigt, d.h. die therapeutischen Angebote entsprechend ausgerichtet und bei der Therapieplanung berücksichtigt.)</p> <p>Im Rahmen des QM wird das Angebot durch einen QM-Zirkel begleitet und die Zufriedenheitsbefragung wird entsprechend angepasst/erweitert.</p> <p>Beschwerden bzw. Rückmeldungen der Patient*innen werden für die Weiterentwicklung des Angebotes für pfA genutzt.</p>
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Für die Implementation muss sich das Behandlungsteams u. weiteres relevantes Klinikpersonal zum Themenkomplex pfA weiterbilden. ➤ Entsprechende interne Fortbildungen werden regelmäßig angeboten. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das <u>gesamte</u> Klinikpersonal ist geschult zum Thema pfA 	<p>Das erforderliche Personal ist sensibilisiert für die Belastungen und Bedürfnisse pfA und ist auf dem neuesten Stand im Themenfeld „Pflegende Angehörige“.</p>	<p>Organisation durch die mediz.-therap. Leitung</p>	<p>Vielfältigkeit der Zielgruppe, Belastungen und Bedarfe werden vermittelt.</p>

Qualitätskriterien und Umsetzungsempfehlungen für eine stationäre Maßnahme für pflegende Angehörige in anerkannten Vorsorge-/Rehakliniken in NRW

Bereich	Qualitäts-Kriterien	Zusatz-Kriterien (empfohlen)	Ziel / Umsetzung	Zuständigkeit	Anmerkungen
Therapieangebot	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anpassung des therapeutischen Angebotes auf die Zielgruppe pfA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesprächsgruppe für pfA <ul style="list-style-type: none"> - Selbstfürsorge /Stress reduzieren - Belastende Themen wie: Loslassen, Tod und Trauer, Konflikte, etc. ▪ Psychologische Einzelgespräche ▪ Vorträge: zu gesunder Lebensführung, insbesondere zu Stressbewältigung und gesundem Schlaf ▪ Entspannungsverfahren / Achtsamkeitsübungen ▪ Ergonomieschulung für pfA (z.B. Kinästhetik-Training) ▪ Bewegung und Rekreation ▪ Sozialdienst-Angebote für pfA, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarkeit Beruf und Pflege - Entlastungsleistungen für pfA - Umgang mit Demenzerkrankten - etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ideal wäre eine gemeinsame Aufnahme mit Begrüßung ▪ pfA wünschen sich eine Wissenvermittlung inkl. praktischer Beispiele und Übungen. Vorträge bzw. Vortragsreihen / Seminare sollten entsprechend gestaltet sein. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für pfA gibt es mindestens eine eigene Gesprächsgruppe ▪ pfA werden psychologische Einzelgespräche angeboten (ggf. nur bei Bedarf) ▪ Spezielle Vorträge für pfA sind inhaltlich an die Zielgruppe angepasst (nehmen Beispiele aus dem Pflegealltag / der Lebenswirklichkeit pfA auf). ▪ Eine spezifische Sozialdienstberatung für pfA wird angeboten. ▪ Es liegt ein Mustertherapieplan vor, der die Bedürfnisse pfA berücksichtigt. 	Chefarzt Medizinisch-therap. Team	<p>Psychologische Arbeit spielt in der Rehabilitation auch bei somatischen Erkrankungen pfA eine große Rolle. Ein entsprechendes Gruppen- und Einzelgesprächsangebot sollte auch in der somatischen Reha für pfA Standard sein.</p> <p>Therapeutische Angebote könnten auch auf bestimmte Gruppen pfA zugeschnitten werden, wenn sich entsprechender Bedarf abzeichnet, z.B. Menschen, die pflegebedürftige Kinder haben oder junge erwachsene pfA (young adult carer).</p> <p>Im Bereich der Sozialberatung für pfA sollten sich die dortigen Mitarbeiter* innen entsprechend breit aufstellen und Entlastungsangebote für alle Gruppen pfA kennen.</p> <p>Mutter-Vater-Kind-Vorsorgekliniken könnten für Mütter/Väter mit pflegebedürftigen Kindern zielgruppen-gerechte Angebote auflegen und auch eine entsprechende Kinderbetreuung anbieten.</p>
Therapieplanung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ „Entschleunigung“ soll für pfA im Rahmen der individuellen Therapieplanung ermöglicht werden. ➤ Vorgaben aus z.B. Reha-Therapie-standards sind dabei zu erfüllen 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Therapieplan sollte so aufgebaut sein, dass die erste Woche als ein „sanfter“ Einstieg in die Reha empfunden wird und pfA Abstand von ihrem „Hamsterrad Pflege“ gewinnen können. 		<p>Stark belastete pfA benötigen einen „sanften“ Einstieg in die Vorsorge-/ Reha, um Abstand zu gewinnen und sich einlassen zu können. Entspannungsangebote und eine reduzierte Therapiedichte sind daher in der ersten Woche sinnvoll.</p>

Stationäre Vorsorge/Reha für pflegende Angehörige

Modellprojekt

Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Ziele	Intervention + Inhalt	Output (Leistungsindikatoren)	Outcome (Wirkungsindikatoren)	Material
Stärkung der Selbstwirksamkeit	Selbstmanagementtraining / Ressourcenstärkung Mit Hilfe des/der Therapeut*in setzen sich die TN mit den eigenen Einflussmöglichkeiten auf ihre aktuelle Lebenssituation auseinander, die häufig als ausweglos erlebt wird und hilflos macht.	Gruppentherapie und Einzelgespräche (Psycholog*in, psychosozialer Dienst)	Die Sicht auf die eigenen Möglichkeiten wird erweitert und die Handlungsfähigkeit auch in belastenden Situationen wird gestärkt.	Therapeut*in Räumlichkeiten/Zeitblöcke Therapiemanual
Stärkung der Selbstpflegekompetenz/ Selbstfürsorgekompetenz	<u>Achtsamkeitstraining</u> mit Fokus auf die Lebenssituation pflegender Angehöriger <u>Wahrnehmungs-/Genuß-Training</u> <u>Stressbewältigung</u> mit Fokus auf die Lebenssituation pflegender Angehöriger <u>Entspannungstraining</u> (z.B. PMR)	Therapeutische Einheiten zur Übung eines achtsamen Umgangs mit sich selbst Therapeutische Einheiten zur Stärkung der Genussfähigkeit mit Übungen zu den einzelnen Sinnesbereichen (Tasten, Sehen, Hören, Schmecken) Therapeutische Einheiten zur Verbesserung des Umgangs mit individuellen Stressoren im häuslichen Pflegealltag Therapeutische Einheit zum Erlernen von Entspannungstechniken wie PMR, AT, Chi Gong u. ä.	Die Fähigkeit bei sich zu sein und die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen wird gestärkt Sinnesempfindungen sollen intensiviert werden und die Genussfähigkeit wird gestärkt Die Fähigkeit, die eigenen Stressoren zu erkennen wird gefördert und Lösungswege aus dem Stressgeschehen werden erarbeitet. die Fähigkeit, sich zu entspannen und Stress aktiv und passiv zu bewältigen wird gestärkt	Achtsamkeits-Therapeut*in Therapiemanual Räumlichkeiten/Zeitblöcke Psycholog*in oder andere dazu Qualifizierte Berufsgruppen Durchführungsmanual Räumlichkeiten/Zeitblöcke Stressmanagement-Trainer*in Durchführungsmanual Räumlichkeiten/Zeitblöcke Entspannungs-Trainer*in Durchführungsmanual Räumlichkeiten/Zeitblöcke
Zusätzliche Stärkung des subjektiven Wohlbefindens	Kreativangebote Rekreationstherapie / Freizeitaktivitäten Ernährungsberatung	Kurseinheiten, die kreative Techniken und die Freude an der eigenen Gestaltung vermitteln (z.B. Malen, Basteln, Töpfern, ...) Freizeitangebote die Erholung und neue Erlebnisse bieten Beratung und Kurseinheit zu einer gesunden Ernährung	Die Fähigkeit zur sinnvollen Freizeitgestaltung wird gestärkt Wissen zu gesunder Lebensführung wird erweitert	Kursleiter*in Materialien Räumlichkeiten/Zeitblöcke Informationen zu Freizeitaktivitäten vor Ort Ernährungsberater*in Materialien Räumlichkeiten/Zeitblöcke

Stationäre Vorsorge/Reha für pflegende Angehörige
Modellprojekt

 Konzeptentwicklung stationäre Vorsorge
 und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Ziele	Intervention + Inhalt	Output (Leistungsindikatoren)	Outcome (Wirkungsindikatoren)	Material
Stärkung des indiv. Pflegepotentials	Verbesserung der Gesundheit (siehe allg. Interventionen im Rahmen von Vorsorge/Reha)	s.o.	s.o.	s.o.
	z.B. Kinästhetik-Training	Schulungseinheiten zur Vermittlung gesundheitsgerechter Handgriffe und Techniken für die häusliche Pflege und den Gebrauch von Pflegehilfsmitteln	Stärkung der Handlungs- kompetenz in Bezug auf gesundheitsgerechte häusliche Pflegeverrichtungen	Ergotherapeut*in / Pflegetrainer*in, Schulungsmanual, Räumlichkeiten/Ausstattung Zeitblöcke
	Wissensvermittlung über Krankheiten	Vorträge über verschiedene Erkrankungen und den Umgang damit	gestärkte Handlungskompetenz beim Umgang mit bestimmten Erkrankungen; die (Selbst-) Sicherheit im Pflegealltag wird erhöht.	Ärzt*in/Psycholog*in Vortragmaterialien (Lehrfilm/ppt/..) Raum / Zeitblock
Wissensvermittlung Umgang mit Demenz	Schulungseinheiten zur Kommunikation/ Interaktion mit an Demenz erkrankten Menschen	Das Verständnis für an Demenz erkrankte Personen wird geför- dert, die Handlungskompetenz im Umgang gestärkt, die Kommunikation erleichtert.	Referent*in/Expert*in für Demenzerkrankungen Schulungsmanual Räumlichkeiten /Zeitblöcke	